

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Andreia Martins Soares

APOIAR O SUCESSO ACADÉMICO
PROMOVENDO A SAÚDE
NA TRANSIÇÃO PARA O ENSINO SUPERIOR:
BREVE INTERVENÇÃO NO ESTILO DE VIDA DO PRIMEIRANISTA

Tese de doutoramento do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia da Educação, em regime de associação entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, orientada pelo Professor Doutor José Manuel Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2019

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**APOIAR O SUCESSO ACADÉMICO
PROMOVENDO A SAÚDE NA TRANSIÇÃO
PARA O ENSINO SUPERIOR:
Breve intervenção no estilo de vida do primeiranista.**

Andreia Martins Soares

Tese de doutoramento do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia da Educação, em regime de associação entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, orientada pelo Professor Doutor José Manuel Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2019



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Este trabalho foi apoiado por uma bolsa individual de doutoramento concedida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/47228/2008).



Dedico esta tese à minha avó Ana Maria, pelo quanto de ti ainda vive em mim, e à minha mãe, pelo teu amor incondicional e pela tua dedicação incansável.

Agradecimentos

A concretização de um tão longo e complexo trabalho de investigação nunca seria possível sem o contributo de várias pessoas. Ainda que as palavras modestas dificilmente traduzam sentimentos veementes, é com estas que quero expressar a minha mais sincera e profunda gratidão:

Ao Professor Doutor José Manuel Canavarro, em primeiro lugar pelo convite que me endereçou, depois por todo o apoio que me dedicou na qualidade de orientador científico e, finalmente, pelo humor inteligente com que sempre conduziu as reuniões de trabalho e pela espera paciente que oportunamente manifestou.

Ao Doutor Marco Pereira, pela prontidão perante as minhas solicitações de apoio, pelo cuidado nas tarefas de revisão e pelas sugestões pertinentes que me ajudaram a melhorar esta tese.

Às instituições de apoio à investigação, designadamente à Fundação para a Ciência e a Tecnologia e ao Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social.

A todos os que gentil e entusiasticamente aceitaram contribuir para o programa de intervenção “Transições (mais) Saudáveis”, nomeadamente ao Gabinete de Apoio ao Estudante da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (adiante FPCEUC) e à sua responsável, Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro; ao Grupo de Educação pelos Pares da FPCEUC, [ex]pressões100riscos; ao extinto Instituto da Droga e da Toxicoddependência, Instituto Público; à Associação Existências e à Associação para o Planeamento da Família; à Enfermeira Marisa Soares da Escola Superior de Saúde de Portalegre; à Professora Doutora Tereza Maria Barroso e ao Professor Doutor Armando Manuel Silva da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Aos alunos que voluntariamente participaram nos estudos empíricos desta investigação e partilharam comigo a informação que tornaram este trabalho possível.

À família próxima, em particular aos meus pais, pelo afeto transmitido e pela confiança que sempre depositaram nas minhas capacidades, à minha irmã, pelos laços fortes que nos tornam inseparáveis (mesmo à distância de milhares de quilómetros) e pelo profissionalismo com que aceitou o desafio de participar no programa “Transições (mais) Saudáveis”, e à madrinha Idalina, pela estima que me tem e pela sua constância na vida da minha família. À *nova* família, pela forma espontânea com que me aceitaram e integraram

no seu seio, e de modo específico ao Miguel e à Ana, pelo seu contributo criativo na capa da versão anterior desta tese. Ao querubim Diogo, por todas as gargalhadas que desencadeou com o seu discurso inocente e as suas traquinices.

Ao meu marido, pela inteligência acutilante e o carácter nobre com que conduz a sua vida e inspira a minha, pela audácia em aceitar o desafio de construir uma família à qual é profundamente dedicado, pela admiração que tem pelas minhas qualidades e a paciência com que recebe as minhas imperfeições, pela gratidão que manifesta perante os meus sacrifícios atribuindo-lhes substância e sentido. Ao meu filhote, pela determinação com que conquista cada etapa do seu desenvolvimento e pelo valor que acrescenta à minha existência.

E a Ti, Senhor, pela reconfortante presença em cada momento deste milagre que é a vida.

Obrigada!

Remember to look up at the stars and not down at your feet. Try to make sense of what you see and wonder about what makes the universe exist. Be curious. And however difficult life may seem, there is always something you can do and succeed at. It matters that you don't just give up.
(S. Hawking, comunicação pessoal, Abril 25, 2015)

Apresentação

Título

Apoiar o sucesso académico promovendo a saúde na transição para o ensino superior: Breve intervenção no estilo de vida do primeiranista.

Resumo

Enquadramento

O estilo de vida, a saúde e o sucesso académico estão inextricavelmente interligados. Um estilo de vida saudável favorece não só o estado de saúde e a longevidade, como também a aprendizagem. O sucesso académico é um dos principais indicadores do bem-estar geral dos estudantes e um preditor das disparidades em saúde nas fases da vida seguintes. Em sentido contrário, os problemas de saúde (e.g., doenças crónicas, sequelas de abuso) podem conduzir ao absentismo crónico, à incapacidade de manter a atenção em tarefas académicas, ao mau desempenho e ao insucesso académico. E os estudantes com insucesso académico persistente são mais propensos a exibir comportamentos de saúde negativos (e.g., consumo de substâncias psicoativas, sedentarismo). Por conseguinte, melhorar o estilo de vida dos alunos (particularmente durante a transição e a adaptação a novos contextos educativos, ecológicos e desenvolvimentais) e fomentar o seu sucesso académico são perspetivados cada vez mais como um objetivo compósito das instituições de saúde e de educação. O presente trabalho de investigação compreendeu dois estudos conduzidos na Universidade de Coimbra [UC] com o propósito de (1) perscrutar as mudanças no estilo de vida dos estudantes em transição para o ensino superior, bem como o impacto do novo estilo de vida em algumas variáveis do âmbito da saúde e do sucesso académico, e (2) ensaiar uma iniciativa promotora de estilos de vida mais saudáveis e, em particular, do exercício físico dos primeiranistas.

Metodologia

No estudo de carácter observacional e transversal avaliaram-se 546 jovens-adultos primeiranistas das oito faculdades da UC (ano letivo: 2009/2010) relativamente às suas características sociodemográficas e académicas, ao seu estilo de vida (e.g., alterações nos comportamentos e atitudes relacionados com a saúde [CAS], impacto percebido, desejo de mudança), ao seu estado de saúde e à sua qualidade de vida, ao seu desempenho escolar e à

qualidade da sua adaptação. No estudo de caráter interventivo, percorreram-se as diferentes fases, desde o planeamento (sob a orientação da abordagem do mapeamento da intervenção; Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011) até à avaliação (sob a orientação do modelo de avaliação *Context Input Process Product* [CIPP]; Stufflebeam, 2007; Stufflebeam & Zhang, 2017), de um programa de intervenção. Ademais, a avaliação do seu efeito (i.e., eficácia e impacto) seguiu um plano quase experimental e contou com 124 jovens-adultos primeiranistas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da UC (ano letivo: 2010/2011), distribuídos por quatro grupos (viz., dois experimentais e dois de controlo), e medidas de autorrelato recolhidas em diversos momentos.

Resultados

Quase todos os CAS exibidos pelos primeiranistas do primeiro estudo mudaram com o ingresso na universidade, havendo dois particularmente afetados: o padrão de atividades físicas e o padrão de consumo de substâncias psicoativas (viz. álcool em excesso). O conjunto dessas mudanças resultou no prejuízo do estilo de vida (i.e., no aumento de CAS negativos) e na admissão de um impacto negativo no estado de saúde, apesar do novo estilo de vida ser caracterizado por um número elevado de CAS positivos e acompanhado de perceções positivas do estado de saúde, da qualidade de vida e das vivências adaptativas e por um desempenho modesto. A prática de exercício físico ou de atividade desportiva ocupou o topo das preferências dos estudantes que desejavam mudar o atual repertório comportamental/atitudinal. Foram encontradas diferenças nas variáveis principais (viz., estilo de vida, estado de saúde, qualidade de vida, qualidade da adaptação e desempenho académico) entre grupos distintos quanto às características sociodemográficas (e.g., nível socioeconómico) e académicas (e.g., condição de caloiro/repetente). O estilo de vida (medida geral) revelou-se um correlato positivo e uma variável explicativa isolada modesta (quando controladas as características sociodemográficas e académicas) da maioria das restantes variáveis principais. Do segundo estudo empírico resultou o “Transições (mais Saudáveis” [T(+)]S] (versão: promoção do exercício físico): um programa piloto teoricamente fundado na abordagem do processo de ação de saúde (Schwarzer, 1992, 2008) – logo, emparelhado com o *mindset* dos participantes – e que faz uso de diversas técnicas de mudança comportamental (Abraham, Kok, Schaalma, & Luszczyncha, 2011; Abraham & Michie, 2008) para produzir alterações nos preditores sociocognitivos da intenção e da prática de exercício físico. Os resultados para as componentes CIPP

atestaram a sua utilidade (i.e., objetivos relevantes e adequados), qualidade (e.g., estratégia válida), viabilidade e probidade (e.g., equilíbrio entre fidelidade e adaptação na implementação), efetividade e alcance (i.e., produção de efeitos planejados – e.g., ganhos nos determinantes sociocognitivos intervencionados e na prática de exercício físico – e não planejados – e.g., percepções mais positivas do estado de saúde), tendo ainda identificado algumas insuficiências (e.g., sustentabilidade).

Conclusões

Durante a transição para o ensino superior ocorre uma reorganização crítica no estilo de vida do primeiranista. O estabelecimento de CAS negativos pode ter consequências severas (e.g., debilitar o estado de saúde, comprometendo o sucesso acadêmico) que importa contrariar. Atendendo aos resultados positivos da avaliação do T(+)S, a sua versão definitiva pode constituir uma estratégia promissora na promoção de estilos de vida mais saudáveis e uma aliada do sucesso acadêmico.

Palavras-chave

Abordagem do processo de ação de saúde, Comportamentos e atitudes relacionados com a saúde, Estilo de vida, Programas de intervenção, Saúde e qualidade de vida, Sucesso acadêmico, Transição para o ensino superior.

Presentation

Title

Supporting academic success through health promotion in the transition to higher education: Brief intervention in first-year student's lifestyle.

Abstract

Background

Lifestyle choices, health and academic success are inextricably intertwined. A healthy lifestyle favours not only health status and life expectancy, but also learning. Academic success is one of the major indicators for the overall well-being of students and a predictor of health disparities in the upcoming stages of life. Conversely, health problems (e.g., chronic illness, abuse sequelae) can lead to chronic absenteeism, inability to pay attention in academic tasks, poor performance and academic failure. And students with persistent academic failure are more likely to engage in negative health-related behaviours and attitudes (e.g., psychoactive substances use, sedentarism). Therefore, improving students' lifestyle (particularly, during transition and adaptation to new educational, ecological and developmental contexts) and increasing their academic success are being increasingly considered a composite goal of health and education institutions. This research work took place at the University of Coimbra [UC] and comprised two studies: the first one aimed to scrutinise lifestyle changes of students in transition to higher education and the impact of the new lifestyle in a few health-related and success-related variables; the second one aimed to essay an initiative focused on promoting healthier lifestyles and, particularly, physical exercise among freshmen.

Methods

In the observational and cross-sectional study 546 young adults, freshmen from UC's eight faculties (academic year: 2009/2010), were assessed regarding their sociodemographic and academic characteristics, lifestyle (e.g., health-related behaviours and attitudes [HBA] changes, perceived impact, intended changes), health status and quality of life, academic achievement and quality of academic life experiences. The interventional study entailed various steps, from planning (theoretically guided by intervention mapping approach; Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011) to evaluation

(theoretically guided by Context Input Process Product [CIPP] evaluation model; Stufflebeam, 2007; Stufflebeam & Zhang, 2017), of an intervention programme. Moreover, effect evaluation (i.e., efficacy and impact) followed a quasi-experimental design and was based on data collected over time and through self-reported measures, from a sample of 124 young adults, freshmen at UC's Faculty of Psychology and Education Sciences (academic year: 2010/2011), assigned to one of four groups (viz., two experimental groups and two control groups).

Results

Almost every HBA exhibited by freshmen from the first study changed after university entry and two of them were particularly affected: physical activity pattern and psychoactive substances use (viz. binge drinking). This cluster of changes led to lifestyle damage (i.e., an increase in negative HBA) and to the acknowledgement of a subsequent negative impact in health status, although the new lifestyle was characterised by a high number of positive CAS and followed by encouraging perceptions of current health status, quality of life and quality of academic life experiences, as well as a fair academic achievement. The practice of physical exercise or sports was preferred above other HBA by students who would like to change their current behavioural/attitudinal repertoire. Differences in the main variables (viz., lifestyle, health status, quality of life, quality of academic life experiences and academic achievement) were found across groups differing in sociodemographic (e.g., socioeconomic status) and academic (e.g., new/repeating student) characteristics. Lifestyle (general measure) was a positive correlate and a modest solo explanatory variable (controlling for sociodemographic and academic characteristics) of the majority of the remaining main variables. The second study gave rise to "*Transições (mais) Saudáveis*" [T(+)]S (version: physical exercise promotion): a pilot programme theoretically grounded in the health action process approach (Schwarzer, 1992, 2008) – and therefore stage-matched – that employs several health behaviour change techniques (Abraham, Kok, Schaalma, & Luszczyncha, 2011; Abraham & Michie, 2008) to produce changes in social cognitive predictors of physical exercise intention and practice. Results for CIPP categories attested the programme utility (i.e., suitable and relevant goals), quality (e.g., a sound strategy), feasibility and probity (e.g., implementation with sensible fidelity and adaptation), efficacy and reach (i.e., production of anticipated outcomes – e.g., positive changes in target social cognitive predictors and physical exercise practice – and

unanticipated – e.g., superior perceived health status), and identified a few shortcomings (e.g., sustainability).

Conclusion

A critical rearrangement in freshman's lifestyle takes place during the transition to higher education. The establishment of negative HBA can have severe consequences (e.g., to cause health status decline, hindering academic success), hence the reason it should be inhibited. In the light of the T(+)S decent evaluation results, the programme definitive version may be a promising strategy in promoting healthier lifestyles and an ally in academic success.

Keywords:

Academic success, Health action process approach, Health and quality of life, Health-related behaviours and attitudes, Intervention programmes, Lifestyle, Transition to higher education.

Lista de ilustrações

- 020** | Ilustração 1.1. Estrutura de uma transição individual.
- 026** | Ilustração 1.2. Modelo de Tinto (1987): O processo de integração (vs. abandono) do estudante no (do) ensino superior.
- 028** | Ilustração 1.3. Modelo de Pascarella (1985): O impacto do ambiente universitário na aprendizagem e desenvolvimento.
- 051** | Ilustração 2.1. Modelo de crenças da saúde com adendas assinaladas.
- 053** | Ilustração 2.2. Teoria da motivação para a proteção.
- 055** | Ilustração 2.3. Teoria sociocognitiva.
- 057** | Ilustração 2.4. Teoria do comportamento planeado.
- 060** | Ilustração 2.5. Modelo transteórico da mudança e a correspondência entre estádios e processos de mudança.
- 063** | Ilustração 2.6. Modelo do processo da adoção da precaução e a correspondência entre estádios e fatores de mudança.
- 065** | Ilustração 2.7. Abordagem do processo de ação de saúde.
- 092** | Ilustração 3.1. Exemplos de técnicas de mudança comportamental agrupadas segundo o alvo de mudança.
- 196** | Ilustração 5.1. Avaliação das necessidades (quadro-síntese).
- 202** | Ilustração 5.2. Os objetivos de mudança da intervenção (figura-síntese).
- 203** | Ilustração 5.3. As técnicas de mudança efetiva utilizadas na intervenção e os determinantes alvo de mudança.
- 206** | Ilustração 5.4. Características dos destinatários da intervenção em função da condição experimental.
- 211** | Ilustração 5.5. Desenho da avaliação da intervenção (quadro-síntese).
- 217** | Ilustração 5.6. Refinamento da amostra e fluxo de participantes.
- 233** | Ilustração 5.7. Representação gráfica da evolução da expressão dos determinantes sociocognitivos da intenção e da intenção de praticar exercício físico em cada um dos grupos de *non-intenders*.
- 238** | Ilustração 5.8. Representação gráfica da evolução da expressão dos determinantes sociocognitivos da prática de exercício físico em cada um dos grupos de *intenders*.

- 241|** Ilustração 5.9. Representação gráfica da evolução da prática de atividades físicas, antes (a) e após a transformação logarítmica (b), nos quatro grupos.
- 247|** Ilustração 5.10. Representação gráfica da evolução da medida geral do estilo de vida nos quatro grupos.
- 257|** Ilustração 5.11. Resultados da apreciação da sustentabilidade dos ganhos e mecanismos e da transferibilidade dos mecanismos do programa T(+S) segundo os grupos de discussão.

Lista de tabelas

- 110|** Tabela 4.1. Características sociodemográficas da amostra.
- 112|** Tabela 4.2. Características escolares/acadêmicas da amostra.
- 124|** Tabela 4.3. Dimensões e itens do QVA-r e valores da sua consistência interna num estudo de validação de Almeida et al. (2004).
- 127|** Tabela 4.4. Distribuição dos itens do QVA-r pelos fatores e valores de saturação, raiz característica, variância explicada e consistência interna.
- 129|** Tabela 4.5. Dimensões e facetas da versão em português de Portugal do WHOQOL-Bref e valores da sua consistência interna num estudo de validação original (Vaz Serra et al., 2006).
- 132|** Tabela 4.6. Regressão linear múltipla dos diferentes domínios da versão em português de Portugal do WHOQOL-Bref em relação à qualidade de vida geral (faceta geral) e valores da consistência interna de cada um dos domínios.
- 135|** Tabela 4.7. Componentes, dimensões, itens da escala SF-8 e valores da sua consistência interna no estudo de validação original.
- 135|** Tabela 4.8. Resultados da mediana (percentil 50), dos percentis 25 e 75 para o grupo não doente, do género masculino e feminino e do grupo etário dos 15-24 anos, para cada um dos componentes do SF-8.
- 136|** Tabela 4.9. Distribuição dos itens do SF-8 pelos fatores e valores de saturação, raiz característica, variância explicada e consistência interna.
- 143|** Tabela 4.10. Caracterização do estilo de vida (anterior e atual) e distribuição da amostra pelas categorias da evolução do estilo de vida.
- 147|** Tabela 4.11. Dados descritivos do desejo manifesto de mudança de CAS do repertório atual.
- 149|** Tabela 4.12. Dados descritivos do estado de saúde e da qualidade de vida do primeiranista.
- 149|** Tabela 4.13. Dados descritivos atinentes à participação em atividades extracurriculares.
- 150|** Tabela 4.14. Dados descritivos do desempenho escolar e da qualidade da adaptação.
- 150|** Tabela 4.15. Dados descritivos (gerais e em função da faculdade de pertença) da nota de ingresso e do desempenho escolar dos alunos que participaram no estudo.

- 152|** Tabela 4.16. Estilo de vida atual, variáveis de saúde e de sucesso acadêmico em função do gênero.
- 153|** Tabela 4.17. Estilo de vida atual e variáveis de saúde em função da categoria do nível socioeconômico.
- 154|** Tabela 4.18. Indicadores de sucesso acadêmico em função da categoria do nível socioeconômico.
- 155|** Tabela 4.19. Estilo de vida atual, variáveis de saúde e de sucesso acadêmico em função da condição de caloiro/repetente.
- 156|** Tabela 4.20. Estilo de vida atual e estado de saúde em função da faculdade de pertença.
- 157|** Tabela 4.21. Qualidade de vida em função da faculdade de pertença.
- 158|** Tabela 4.22. Desempenho escolar em função da faculdade de pertença.
- 159|** Tabela 4.23. Qualidade da adaptação em função da faculdade de pertença.
- 160|** Tabela 4.24. Estilo de vida atual, variáveis de saúde e de sucesso acadêmico em função da condição de deslocado/não deslocado.
- 162|** Tabela 4.25. Dados descritivos das variáveis do âmbito da saúde em função do estilo de vida e da prática de atividades físicas.
- 163|** Tabela 4.26. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: componentes do estado de saúde).
- 164|** Tabela 4.27. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: faceta geral e domínios da qualidade de vida).
- 166|** Tabela 4.28. Dados descritivos dos indicadores de sucesso acadêmico em função do estilo de vida e do consumo de álcool em excesso.
- 168|** Tabela 4.29. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: dimensões da qualidade da adaptação).
- 169|** Tabela 4.30. Resultados dos testes da ANOVA 2x2 (VD: desempenho escolar).
- 169|** Tabela 4.31. Coeficientes de correlação/associação entre o estilo de vida (medida geral e CAS isolado) no ensino superior e as variáveis do âmbito da saúde.
- 170|** Tabela 4.32. Coeficientes de correlação/associação entre o estilo de vida (medida geral e CAS isolado) no ensino superior e os indicadores de sucesso acadêmico.
- 171|** Tabela 4.33. Sumário das regressões múltiplas hierárquicas (VD's: variáveis de saúde).

- 173** | Tabela 4.34. Sumário das regressões múltiplas hierárquicas (VD's: indicadores de sucesso académico).
- 223** | Tabela 5.1. Qualidade da implementação do programa (resultados do inquérito aos participantes).
- 228** | Tabela 5.2. Características sociodemográficas da amostra por grupo de investigação.
- 230** | Tabela 5.3. Características escolares/académicas da amostra por grupo de investigação.
- 231** | Tabela 5.4. Dados descritivos dos determinantes sociocognitivos da intenção e da intenção de praticar exercício físico do grupo experimental A e do grupo controlo nos três momentos.
- 232** | Tabela 5.5. Resultados das ANOVAS 2x3 (VD's: determinantes sociocognitivos da intenção e intenção de praticar exercício físico).
- 235** | Tabela 5.6. Dados descritivos dos determinantes sociocognitivos da prática de exercício físico do grupo experimental B e do grupo controlo nos três momentos.
- 236** | Tabela 5.7. Resultados das ANOVAS 2x3 (VD's: determinantes sociocognitivos da prática de exercício físico).
- 240** | Tabela 5.8. Dados descritivos da prática de atividades físicas (medida em escalas diferentes, proporcional e nominal, e após transformação) de cada um dos quatro grupos nos três momentos de avaliação.
- 241** | Tabela 5.9. Resultados das ANOVAS 2x2 [VD: \log_{10} (prática de atividades físicas)] para os participantes *non-intenders* e *intenders*.
- 242** | Tabela 5.10. Coeficientes de correlação entre as variáveis manipuladas com a intervenção e a intenção de praticar exercício físico, no momento pós-intervenção, ou a (log-transformada) prática de atividades físicas, no momento seguimento, do grupo experimental A.
- 243** | Tabela 5.11. Coeficientes de correlação entre as variáveis manipuladas com a intervenção e a (log-transformada) prática de atividades físicas, no momento seguimento, do grupo experimental B.
- 243** | Tabela 5.12. Dados descritivos do impacto (imediate) do programa T(+).S.
- 245** | Tabela 5.13. Dados descritivos do estilo de vida de cada um dos quatro grupos nos três momentos de avaliação.

- 246|** Tabela 5.14. Resultados das ANOVAs 2x2 (VD: ICEV) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.
- 248|** Tabela 5.15. Dados descritivos das variáveis do âmbito da saúde de cada um dos quatro grupos nos três momentos de avaliação.
- 250|** Tabela 5.16. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: componentes do estado de saúde) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.
- 251|** Tabela 5.17. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: faceta geral e domínios da qualidade de vida) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.
- 253|** Tabela 5.18. Dados descritivos dos indicadores de sucesso académico de cada um dos quatro grupos nos três momentos de avaliação.
- 255|** Tabela 5.19. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: dimensões da qualidade da adaptação) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.
- 256|** Tabela 5.20. Médias ajustadas à concomitante e resultados dos testes univariados da MANCOVA 1x2 (VD's: dimensões da qualidade da adaptação no T3) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

cf.	comparar, confrontar
e.g.	por exemplo
et al.	e outros
etc.	outras coisas mais
i.e.	isto é
viz.	nomeadamente
vs.	versus, contra
ACHA	<i>American College Health Association</i>
AMOS	<i>Analysis of Moments Structures</i>
AN	Alteração negativa para a saúde
ANOVA	Análise da variância univariada
AP	Alteração positiva para a saúde
APA	<i>American Psychological Association</i>
APAS	Abordagem do processo de ação de saúde
APAS_EF	Questionário da Abordagem do Processo de Ação de Saúde (Schwarzer, 2008), versão Exercício Físico
APF	Associação para o Planeamento da Família
CAS	Comportamentos (e atitudes) de saúde
CF	Componente físico do SF-8
CM	Componente mental do SF-8
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
DAMB	Domínio ambiente do WHOQOL-Bref
DCar	Dimensão curso-carreira do QVA-r
DEst	Dimensão estudo do QVA-r
DFís	Domínio físico do WHOQOL-Bref
DInst	Dimensão institucional do QVA-r
DIntp	Dimensão interpessoal do QVA-r
DPes	Dimensão pessoal-emocional do QVA-r
DPsi	Domínio psicológico do WHOQOL-Bref

DRçS	Domínio relações sociais do WHOQOL-Bref
EHBS	<i>European Health and Behaviour Survey</i>
ESEnfC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
FCDEFUC	Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra
FCTUC	Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra
FDUC	Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
FEUC	Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
FFUC	Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
FG	Faceta geral do WHOQOL-Bref
FLUC	Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
FPCEUC	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
GAE	Gabinete de Apoio ao Estudante da FPCEUC
ICEV	Índice cumulativo do estilo de vida
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público
KMO	Coefficiente de Kaiser-Meyer-Olkin
MANCOVA	Análise da covariância multivariada
MANOVA	Análise da variância multivariada
MCS	Modelo de crenças da saúde
Mdl	Mapeamento da intervenção
MI	Mestrado integrado
MN	Manutenção negativa para a saúde
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
MP	Manutenção positiva para a saúde
MPAP	Modelo do processo da adoção da precaução
MTM	Modelo transteórico da mudança
NHUN	<i>National Healthy Universities Network</i>
NSE	Nível socioeconómico
NUTS II	Nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos (nível II)
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
QESST_A	Questionário de estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior, versão A
QESST_B	Questionário de estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior, versão B
QVA-r	Questionário de Vivências Académicas (versão reduzida)
RA	Região autónoma
RESAPES-AP	Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior, Associação Profissional
SF-8	Questionário do Estado de Saúde
SPA	Substâncias psicoativas
TCP	Teoria do comportamento planeado
TMP	Teoria da motivação para a proteção
TSc	Teoria sociocognitiva
UC	Universidade de Coimbra
UPS	Universidades e Escolas de Ensino Superior Promotoras de Saúde
VD	Variável dependente
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHOQOL	<i>World Health Organization's Quality of Life</i>
WHOQOL-Bref	Versão em Português de Portugal do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
T(+) S	Transições (mais) Saudáveis

Sumário

003 | Nota introdutória

PARTE I: Revisão da literatura

009| Capítulo I: Refletindo sobre o ensino superior.

009| 1. Breves considerações sobre o ensino superior no contexto português atual

011| 2. Sucesso académico no ensino superior: conceito amplo e fenómeno de causas múltiplas e complexas

017| 3. Transição e adaptação ao ensino superior: o contributo de concepções de pendore internalista e externalista

019| 3.1. O contributo de Schlossberg e Chickering

024| 3.2. O contributo de Astin, Tinto e Pascarella

029| 4. Estruturas e estratégias de apoio ao aluno do ensino superior

035| 5. Síntese

037| Capítulo II: Refletindo sobre a saúde (do primeiranista).

037| 1. Saúde: conceito(s) afins), determinantes e promoção

037| 1.1. (Estado de) Saúde e qualidade de vida: a popularidade e as dificuldades conceptuais e de medição

043| 1.2. Determinantes da saúde: o estilo de vida

048| 1.3. Promoção da saúde: a modificação do estilo de vida

049| 1.3.1. Compreender e predizer (para poder modificar) o comportamento: o contributo dos modelos contínuos

058| 1.3.2. Compreender e predizer (para poder modificar) o comportamento: o contributo dos modelos de estádios

070| 2. Saúde em contexto: os desafios da transição para o ensino superior e as respostas institucionais

072| 2.1. Estilo de vida do estudante do ensino superior e suas repercussões

076| 2.2. As respostas das instituições de ensino superior ao apelo à promoção da saúde da sua população discente

083| 3. Síntese

087| Capítulo III: Da reflexão à ação.

- 087|** 1. Promovendo saúde no ensino superior: os princípios orientadores da prática
- 089|** 2. Promovendo saúde no ensino superior: o planeamento de uma intervenção de mudança comportamental
- 092|** 2.1. As técnicas de mudança comportamental
- 096|** 2.2. A avaliação da intervenção
- 099|** 3. Síntese

PARTE II: Contributo empírico

103| Comentário preambular

105| Capítulo IV: Estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para a universidade.

- 105|** 1. Fundamentação, objetivos do estudo e hipóteses de investigação
- 108|** 2. Amostra
- 109|** 2.1. Critérios de amostragem
- 109|** 2.2. Refinamento da amostra
- 110|** 2.3. Caracterização da amostra
- 110|** 2.3.1. Características sociodemográficas dos participantes
- 111|** 2.3.2. Características académicas dos participantes
- 113|** 3. Variáveis, instrumentos de avaliação e procedimento de recolha de dados
- 113|** 3.1. Variáveis funcionais e esclarecimentos de operacionalização e de codificação
- 121|** 3.2. Instrumentos de avaliação: apresentação, descrição e características psicométricas
- 139|** 4. Procedimentos de recrutamento e de recolha de dados
- 139|** 5. Tratamento dos dados
- 143|** 6. Resultados
- 143|** 6.1. Alterações no estilo de vida, impacto percebido e desejo de mudança do primeiranista
- 148|** 6.2. Estilo de vida atual, saúde e sucesso académico do primeiranista
- 148|** 6.2.1. Dados descritivos das variáveis de saúde e de sucesso académico
- 151|** 6.2.2. Estudo dos fatores sociodemográficos e académicos de variabilidade do estilo de vida, da saúde e do sucesso académico

- 161** | 6.3. Impacto do estilo de vida atual nas variáveis de saúde e de sucesso académico do primeiranista
- 161** | 6.3.1. Variabilidade do estado de saúde e da qualidade de vida em função da medida geral do estilo de vida e da prática de atividades físicas no ensino superior
- 165** | 6.3.2. Variabilidade do sucesso académico em função da medida geral do estilo de vida e do consumo excessivo de álcool no ensino superior
- 169** | 6.3.3. Associação entre o estilo de vida atual e as variáveis de saúde e de sucesso académico
- 171** | 6.3.4. Capacidade explicativa única do estilo de vida atual relativamente às variáveis de saúde e de sucesso académico
- 174** | 7. Discussão dos resultados
- 189** | 8. Conclusões, limitações e recomendações
- 195** | **Capítulo V: Planeamento, implementação e avaliação do programa de intervenção “Transições (mais) Saudáveis”.**
- 195** | 1. Da avaliação das necessidades ao planeamento do programa T(+)*S*
- 195** | 1.1. Primeira etapa: avaliação das necessidades
- 198** | 1.2. Segunda etapa: estabelecimento de objetivos de mudança
- 202** | 1.3. Terceira etapa: identificação e seleção dos métodos de intervenção (e das técnicas de mudança efetiva)
- 207** | 1.4. Quarta etapa: conceção do programa T(+)*S*
- 209** | 1.5. Quinta etapa: planeamento da implementação do programa T(+)*S*
- 210** | 1.6. Sexta etapa: planeamento da avaliação do programa T(+)*S*
- 215** | 2. A implementação do programa T(+)*S*
- 218** | 3. A avaliação do programa T(+)*S*
- 221** | 3.1. Resultados da componente avaliativa *context*
- 221** | 3.2. Resultados da componente avaliativa *input*
- 222** | 3.3. Resultados da componente avaliativa *process*
- 225** | 3.4. Resultados da componente avaliativa *product*
- 227** | 3.4.1. Equivalência dos grupos
- 231** | 3.4.2. Eficácia da intervenção
- 243** | 3.4.3. Impacto da intervenção

256 | 3.4.4. Sustentabilidade e *transferibilidade* da intervenção

260 | 3.5. Discussão integrada dos resultados da avaliação

274 | 4. Conclusões, limitações e recomendações

281 | **Nota final**

285 | **Referências**

329 | **Apêndices**

Apêndice 1. Protocolo de avaliação do estudo 1

Apêndice 2. Carta de apresentação da investigação ao diretor de cada uma das faculdades da Universidade de Coimbra (Estudo 1)

Apêndice 3. Carta de apresentação da investigação ao docente da aula pretendida (Estudo 1)

Apêndice 4. Carta de apresentação da investigação ao estudante (Estudo 1)

Apêndice 5. Relação entre estilo de vida atual e variáveis de saúde e de sucesso académico (tabelas completas)

Apêndice 6. Etapa de avaliação das necessidades: alguns detalhes sobre os processos e os produtos da avaliação de recursos

Apêndice 7. Materiais didáticos do programa T(+)*S*

Apêndice 8. Guiões orientadores das sessões do programa T(+)*S*

Apêndice 9. Lista de Verificação das Atividades da Sessão

Apêndice 10. Questionário de Avaliação da Sessão

Apêndice 11. Protocolo de avaliação do estudo 2

Apêndice 12. Estudo das principais características psicométricas do Questionário de Avaliação da Sessão

Apêndice 13. Estudo das principais características psicométricas do Questionário da Abordagem do Processo de Ação de Saúde (Schwarzer, 2008), versão para Exercício Físico

Apêndice 14. Carta de apresentação da investigação ao diretor da FPCEUC (Estudo 2)

Apêndice 15. Versão completa do programa de intervenção T(+)*S* (figura-síntese)

Apêndice 16. Alterações no estilo de vida e desejo de mudança dos primeiranistas que integraram os grupos de investigação do segundo estudo empírico

A escolha de um tema com relevância atual e pelo qual se nutre uma curiosidade mobilizadora é sempre um bom ponto de partida para qualquer trabalho de investigação.

O trabalho de investigação aqui documentado sob a forma de tese debruçou-se sobre a relação sinérgica¹ entre educação (em particular: transição para o ensino superior, sucesso académico) e saúde (de modo específico: determinantes da saúde, programas promotores de saúde) – dois temas que estão na ordem do dia, fazendo parte do discurso coletivo e da agenda política da sociedade atual! Quanto à sua pertinência, existirão poucas dúvidas ou objeções. Com efeito, cidadãos educados (i.e., com níveis elevados de escolaridade) e saudáveis, capazes de conduzirem uma vida produtiva e gratificante, são recursos indispensáveis à prosperidade de uma nação (Cutler & Lleras-Muney, 2010; *Organisation for Economic Co-operation and Development* [OECD], 2018; Young et al., 2013). Pelo contrário, indivíduos com percursos educativos gorados ou com problemas de saúde constituem uma fonte de despesa (em lugar de receita) pública, um impedimento ao desenvolvimento individual e coletivo, uma causa provável de indicadores inferiores de qualidade de vida e bem-estar, entre outros (Cutler, Huang, & Lleras-Muney, 2015; OECD, 2018).

Relativamente à curiosidade que suscitaram na investigadora responsável, dois acontecimentos de vida devem ser mencionados em jeito de justificação: o declínio acentuado do seu estado de saúde no final do primeiro ano letivo do ensino superior e o seu envolvimento accidental no debate científico que veiculava as ideias primitivas do atual movimento global Universidades e Escolas Promotoras de Saúde, alguns anos mais tarde. Aquando destes acontecimentos emergiram algumas perguntas (e.g., Existe alguma relação entre o ingresso no ensino superior e o estado de saúde do primeiranista? Os alunos do ensino superior, teoricamente bem informados, gozam de estados de saúde mais favoráveis? Ou, em sentido contrário, os sujeitos saudáveis têm maior probabilidade de alcançar sucesso/longevidade escolar? Como colocar eficazmente uma variável, educação ou saúde, ao serviço da outra? Qual o papel das instituições de educação e de saúde na promoção destas duas variáveis?) e a decisão de procurar as respetivas respostas assim que fosse oportuno.

A oportunidade concretizou-se no final de 2008, após a admissão e o ingresso na primeira edição do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Psicologia

¹ Expressão da autoria de Young, St Leger e Buijs (2013).

(especialidade em Psicologia da Educação), promovido em parceria pelas Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Dela resultou um projeto de investigação com a pretensão de contribuir para o corpo de conhecimento sobre o(s) tema(s) já mencionado(s), através da realização de dois estudos empíricos com objetivos (viz., explorar e identificar mudanças no estilo de vida dos alunos em transição para o ensino superior, bem como o impacto do novo estilo de vida em alguns indicadores de saúde/qualidade de vida e de sucesso acadêmico vs. planejar, implementar e avaliar um programa de intervenção piloto promotor de estilos de vida mais saudáveis nos primeiranistas) e características metodológicas (e.g., plano de investigação transversal e observacional vs. plano de investigação quase experimental) diferentes ainda que complementares, oportuna e detalhadamente expostos no presente documento.

A respeito da estrutura deste documento importa referir que se encontra organizado em duas grandes partes: a primeira compreende os três capítulos iniciais que dão corpo à revisão da literatura e a segunda integra os dois capítulos finais dedicados ao contributo pessoal de teor empírico.

O primeiro capítulo visa o ensino superior e apresenta, após breves considerações sobre este nível de ensino no contexto português atual, o conceito de sucesso acadêmico e as diferentes leituras das causas e fatores associados ao mesmo, os conceitos de transição e adaptação ao ensino superior e as conceções de pendor internalista e externalista que habitualmente fundamentam a sua análise psicológica, e por fim algumas estruturas e estratégias de apoio que as instituições de ensino têm procurado desenvolver como resposta à necessidade de prevenir ou minimizar o insucesso ou promover o sucesso acadêmico dos seus estudantes.

A revisão da literatura do segundo capítulo concerne à saúde e abrange a abordagem de questões conceituais e de medição importantes, a identificação e análise da complexa rede de determinantes da saúde (dando particular atenção aos comportamentos de saúde que integram o estilo de vida e aos antecedentes sociocognitivos destes últimos), a referência à promoção da saúde através da modificação do estilo de vida e uma breve revisão dos modelos de cognição social (entendidos como ponto de partida útil nas intervenções de promoção da saúde centradas na mudança comportamental), a

apresentação de estudos sobre o estilo de vida do jovem-adulto no contexto da sua incursão pelo ensino superior e as suas repercussões, e a exemplificação de respostas das instituições de ensino superior em face do apelo à promoção da saúde da sua população discente.

Situado na charneira entre a reflexão teórica e a descrição dos estudos empíricos, o terceiro capítulo incide sobre questões relevantes (e.g., princípios orientadores da prática, modelos de planeamento e de avaliação) na fundamentação de qualquer iniciativa de promoção da saúde no contexto do ensino superior, particularmente as intervenções de mudança comportamental dirigidas à comunidade discente.

O quarto capítulo descreve detalhadamente o primeiro estudo empírico, dando a conhecer os objetivos definidos e as hipóteses de investigação enunciadas, as características da amostra recolhida (bem como os critérios de amostragem e o processo de refinamento da amostra), as variáveis e os instrumentos de avaliação utilizados, os procedimentos de recolha e de tratamento de dados, os resultados obtidos e a sua discussão, e as principais conclusões alcançadas (sem esquecer de evidenciar algumas limitações ou de apontar sugestões para futuros trabalhos de investigação).

O quinto e último capítulo visa o programa de intervenção piloto “Transições (mais Saudáveis)” e relata com minúcia todas as fases às quais o programa foi submetido (viz., planeamento, implementação e avaliação), antes de apresentar as conclusões e as limitações deste segundo estudo empírico, bem como algumas recomendações.

PARTE I

Revisão da literatura

Capítulo I Refletindo sobre o ensino superior

1. Breves considerações sobre o ensino superior no contexto português atual

A célebre asserção do filósofo, ensaísta e estadista inglês Francis Bacon, “*Nam et ipsa scientia potestas est* [Porque o próprio saber é poder]”, apesar de ter mais de quatro séculos de existência, mantém a sua atualidade e importância. O acesso à educação e, em particular, ao ensino superior, são fatores imprescindíveis não apenas ao sucesso e à qualidade de vida dos indivíduos, mas também ao desenvolvimento económico e da democracia dos países e das regiões (Rego & Caleiro, 2010).

O ensino superior, na Europa e em Portugal, tem sofrido inúmeras transformações (ao ritmo das mudanças sociais e económicas e das reformas políticas dos diferentes países) desde a criação das primeiras instituições de ensino superior (Amante, 2007). Em Portugal, até meados dos anos 70, o ensino superior concentrava-se nas principais cidades (Lisboa, Coimbra e Porto) e era frequentado por uma pequena parcela da população, uma elite económica e social que podia aceder ao conhecimento e à formação (Rego & Caleiro, 2010). Ainda durante os últimos anos do Estado Novo (sob a orientação do Ministro da Educação Veiga Simão), mas sobretudo após o 25 de Abril de 1974, iniciou-se o processo de expansão (institucional, decorrente do lançamento de novas instituições de ensino pós-secundário, e territorial, através do aumento destas instituições no interior do país), diversificação (no que concerne à formação disponível para novas áreas) e complexificação (do modelo de organização) deste segmento de ensino (Amante, 2007; Rego & Caleiro, 2010).

Mais recentemente, as instituições de ensino superior portuguesas, tal como as suas congéneres europeias, têm procurado integrar (reformulando e reorganizando objetivos, finalidades e atitude/práticas) as alterações de políticas de ensino e estruturais, impulsionadas pelos compromissos selados na Declaração de Sorbonne e na Declaração de Bolonha (datadas de 1998 e 1999, respetivamente) (Amante, 2007). Como resultado deste percurso evolutivo, surgiu o atual sistema de ensino superior: diversificado, de natureza binária (na medida em que integra o ensino universitário, mais orientado para a oferta de formações científicas sólidas, e o ensino politécnico, mais concentrado em formações vocacionais e formações técnicas avançadas e profissionalmente orientadas; Veloso, Costa, & Lopes, 2010), levado a cabo por um conjunto de instituições, públicas ou privadas,

geograficamente dispersas por todo o país (ainda que mais concentradas no litoral) (Amante, 2007) e empenhadas na construção de um espaço europeu coerente e compatível de ensino superior (entendido como um meio auxiliar na promoção da empregabilidade e da mobilidade na Europa, assim como da competitividade internacional e da atração de estudantes do mundo) (Ponte, 2005).

As transformações dos contextos sociais e políticos ocasionaram também alterações na missão (e nos objetivos) das instituições de ensino terciário. No início (até ao século XIX) eram exclusivamente estabelecimentos de ensino e formação (com a função de transmitir conhecimentos). Atualmente, e de acordo com a legislação portuguesa em vigor (mais precisamente, com o Artigo 2º da Lei nº 62/2007, expressa no Diário da República nº 174 – Série I – de 10/09/2007), têm por objetivo a qualificação de alto nível dos seus estudantes, a produção e difusão do conhecimento e a formação cultural, artística, tecnológica e científica dos seus discentes, num quadro de referência internacional, devendo ainda valorizar a atividade dos que nelas trabalham e estudam, assegurar o acesso igualitário à aprendizagem ao longo da vida, promover a mobilidade nacional e internacional de estudantes e diplomados, participar em atividades de ligação à sociedade e contribuir para a compreensão pública das humanidades, das artes, da ciência e da tecnologia. Assim, e utilizando o parecer de Jardim (2007), as instituições do ensino superior já não são tão-somente chamadas a transmitir conhecimentos definitivos, mas têm como principal incumbência preparar pessoas que elaboram, ao longo de toda a vida, um saber em constante renovação e que aprendam a *conhecer*, a *fazer*, a *viver juntos* e a *ser* (as quatro aprendizagens fundamentais que constituem os pilares do conhecimento).

Perante o seu importante papel de coprotagonista na construção de uma Europa do Conhecimento (Comissão das Comunidades Europeias, 2003) e a sua exigente missão, conhecer o êxito das instituições do ensino superior, na persecução desses intuitos, revela-se uma tarefa necessária e torna o ensino superior num objeto de variadas análises (Lobo, Almeida, & Pinheiro, 2011). O confronto periódico com os indicadores de *input* e *output* (educativos, formativos, científicos, tecnológicos, financeiros, económicos e sociais) que colocam frequentemente Portugal nos últimos lugares (a par com alguns países do sul e leste da Europa) das tabelas dos diversos países em comparação², parece sugerir que ainda

² A título de exemplo, sugere-se a leitura do último relatório da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico [OCDE], *Education at a Glance 2018: OECD Indicators*.

há um longo caminho a percorrer pelas jovens instituições portuguesas de ensino pós-secundário, na persecução de um sistema abrangente, diferenciado e de grande qualidade (Crespo, 2006). A investigação sobre o sucesso académico (quer dos seus fatores determinantes e associados, quer das estratégias de intervenção que incidem sobre ele) tem originado resultados que podem auxiliar nesse percurso.

2. Sucesso académico no ensino superior: conceito amplo e fenómeno de causas múltiplas e complexas

O impacto do sucesso académico (em termos pessoais, institucionais, políticos, económicos e sociais) tem levado um grande número de investigadores a investirem os seus esforços na compreensão do fenómeno e no desenho de intervenções que visem prevenir ou minimizar o insucesso ou promover o sucesso académico (e.g., Alarcão, 2000; Almeida, 2001; Brites, Seco, Canastra, Dias, & Abreu, 2010; Cruce, Wolniak, Seifert, & Pascarella, 2006; Curado & Machado, 2005; Dearnley & Matthew, 2007; Jardim, 2007; Keup, 2006; Luo, Williams, & Vieweg, 2007; Mills, Heyworth, Rosenwax, Carre, & Rosenberg, 2009; Pascarella & Terenzini, 2005; Pereira et al., 2006; Rodríguez, Tinajero, & Páramo, 2017; Salomonson et al., 2013; Tavares et al., 2006; Tavares & Silva, 2001; Upcraft, Gardner, & Barefoot, 2005; Valadas, Araújo, & Almeida, 2014; Veloso et al., 2010).

A definição de sucesso académico permanece um desafio já que existem várias perspetivas sobre o mesmo (Brites et al., 2010; York, Gibson, & Rankin, 2015), que originam diferentes operacionalizações do conceito e, conseqüentemente, dificultam a comparação de alguns estudos sobre este tema. Parece existir um consenso alargado sobre a necessidade de uma definição mais ampla desta representação mental, que não se confunda com outros conceitos mais restritos como o rendimento/desempenho/sucesso escolar, entendido como uma das dimensões do sucesso académico e aquela que envolve essencialmente as classificações obtidas pelos alunos nas diferentes disciplinas (Brites et al., 2010; Silva & Ribeiro, 2007; Tavares & Huet, 2001; York et al., 2015).

Alguns autores destacam o desenvolvimento de competências académicas e intelectuais como uma medida crítica do sucesso académico (Dearnley & Matthew, 2007; Keup, 2006). Outros especificam que o sucesso académico se traduz nas “competências

cognitivas e metacognitivas, comportamentais e de comunicação desenvolvidas e adquiridas durante e no final da sua estada na instituição universitária” (Tavares & Huet, 2001, p. 15). Para a maioria, o sucesso é de natureza multifacetada, devendo a sua apreciação incluir aspetos escolares, sociorrelacionais e psicológicos (Almeida, 2002), como os que seguidamente se particularizam: (1) o desenvolvimento de competências intelectuais (pensamento crítico, resolução de problemas, tomada de decisão refletida, entre outras) e académicas; (2) o estabelecimento e manutenção de relacionamentos interpessoais positivos e gratificantes; (3) o desenvolvimento da identidade e (4) da autonomia em direção à interdependência; (5) a decisão por um determinado projeto de carreira/profissional e a perspectiva de um estilo de vida próprio; (6) o usufruto de saúde e bem-estar; (7) o desenvolvimento de uma filosofia integrada de vida; e (8) o progresso nos processos de transição e adaptação ao ensino superior (Ferreira, Almeida, & Soares, 2001; Pinheiro, 2003; Upcraft et al., 2005).

Perante um conceito tão amplo, facilmente se conclui que os parâmetros quantificáveis utilizados amiúde na investigação sobre esta problemática (ver, e.g., Araújo & Almeida, 2010; DeBerard, Spielmans, & Julka, 2004; Gaultney, 2010; Gomes, 2006; Mills et al., 2009; Nunes, 2006; Pacheco, 2008; Ruthig, Marrone, Hladkyj, & Robinson-Epp, 2011; Silva & Ribeiro, 2007; Trockel, Barnes, & Egget, 2000), como o rendimento/desempenho académico³, as taxas de retenção/abandono/absentismo ou o rácio de sobrevivência⁴, apesar de úteis, avaliam apenas parcelarmente o sucesso académico no ensino terciário, descurando todos os outros aspetos acima mencionados.

Não existindo um instrumento de avaliação que abranja a natureza multifacetada do sucesso académico no ensino superior (York et al., 2015), há contudo a possibilidade de utilizar diferentes medidas para cada um dos aspetos que devem estar implicados na avaliação deste conceito complexo e amorfo [e.g., medidas de ajustamento ou adaptação do estudante: *Student Adaptation to College Questionnaire* (Baker & Siryk, 1989),

³ Parâmetro que pode ser estimado a partir, por exemplo, (1) do cálculo da média das classificações do semestre ou ano, (2) do rácio entre o número de disciplinas efetuadas e o número de disciplinas previstas para um determinado período do curso, ou (3) de medidas como o *Grade Point Average* ou *Weighted Average Marks* (Brites et al., 2010).

⁴ No glossário de termos estatísticos da OCDE (2007, p.766), a taxa de sobrevivência ao nível do ensino terciário é definida como “*the proportion of new entrants to the specified level of education who successfully complete a first qualification*”, sendo calculada como “*the ratio of the number of students who are awarded an initial degree to the number of new entrants to the level n years before, n being the number of years of full-time study required to complete the degree*”.

Questionário de Vivências Acadêmicas⁵ (Almeida & Ferreira, 1997), Questionário de Adaptação ao Ensino Superior (Araújo et al., 2014); medidas de aquisição de competências: *Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal* (Watson & Glaser, 1980; Gadzella et al., 2006); medidas do estilo de vida, da saúde ou da qualidade de vida do aluno: *European Health and Behaviour Survey* [EHBS] (Wardle & Steptoe, 1991), Escala de Estado de Saúde (Albuquerque, 1999), *Student Quality of Life and Satisfaction* (Disch, Harlow, Campbell, & Dougan, 2000), Questionário de Estilos de Vida (Pacheco, 2005); medidas de suporte social: *College Social Support Survey* (Harrington, 2011), Questionário de Suporte Social (Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987; versão portuguesa: Pinheiro & Ferreira, 2002)].

No que concerne às causas explicativas/fatores preditores e associados a este fenómeno, os resultados de diversos estudos mostram alguma coerência, apontando para uma constelação de fatores (ver, entre muitos outros: Almeida, Araújo, & Martins, 2016; Bruinsma & Jansen, 2007; DeBerard et al., 2004; Luo et al., 2007; Pacheco, 2008; Pinheiro, 2003; Ruthig et al., 2011; Silva & Ribeiro, 2007; Soares, Almeida, Diniz, & Guisande, 2006; Veloso et al., 2010), ainda que a divisão, integração e organização das variáveis possa diferir, consoante a perspetiva utilizada para a leitura do fenómeno (Brites et al., 2010). A maioria destas perspetivas é influenciada pelas teorias ecológicas, nomeadamente pelo modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner⁶ (1979, citado por Canavarro, 2007), no que se refere à interação entre o indivíduo e o ambiente.

Assim, no quadro conceptual integrador que propõe, Alarcão (2000) sistematiza os fatores (considerados interdependentes e influenciáveis pelas ideologias, valores e preconceitos vigentes) associados ao sucesso académico, em função de quatro dimensões principais: alunos (e.g., condições familiares e socioeconómicas, integração social, autonomia na gestão do estudo, adequação dos métodos de estudo, participação em atividades extracurriculares, articulação entre valores, estilo de vida, etc.), docentes (e.g., relação com os alunos, competência científica e pedagógica, adequação entre ensino e

⁵ No capítulo IV (ponto 3.2) encontra-se uma apresentação mais detalhada deste instrumento.

⁶ Segundo o modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner, há quatro componentes fundamentais que devem ser consideradas no desenvolvimento humano: os processos (formas particulares de interação entre organismo e ambiente), a pessoa (com as suas disposições, recursos e exigências), o tempo e os contextos (do micro ao macrosistema) (Canavarro, 2007).

avaliação, as expectativas em relação aos alunos, etc.), currículo (e.g., articulação entre níveis de ensino, existência de pré-requisitos adequados, organização de calendários e horários, flexibilidade curricular, etc.) e instituição universitária (e.g., condições físicas, dimensão das turmas, instrumentos de trabalho, coordenação das diversas estruturas, etc.). No mesmo sentido, Tavares e Silva (2001) adotam uma visão *micro-meso-exo-macrossistêmica* ecológica e dialógica e apontam também os alunos, os docentes, o currículo, as instituições, as políticas educativas e as ideologias como causas ou fatores de sucesso.

Já Soares, Almeida, Diniz e Guisande (2006) mencionam outras categorias de fatores: os inerentes aos estudantes (características sociodemográficas, acadêmicas e desenvolvimentais), as características de qualidade da instituição (infraestruturas, serviços, recursos), a interação entre estes dois grupos de características e o envolvimento dos estudantes (i.e., ao grau de investimento cognitivo e comportamental que os estudantes esperam dedicar ou dedicaram à vida universitária).

Mais recentemente, Brites et al. (2010) ou Almeida et al. (2016), influenciados pelas categorizações anteriores, apresentam duas grandes classes de variáveis associadas ao fenómeno do sucesso acadêmico: as relacionadas com a instituição (equipamentos e serviços, estruturas de apoio ao aluno, organização curricular, práticas pedagógicas, preparação científica e pedagógica dos docentes, atividades extracurriculares, etc.) e as relacionadas com o indivíduo (transição para o ensino superior, fatores contextuais e individuais).

Tomando por sensata qualquer uma das leituras/categorizações anteriores e recorrendo às detalhadas revisões de estudos sobre o que afeta o sucesso acadêmico e a permanência do estudante no ensino superior (e.g., Almeida et al., 2016; Astin, 1993, 1997; Brites et al., 2010; Ishler & Upcraft, 2005; Curado & Machado, 2005; Pascarella & Terenzini, 1991, 2005), bem como aos resultados de estudos de associação e predição estatística que incidem sobre a temática (e.g., Bruinsma & Jansen, 2007; DeBerard et al., 2004; Gold & Souvignier, 2005; Mills, Heyworth, Rosenwax, Carre, & Rosenberg, 2009; Nunes, 2006; Richardson, Abraham, & Bond, 2012; Soares, Almeida, Diniz, & Guisande, 2006; Valadas, Almeida, & Araújo, 2017; Wilkins, Butt, Kratochvil, & Balakrishnan, 2016) ou do estudo de casos sobre fatores organizacionais, representações dos atores e

práticas de promoção do sucesso escolar (ver Veloso et al., 2010), é possível detalhar, de forma sucinta, algumas das variáveis que sistematicamente surgem associadas ou são preditoras do sucesso académico.

Por conseguinte, dentro do grupo das **variáveis relacionadas com o indivíduo**, os resultados dos estudos apontam, entre outros: (1) o sucesso escolar anterior (medido a partir do desempenho obtido no ensino secundário, da nota de candidatura ao ensino superior ou das primeiras avaliações no ensino superior) como forte preditor do sucesso escolar (e.g., Bruinsma & Jansen, 2007; DeBerard et al., 2004; Gold & Souvignier, 2005; Pascarella & Terenzini, 1991, 2005; Richardson et al., 2012); (2) determinadas características biosociodemográficas (e.g., ser um estudante tradicional mais novo e/ou do sexo feminino, proceder de uma família com uma situação social e económica e um património cultural e académico mais favoráveis) como facilitadoras do acesso e da passagem próspera pelo ensino superior (e.g., Almeida, Guisande, Soares, & Saavedra, 2006; Astin, 1993, 1997; Mills et al., 2009; Veloso et al., 2010; Thiele, Singleton, Pope, & Stanistreet, 2016); e (3) o importante papel (da perceção de) do suporte social e do encorajamento da família e de outros significativos nesse sucesso (e.g., DeBerard et al., 2004; Pinheiro, 2003; Rayle & Chung, 2008; Seco, Casimiro, Pereira, Dias, & Custódio, 2005; Zavatkay, 2015). Alguns estudos sublinham ainda (4) a importância da motivação, da perceção de autoeficácia, das competências autorreguladoras da aprendizagem e da abordagem ao estudo no sucesso académico, sugerindo que os alunos mais motivados (particularmente os que concretizaram os seus desejos e expectativas no que concerne à prioridade da escolha do curso/instituição de ensino), com perceções positivas de autoeficácia, autorreguladores da sua aprendizagem e que adotam uma abordagem profunda ao estudo têm maiores probabilidades de serem bem-sucedidos (e.g., Azevedo & Faria, 2006; Bruinsma & Jansen, 2007; Richardson et al., 2012; Rosário, Nunes, et al., 2010; Rosário, Núñez, et al., 2010; Seco et al., 2005; Valadas et al., 2017; Veloso et al., 2010; Wach, Karbach, Ruffing, Brünken, & Spinath, 2016; Zajacova, Lynche, & Espenshade, 2005; Zimmerman, 2008).

Quanto ao grupo das **variáveis contextuais**, Pascarella e Terenzini (1991, 2005) concluíram que certas variáveis institucionais (e.g., seletividade, duração da oferta formativa, tamanho e controlo público vs. privado, composição racial/género) conduzem melhor o estudante para a sua permanência no ensino superior do que outras (e.g.,

instituições com critérios de seleção mais rigorosos, com oferta formativa de maior duração, com composições mais homogêneas tendem a diminuir a probabilidade de insucesso e de abandono), ainda que o peso da influência destas variáveis seja inferior ao das experiências do estudante depois do ingresso. Também a existência de serviços ou unidades orgânicas de apoio (nas quais se desenvolvem as mais diversas atividades, desde a divulgação de informação ao potencial público à prestação de serviços de orientação, de acompanhamento psicológico e/ou pedagógico e de apoio à inserção no mercado de trabalho – consultar ponto 4 deste capítulo) e a monitorização institucional das questões ligadas à promoção do sucesso acadêmico parecem favorecer o sucesso dos estudantes que estas instituições acolhem (e.g., Ishler & Upcraft, 2005; Veloso et al., 2010). Outros autores (Lobo et al., 2011; Wilkins et al., 2016) argumentam que as representações (positivas) dos estudantes sobre a qualidade do ensino ministrado (e.g., práticas pedagógicas, apoio à investigação científica, preparação para o mercado de trabalho regional, nacional ou internacional, etc.), os recursos estruturais e funcionais da instituição (espaços, equipamentos, recursos e serviços), a imagem e o prestígio da instituição (tendo por base as atividades de investigação científica que desenvolve, a integração de alunos em projetos nacionais/internacionais que promove ou a sua capacidade de orientar a formação para as necessidades do mercado de trabalho) e o seu envolvimento social e relacional com os atores da instituição afetam (construtivamente) a qualidade de vida dos estudantes, a sua adaptação e realização académica. As interações positivas e frequentes entre o estudante e os atores institucionais (docentes, colegas, funcionários, etc.) e a participação daquele nas diversas atividades promovidas pela instituição (sejam atividades extracurriculares ou resultantes das suas estruturas de apoio) tendem a beneficiar a adaptação ao ensino superior do primeiranista (e.g., Almeida, Guisande, & Paisana, 2012; Astin, 1993, 1997; Cruce et al., 2006; Pascarella & Terenzini, 1991, 2005; Veloso et al., 2010).

As diferentes definições e leituras das causas ou fatores associados ao fenómeno do sucesso académico expõem a sua complexidade e permitem prever a difícil tarefa de desenhar intervenções, em prol da eficácia das mesmas, que incluam um número tão grande (e de natureza tão diversa) de variáveis.

Sem perder este enquadramento geral, que sugere uma definição ampla de sucesso académico e uma multiplicidade de variáveis explicativas (donde qualquer seleção de

variáveis contribui para a explicação parcial do sucesso no ensino superior), a presente investigação focaliza-se no indivíduo (no jovem-adulto e no estudante) e no seu estilo de vida, assim como nos processos de transição e adaptação ao ensino superior. É sobre estes últimos que incidirá a revisão teórica seguinte.

3. Transição e adaptação ao ensino superior: o contributo de concepções de pendor internalista e externalista

Os períodos de transição representam sempre, qualquer que seja o momento do ciclo vital dos indivíduos em que ocorrem, (a percepção de) desequilíbrio (Nico, 2001) ou descontinuidade (Anderson, Goodman, & Schlossberg, 2012) e são seguidos por um período de adaptação ou ajustamento, que requer, na maior parte dos casos, mudanças nos padrões de resposta comportamental, cognitiva e afetiva (Almeida, Soares, & Ferreira, 2000; Reich, Harber, & Siegel, 2008) e a mobilização dos recursos disponíveis (Pinheiro, 2004; Seco et al., 2005).

A transição para o ensino superior afigura-se uma das transições mais ambicionadas e simultaneamente mais difíceis que o aluno vivencia⁷ (Nico, 1997), pelas mudanças de natureza educativa (resultantes do início do ensino terciário), ecológica (decorrente de novos contextos de vida) e desenvolvimental (relacionadas com a realização de tarefas de desenvolvimento esperadas para a fase de vida de um estudante tradicional⁸: a adolescência tardia ou a adultez emergente) que ocorrem na vida do primeiranista (Pinheiro, 2004; Pittman & Richmond, 2008). Assim, a par das mudanças desenvolvimentais operadas no final da adolescência e no início da idade adulta, o ingresso no ensino terciário pode ainda confrontar os jovens com múltiplos desafios: sair de casa e separar-se da família e dos

⁷ No sistema de ensino português, as transições ocorrem com relativa frequência, mesmo que as mais importantes se reportem às transições entre ciclos de escolaridade (Soares et al., 2000): do pré-escolar para o primeiro ciclo, deste para o segundo e posteriormente para o terceiro ciclo, do ensino básico para o secundário e deste último para o superior (podendo ainda haver transições entre os três ciclos do ensino terciário, antes da transição para o mercado de trabalho).

⁸ A consciência do aumento da heterogeneidade do público do ensino superior e, sobretudo, de uma população com características diferentes (normalmente com idades superiores às do intervalo [18, 23], percurso académico interrompido, responsabilidades sociais e familiares, experiência no mercado de trabalho, entre outras) dos estudantes tradicionais tem instigado diversas investigações que se debruçam sobre este tipo de público (e.g., Baptista, 2009; Choy, 2002; Fragoso, 2016; Munro, 2011; Myers & Mobley, 2004; Silva & Nascimento, 2012; Stage, 2008). Ainda que ciente deste facto, a presente investigação centra-se sobretudo na população estudantil tradicional (jovens-adultos e estudantes a tempo inteiro, que ingressaram no ensino superior depois de concluírem o ensino secundário, podendo estar deslocados da residência familiar e dependentes financeiramente dos pais; Bonnetaud, 2011).

amigos, pela primeira vez; enfrentar um meio (totalmente, para a maioria) desconhecido; estabelecer relações com os novos pares e, eventualmente, (para muitos, a primeira relação) de carácter mais íntimo e duradouro; assumir diversas responsabilidades (ligadas à gestão de um orçamento limitado e do tempo para as várias tarefas acadêmicas e não acadêmicas) e tornar-se autónomo; desenvolver a identidade e um sentido para a vida; confrontar-se com um ambiente de ensino-aprendizagem menos estruturado (no qual as normas, expectativas e exigências são mais ténues e ambíguas), ainda que reivindicativo de níveis mais elevados de iniciativa, independência e autonomia na aprendizagem, na gestão de recursos, no estabelecimento de objetivos e na definição das estratégias para os alcançar (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999; Astin, 1993; Chickering & Reisser, 1993; Diniz, 2005; Pascarella & Terenzini, 2005; Rosário, Nunes, et al., 2010; Rosário, Núñez, & González-Pienda, 2006; Seco et al., 2005; Soares, Almeida, Diniz, & Guisande, 2006).

Apesar da maioria dos alunos conseguir lidar com a diversidade de mudanças e desafios percebidos e ser bem-sucedida na adaptação, outros experienciam estados emocionais desadaptativos (agravados ou não por *homesickness*; e.g., English, Davis, Wei, & Gross, 2016), os quais podem precipitar a retenção, o abandono ou a interrupção dos estudos durante ou no final do ano letivo (DeBerard et al., 2004; Hillman 2005; Santos, 2007; Thurber & Walton, 2012). Alguns estudos qualificam os primeiros 2 meses de frequência do ensino superior como os mais críticos dos processos de transição e adaptação (Diniz, 2001; Nico, 2000; Pinheiro, 2003). De acordo com determinados autores, a maioria dos alunos que abandonam a universidade, fazem-no no final do primeiro semestre ou do primeiro ano letivo (Almeida et al., 2016; Ishler & Upcraft, 2005; Sand, Kurpius, & Rayle, 2004, citado por Rayle & Chung, 2008; Santos, 2007; Tinto, 2012).

Tradicionalmente, a análise psicológica destes processos (potencialmente difíceis e desafiantes) de transição e adaptação ao ensino superior, bem como as intervenções junto dos estudantes (com vista a facilitar estes processos e, conseqüentemente, a promover o sucesso académico), fundamenta-se em concepções de pendor mais internalista (“ancoradas na influência de aspetos psicodinâmicos e desenvolvimentais, etariamente enquadrados, sobre a atualidade experiencial dos estudantes”) e de pendor mais externalista (“ancoradas na influência multifacetada do contexto de vida universitário sobre os estudantes”) (Diniz & Almeida, 2006, p. 30). Atente-se na breve revisão seguinte sobre alguns exemplos destas concepções.

3.1. O contributo de Schlossberg e Chickering

Arthur Chickering e Nancy Schlossberg, autores da obra intitulada *How to Get the Most Out of College* (que conta já com duas edições: a primeira de 1995 e a segunda de 2001), na qual articulam a teoria da transição de Schlossberg com os aspetos psicossociais do desenvolvimento do jovem universitário estudados por Chickering⁹ e transparece a perspetiva, legada por este último, de que o ingresso no ensino superior é uma transição de contexto e de desenvolvimento (Pinheiro, 2004), continuam a ser uma referência teórica para muitos investigadores da área (ver, entre outros: Luo et al., 2007; Pendleton, 2008; Pinheiro, 2003, 2004; Rayle & Chung, 2008; Santos, 2007; Seco et al., 2005).

Em conformidade com a **abordagem psicológica da transição de Schlossberg** (Schlossberg, 1981, 2008; Anderson et al., 2012), a mudança (questão situacional) é conceptualmente distinta da transição (questão psicológica) – a transição consiste, não nas mudanças, mas na perceção e na expressão do indivíduo em face das mesmas (Pinheiro, 2004) – e o nível de adaptação à transição (ou, como prefere Schlossberg, o nível de *resposta à transição*) atingido não pode ser externa e unicamente determinado pelo contexto, mas interna e necessariamente avaliado pelo indivíduo que vivencia a transição (Schlossberg, 2008).

Como se torna visível na figura seguinte (ilustração 1.1), os elementos centrais de uma transição individual, segundo os últimos autores referidos, incluem a noção de transição enquanto processo, as quatro áreas de possíveis mudanças (rotinas, papéis, relacionamentos interpessoais e conceito acerca de si e do mundo) e os recursos para lidar com essas mudanças (a situação, o self, o suporte social e as estratégias).

Assim, para uma situação de transição ocorrer, é necessário que um acontecimento (a presença ou a ausência de um evento esperado) produza mudanças, percecionadas pelo

⁹ Na sua conceção (Chickering, 1969; Chickering & Reisser, 1993), as instituições de ensino superior, constituindo um ambiente estimulante/desafiante e diversificado, devem promover o desenvolvimento emocional e social, para além do cognitivo, dos seus estudantes, jovens-adultos. Influenciado por algumas noções teóricas desenvolvimentistas e psicossociais (e.g., de Erikson, Sanford, Heath), Chickering propôs e reformulou (com o contributo de Linda Reisser) a teoria dos sete vetores do desenvolvimento psicossocial dos universitários, assim designados e sequenciados: desenvolver um sentido de competência (intelectual, física/manual e interpessoal), gerir emoções, desenvolver a autonomia em direção à independência (emocional e instrumental, bem como à interdependência), desenvolver relacionamentos interpessoais maduros, estabelecer a identidade, desenvolver um sentido para a vida e desenvolver a integridade (Chickering & Reisser, 1993).

sujeito, em pelo menos um destes aspetos (Luo et al., 2007; Schlossberg, 2008): rotinas (que hábitos (des)apareceram ou foram reajustados na vida do sujeito?), papéis (que expectativas passou a ter a sociedade ou os outros sobre o indivíduo?), relacionamentos interpessoais (quem passou a integrar a rede social e quem se aproximou/afastou do sujeito?) e conceito acerca de si e do mundo (qual a imagem que a pessoa passou a ter de si e dos outros, decorrente da mudança de estatuto?).

Para Schlossberg e colaboradores a estrutura de uma transição combina três elementos principais: a identificação da transição e o seu processo propriamente dito, os fatores determinantes das respostas às transições e a maximização ou reforço dos recursos individuais (Anderson et al., 2012; Pinheiro, 2004).

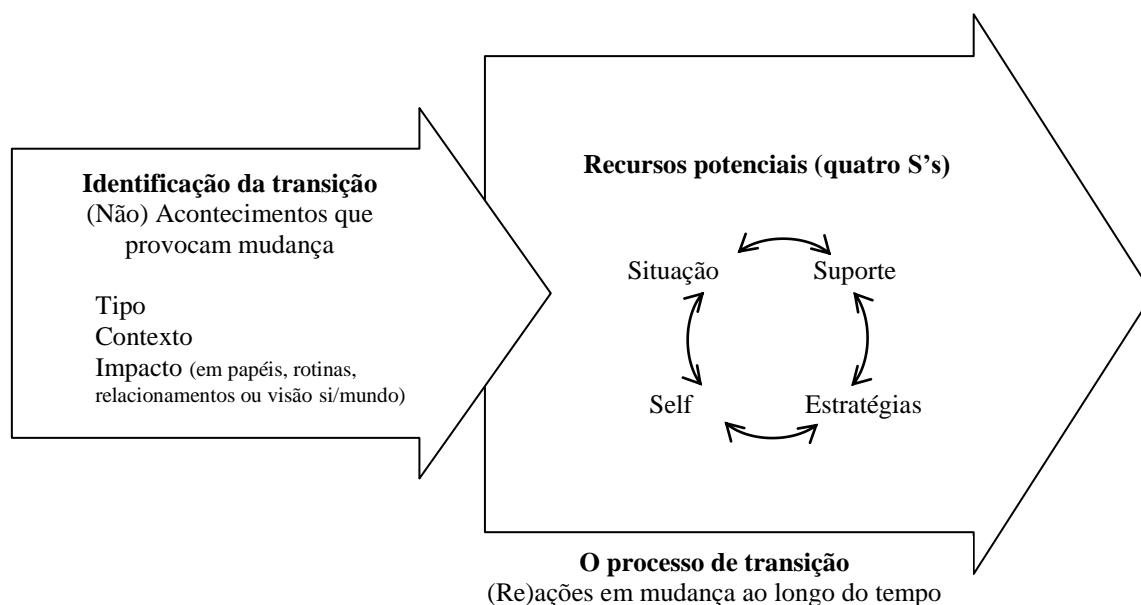


Ilustração 1.1. Estrutura de uma transição individual. Adaptado de *Counseling Adults in Transition: Linking Schlossberg's Theory with Practice in a Diverse World* (4ª ed., p. 39), por M. Anderson, J. Goodman, e N. Schlossberg, 2012, Nova Iorque: Springer Publishing Company.

A identificação da transição (quanto ao seu tipo: previsível, inesperada ou originada pela ausência de um acontecimento; ao contexto no qual ocorre e as relações que afeta; e ao seu impacto ou grau de mudança provocado no estilo de vida do indivíduo) constitui o ponto de partida para lidar com a situação (Pinheiro, 2004; Seco et al., 2005).

Segue-se a importante tarefa de apreender que a transição que se vivencia é um processo, e não um momento, que se desenvolve em várias fases (viz., a da entrada na transição, a da estadia e a da saída/finalização; Anderson et al., 2012; Pinheiro, 2003) e que

à medida que “*unfolds, the individual moves from preoccupation with the transition to integration of the transition*” (Luo et al., 2007, p. 9).

Ao longo do desenvolvimento da transição, a capacidade individual para elaborar respostas adaptativas que permitam ao indivíduo progredir pelas diferentes fases da transição, depende de quatro conjuntos de fatores, potenciais recursos, podendo constituir pontos fortes ou fragilidades, e responsáveis pela designação alternativa da teoria de Schlossberg: a teoria dos quatro S's (Anderson et al., 2012; Pinheiro, 2004, 2010):

- Situação em que ocorre a transição (*Situation*), na qual estão incorporados aspetos como o seu fator precipitante, o momento temporal em que esta se inicia, os aspetos situacionais que o indivíduo (não) controla, o carácter positivo/negativo do evento, a duração prevista da transição, o grau de responsabilidade percebida pelo indivíduo na mesma, experiências anteriores, etc.;
- Características individuais (*Self*), que incorporam características sociodemográficas (género, estatuto socioeconómico, idade, situação de vida, estado de saúde e etnia) e psicológicas (nível de desenvolvimento individual, otimismo e a percepção de autoeficácia);
- Suporte social (*Support*), que se reporta a aspetos relacionados com as fontes de suporte (família, amigos, namorado/companheiro, comunidade, etc.) e a sua proximidade, a provisão ou benefícios sociais (confiança, vinculação, reforço, orientação, etc.) e a percepção que o indivíduo tem de apoio social;
- Estratégias para lidar com situações adversas (*Coping Strategies*), que podem ter três tipos de funções: modificar a situação (e.g., através da disciplina ou da negociação), controlar o significado da situação/problema (e.g., recorrendo à comparação positiva ou à aplicação de reforços) ou regular os níveis de stresse (e.g., como resultado do relaxamento, da negação, do evitamento ou da aceitação passiva).

A aplicação da teoria dos quatro S's à transição para o ensino superior, que deu origem à obra de Chickering e Schlossberg previamente citada, revela-se feliz uma vez que conjuga aspetos desenvolvimentais (cognitivos e psicossociais) com os aspetos situacionais (as mudanças) e contextuais (os outros e os sistemas que integram) das transições relacionadas com o ingresso no ensino superior, a permanência neste nível de ensino (do

primeiro ao último ano de curso) e a saída para o mundo do trabalho (Pinheiro, 2003, 2004).

Por outro lado, o livro em questão tem o mérito de ter sido construído com (o testemunho de) estudantes e de se dirigir, sobretudo, aos estudantes que se encontram em (cada uma das três fases da) transição, sugerindo-lhes leituras, reflexões sobre as mesmas e atividades. Tal facto espelha a posição dos autores, de que é desejável (em benefício do aluno, do sistema educativo e da sociedade) que cada estudante possa “alimentar e conduzir a sua transição, noutra expressão, dirigir o seu desenvolvimento, para usufruir do seu melhor e para conseguir lidar com o seu pior” (Pinheiro, 2004, p. 10).

No que aos estudantes que se encontram na fase da entrada na transição diz respeito, Chickering e Schlossberg (2001) defendem a importância da realização de duas grandes tarefas: a avaliação das mudanças (para permitir ao estudante tomar consciência do impacto da transição no seu estilo de vida) e dos recursos pessoais (de modo a tomar consciência dos seus pontos fortes e fracos, dos recursos que dispõe de imediato, dos que necessita fortalecer e mesmo adquirir).

Deste modo, mesmo que a transição para o ensino terciário tenha sido uma transição previsível e desejada, o estudante deve tentar identificar o grau (número e intensidade) das mudanças nas quatro potenciais áreas já referidas (Chickering & Schlossberg, 2001; Pinheiro, 2003, 2004):

- Papéis – todos os outros papéis do jovem (como o de filho, irmão, atleta, namorado, trabalhador, entre outros), para além do de estudante, podem ter sofrido alterações que é vantajoso avaliar;
- Rotinas – normalmente constituem as mudanças (e.g., nos horários de acordar/deitar, nas tarefas domésticas, nos períodos de aulas/estudo/lazer, nas deslocações à residência de origem, etc.) com mais visibilidade e motivo de queixa dos estudantes;
- Relacionamentos interpessoais – dependendo o sucesso académico, no seu sentido mais lato, em grande parte do grau de aceitação, apoio e valorização (da comunidade académica, família e amigos) percebido pelo aluno, é necessário que este analise os novos relacionamentos, assim como as competências sociais de que dispõe (se alguns alunos têm facilidade em iniciar contactos, se apresentar ou fazer amigos, outros só o farão por iniciativa de terceiros), e as mudanças nos

relacionamentos anteriores (e.g., afastamento da família e do grupo regular de amigos);

- Visão de si e do mundo – o ingresso no ensino superior pode mudar a imagem que o estudante tem de si e dos outros (seres e coisas): e.g., a forma como é tratado pela família e grupo regular de amigos com quem está ao fim-de-semana (com admiração e reforçando o seu valor), muitas vezes contrastante com o tratamento dos colegas mais velhos (com depreciação associado ao estatuto de caloiro) com quem partilha a casa durante a semana escolar, pode ter um efeito positivo e negativo, respetivamente, no seu autoconceito. Importa, portanto, o jovem avaliar *o que deixou de ser, o que é e o que quer ser*, ao mesmo tempo que aprecia as alterações ocorridas na forma como passou a ver o que o rodeia.

Por fim, a conveniência da avaliação dos recursos pessoais internos (características individuais, suporte e estratégias) e externos (situação), como grande tarefa da entrada na transição, prende-se com a posição dos mesmos autores relativamente ao facto de as vantagens e as desvantagens de todas as mudanças anteriores (ou, por outras palavras, a capacidade individual de responder à transição) estarem dependentes destes recursos (Chickering & Schlossberg, 2001; Luo et al., 2007; Pinheiro, 2004). O autoconhecimento da situação, das fontes (família, amigos, pessoas significativas íntimas, instituição, meio físico, etc.) de apoio social emocional e instrumental, das características do *self* (particularmente, da perceção de competência interpessoal e cognitiva, na qual se incluem os conhecimentos para o curso e as estratégias utilizadas no estudo e na aprendizagem, e o otimismo no poder de controlar alguns aspetos da sua vida) e das estratégias de ação para lidar com a situação de transição (destaque para as respostas específicas de procura de informação, de ação direta ou de inibição da ação) são, então, potenciais recursos do aluno, cujo levantamento interessa fazer na fase inicial da transição, em prol da boa adaptação às mudanças desencadeadas pela transição de contexto e de desenvolvimento (Chickering & Reisser, 1993; Chickering & Schlossberg, 2001; Pinheiro, 2003, 2004).

Ainda que a realização destas tarefas de avaliação possa ser feita pelos primeiranistas, cabe às instituições de ensino superior não só sensibilizar os estudantes para a importância destes levantamentos, como também proceder a esta avaliação (de modo a conhecer as necessidades e os recursos da sua população discente) e mobilizar-se

no sentido de prestar o melhor apoio possível aos alunos (quer a lidar com as mudanças que se vão produzindo nas suas vidas, quer a promover mudanças positivas nas mesmas).

3.2. O contributo de Astin, Tinto e Pascarella

Como mencionado anteriormente, as concepções de pendor mais externalista colocam a tónica no impacto do ambiente universitário nas vivências pessoais, sociais e académicas dos primeiranistas (Diniz & Almeida, 2006). Estes modelos, teorias e quadros conceptuais, influenciadas pelos contributos de alguns sociólogos¹⁰, procuram acrescentar, quando comparadas com as perspetivas mais desenvolvimentistas, o contributo dos estímulos institucionais (clima social/cultural, estrutura/organização, política educativa, entre outras variáveis ligadas à instituição) e sociais (e.g., atitudes/comportamentos e características sociais/culturais das pessoas que ocupam os ambientes institucionais) com os quais o indivíduo interage, no seu desenvolvimento ou, num sentido mais lato, no seu processo de adaptação ao ensino superior (Ferreira, 2003).

Alguns conceitos pertencentes aos modelos de impacto mais populares (na medida em que são amplamente citados na literatura da especialidade: e.g., Almeida et al., 2012; Clark, 2005; Diniz & Almeida, 2006; Duque, 2014; Ferreira, 2003; Inkelas, Daver, Vogt, & Leonard, 2007; Ishler & Upcraft, 2005; Jardim, 2007; Pinheiro, 2003; Rodríguez et al., 2017; Schultz, 2009; Soares, Almeida, Diniz, & Guisande, 2006; Soares, Almeida, & Ferreira, 2006), como a teoria do envolvimento de Astin (1993, 1997), o modelo de integração de Tinto (1993) e o modelo institucional de Pascarella (1991; Pascarella & Terenzini, 1991, 2005), têm-se assumido fundamentais para a compreensão das múltiplas vivências de adaptação do primeiranista.

O conceito de envolvimento institucional foi introduzido por **Alexander Astin** (um dos pioneiros no estudo do impacto das variáveis contextuais), que o transformou na condição indispensável a uma boa adaptação do estudante ao ensino superior (Ishler & Upcraft, 2005; Jardim, 2007).

A partir de um conjunto de cinco postulados, que Astin desenvolveu e reforçou com a sua investigação, o autor explica que o envolvimento do estudante (1) se traduz no

¹⁰ A título de exemplo, considere-se a influência do estudo sociológico do suicídio, levado a cabo por Emile Durkheim, no desenvolvimento do modelo de Tinto (Schultz, 2009).

investimento de energia física e psicológica num determinado objeto, seja este uma atividade (e.g., praticar judo na equipa da universidade), uma tarefa (e.g., representação dos colegas num órgão de gestão da faculdade) ou uma pessoa (e.g., como o colega com quem está regularmente durante o período letivo) (Astin, 1993, 1997). Defende ainda que este envolvimento (2) é variável (dependendo dos objetos, do momento de vida do estudante, do próprio estudante), (3) possui elementos quantitativos (e.g., quantidade de tempo dedicado a uma tarefa, como o estudo na biblioteca ou o convívio na cantina) e qualitativos (e.g., perceção de compromisso ou satisfação com o investimento de energia no objeto) e (4) está diretamente relacionado com a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal do estudante, bem como (5) com a eficácia das políticas e práticas educativas, sendo primordial que estas estimulem os estudantes a tornarem-se ativos e comprometidos (nas atividades, tarefas ou pessoas) (Astin, 1993, 1997; Jardim, 2007; Pinheiro, 2003).

Este conceito (ou a sua operacionalização) integra um dos três conjuntos de variáveis (viz., o grupo das variáveis ambientais) que compõem o seu modelo *input-environment-output* (IEO) – guia conceptual utilizado na investigação de Astin sobre sucesso académico e no qual se comparam as características prévias à entrada da instituição (variáveis *input*, como o género, o desempenho académico prévio, as habilitações literárias dos pais, etc.) com as que resultam (variáveis *output*, nas quais se incluem o desempenho académico, as suas competências, as aspirações, a satisfação, os seus hábitos de vida e de interação com os outros, o tempo de permanência na instituição, etc.) da exposição ao ambiente universitário (variáveis *environment*, como o envolvimento do estudante, as características da instituição, a residência em período letivo, as particularidades do grupo de pares, etc.) (Ishler & Upcraft, 2005).

A importância que Astin atribuiu desde cedo ao envolvimento do estudante em atividades educativas letivas e extraletivas (*out-of-class learning*) contribuiu para o relevo que hoje é dado quer às atividades extracurriculares (geradoras de oportunidades de desenvolvimento pessoal e interpessoal e de alargamento da rede de apoio social), quer ao grupo de pares ou colegas de curso (considerados âncoras e pontos de referência) (ver, e.g., Almeida et al., 2012; Brown-Liburd & Porco, 2011; Pereira, 2005; Pinheiro, 2003; Pittman & Richmond, 2008; Inkelas et al., 2007).

De acordo com Ishler e Upcraft (2005), **Vincent Tinto** foi o primeiro a abordar as razões, a magnitude e os aspetos mediadores da permanência do estudante no sistema de ensino, que o modelo de Astin não explorou.

Os conceitos integração académica (definida como o desenvolvimento de uma forte afiliação com o meio académico, dentro e fora da sala de aula, incluindo interações de natureza académica com os serviços e os elementos da comunidade institucional) e integração social (entendida como o desenvolvimento de uma forte afiliação com o meio social, dentro e fora da sala de aula, abarcando as interações de natureza social, mas informal, com os serviços e os elementos da comunidade académica) são centrais no seu modelo complexo (Ishler & Upcraft, 2005), de leitura longitudinal, no qual diversos aspetos (pessoais, ambientais e institucionais) são conjugados numa sequência temporal, culminando com a tomada de decisão (por parte do aluno) de permanecer ou abandonar o sistema de ensino (Tinto, 1987, 1993), conforme mostra a ilustração 1.2.

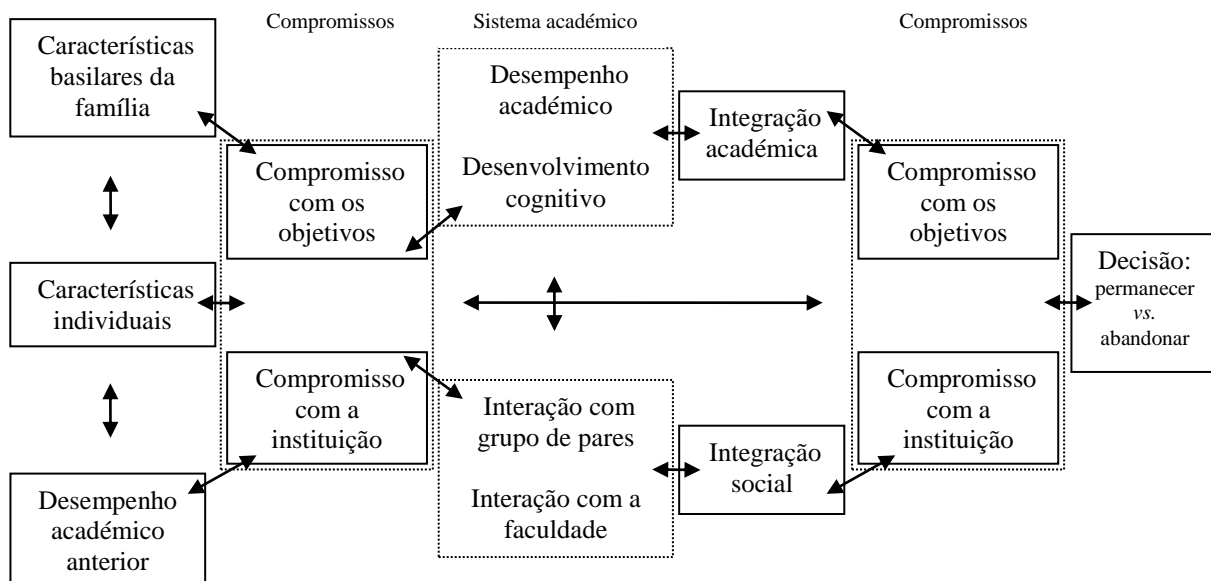


Ilustração 1.2. Modelo de Tinto (1987): O processo de integração (vs. abandono) do estudante no (do) ensino superior. Adaptado de *Leaving College* (p. 114), por V. Tinto, 1987, Chicago: University of Chicago Press.

De acordo com este modelo, (1) o aluno ingressa na universidade na posse de determinadas características pessoais, familiares e experienciais (ideia consistente com a noção de *input* de Astin) que se repercutem nos níveis iniciais de compromisso com a

instituição e nas metas autoestabelecidas; (2) estes níveis de compromisso podem aumentar ou diminuir, dependendo da qualidade e da quantidade de experiências acadêmicas e sociais: enquanto as interações e relações positivas tendem a aumentar a integração em geral, as negativas tendem a reduzir essa integração; (3) estes ganhos ou perdas, construídos a partir destas interações formais e informais do indivíduo com (as estruturas, as políticas, as normas, a cultura e os membros de) a instituição, conduzirão à permanência ou ao abandono do estudante na mesma (Ishler & Upcraft, 2005; Pascarella & Terenzini, 1991, 2005; Tinto, 1987, 1993). Apesar das limitações (e.g., a maioria dos alunos adultos não se encaixa nos conceitos do modelo ou a decisão de abandonar a instituição pode ocorrer por influência de fatores externos adversos, que se sobrepõem às experiências acadêmicas e sociais positivas) que o próprio autor reconhece no seu modelo, este tem incentivado as instituições de ensino, entre outras, a dedicarem atenção às expectativas dos alunos que acolhem e a clarificarem as suas (para reduzir eventuais discrepâncias), a compreenderem as diferenças entre grupos de estudantes (tradicionais vs. não tradicionais, residentes no vs. fora do campus, estudantes a tempo inteiro vs. estudantes trabalhadores), a incitarem a comunidade docente a intensificarem o contacto formal e informal com os seus estudantes ou a organizarem-se nas suas estratégias de promoção de aprendizagens e de desenvolvimento de excelência (e.g., através das comunidades de aprendizagem) (Almeida et al., 2016; Duque, 2014; Ishler & Upcraft, 2005; Pinheiro, 2003; Tinto, 2012).

Por sua vez, **Ernest Pascarella**, a partir da revisão de uma ampla amostra de estudos sobre o impacto dos aspetos institucionais no processo de adaptação do estudante ao ensino superior e da análise crítica dos modelos anteriores (Pascarella & Terenzini, 1991, 2005), sugeriu um modelo de impacto mais abrangente, no qual sistematizou uma constelação de variáveis cujos efeitos diretos e indiretos seriam responsáveis pelas mudanças no estudante. Deste modo, conforme explicitado na ilustração 1.3, a aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo do estudante do ensino superior é função (direta e indireta) de cinco conjuntos de variáveis: (1) características individuais no momento do ingresso; (2) características gerais (estruturais e organizacionais ou funcionais) da instituição de ensino superior; (3) ambiente institucional (que é influenciado pelos dois conjuntos anteriores e exerce influência nos dois conjuntos seguintes); (4) a qualidade e a quantidade de interação com os agentes de socialização atuantes na instituição; e (5) a qualidade do esforço do

estudante (que sofre influência direta ou indireta dos quatro conjuntos anteriores) (Ferreira, 2000; McCormick, Kinzie, & Gonyea, 2013; Pascarella & Terenzini, 1991, 2005). Este modelo causal geral é, em grande parte, uma extensão do modelo de Astin (as características do estudante aquando do ingresso são o *input*, as experiências educacionais proporcionadas pela instituição de ensino são o *environment* e as características do estudante após a exposição ao ambiente institucional constituem o *outcome*) e conduz a mais resultados que a permanência ou o abandono da instituição defendidos por Tinto (McCormick et al., 2013).

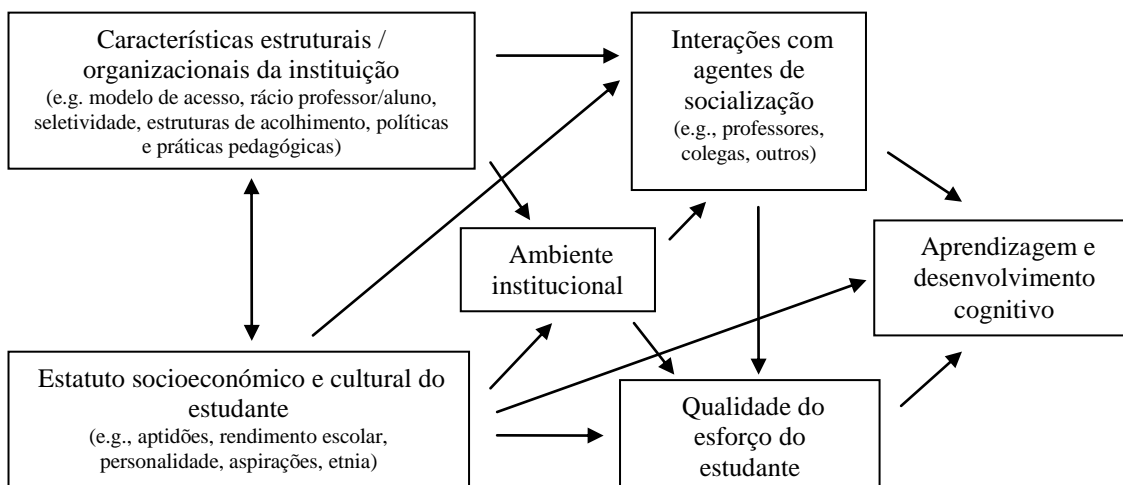


Ilustração 1.3. Modelo de Pascarella (1985): O impacto do ambiente universitário na aprendizagem e desenvolvimento. Adaptado de *How College Affects Students: Findings and Insights from Twenty Years of Research* (p.54), por E. Pascarella e P. Terenzini, 1991, São Francisco: Jossey-Bass.

Os autores dos dois volumes (Pascarella & Terenzini, 1991, 2005), e coautores do terceiro (Mayhew et al., 2016), da obra *How College Affects Students*, perante a qual muitos investigadores sentem “*a sense of awe and admiration for the magnitude of the task that the authors have taken on and for the extraordinary degree of care that they have taken to review and synthesize the evidence*” (Astin, 2005, p. 121), admitem que o seu modelo foi originalmente desenvolvido para compreender o estudante tradicional, sendo necessário estender a compreensão dos modelos de impacto compatível com a “*growing diversity of (...) undergraduates*”, dado que “*not all students will necessarily benefit to the same extent, or perhaps even in the same direction, from postsecondary experience*” (Pascarella & Terenzini, 2005, p. 2). Assinale-se também que elaboração conceptual destes investigadores, inicialmente centrada nas mudanças de desenvolvimento cognitivo do

estudante, não ignora as mudanças registadas noutras dimensões do desenvolvimento¹¹ (psicossocial, atitudinal e moral, vocacional, etc.), sendo a classificação dessas mudanças fortemente influenciada pela taxonomia de Astin (Pascarella & Terenzini, 2005).

Entre os grandes contributos deste modelo, encontra-se a ascensão da literatura acerca da identificação/categorização e medida das aquisições dos estudantes, fruto da entrada e permanência no ensino superior, e o apelo (acompanhado de valiosas sugestões) sobre a necessidade de rever os tradicionais indicadores da qualidade institucional, de modo a incluir características institucionais que afetam verdadeiramente (ainda que não de forma isolada) os diversos ganhos/mudanças positivas nesses alunos (Braxton, 2016; Pinheiro, 2003).

Ainda que as quatro conceções anteriores sobre os processos de transição e adaptação possam variar no pendor da análise ou, simplesmente, em alguns detalhes, todas sublinham a importância de as instituições de ensino serem simultaneamente desafiadoras e apoiantes do primeiranista, focando a sua atenção nas características e experiências do aluno prévias ao ingresso no ensino superior e no ambiente universitário, que se pretende promotor de (de)envolvimento/integração/adaptação, precursores do sucesso académico (no sua definição mais ampla) do estudante. As instituições de ensino terciário, em resposta a este apelo, têm desenvolvido estruturas de apoio, de natureza muito diversificada. No ponto seguinte apresentam-se alguns exemplos.

4. Estruturas e estratégias de apoio ao aluno do ensino superior

Do ponto de vista institucional, é importante garantir processos individuais de transição e adaptação ao ensino superior bem-sucedidos, de modo a evitar o desperdício de recursos institucionais e o prejuízo da reputação institucional (desencadeados por elevadas taxas de insucesso académico e abandono escolar) num período de recursos limitados e num contexto cada vez mais competitivo (Hillman, 2005; Vossensteyn et al., 2015).

¹¹ A organização dada aos três volumes da obra *How College Affects Students* evidencia este facto. Por exemplo, os dados da investigação empírica revistos pelos autores estão organizados por domínios de mudanças (*student outcomes*): (a) desenvolvimento de competências verbais, quantitativas e técnicas; (b) desenvolvimento cognitivo e intelectual; (c) mudança psicossocial; (d) atitudes e valores; (e) desenvolvimento moral; (f) persistência e realização educativa; (g) carreira e impacto económico; e (h) qualidade de vida (ver Mayhew et al., 2016).

À semelhança das suas congéneres internacionais (e.g., Cabrera, Miner, & Milem, 2013; Fowler & Boylan, 2010; Hillman, 2005), e salvaguardando as diferenças resultantes da longa tradição das estruturas de apoio nalgumas instituições, sobretudo americanas e inglesas (Pinheiro, 2003), as instituições portuguesas de ensino terciário têm procurado desenvolver estruturas de apoio, entendidas como “todos os mecanismos de divulgação, informação, atração, suporte, integração, orientação e incentivo, cuja meta primordial é a promoção do sucesso” académico do estudante (Veloso et al., 2010, p. 93). A publicação do Despacho n.º 6659/99 de 5 de abril, no qual se solicita a realização de estudos que permitam tipificar as causas de insucesso no ensino superior, de modo a possibilitar o desenvolvimento de medidas remediativas e/ou promotoras de sucesso académico, é apontada por alguns autores (e.g., Brites et al., 2010; Jardim, 2007; Pereira et al., 2006; Santos & Almeida, 2001) como a expressão legislativa das preocupações institucionais sobre a temática do (in)sucesso académico e o impulso fundamental para a criação mais expressiva¹² de uma das principais estruturas de apoio destas instituições de ensino – as unidades de apoio psicológico e/ou psicopedagógico, podendo também ser genericamente apelidadas de centros de apoio (psicológico e psicoterapêutico, psicopedagógico, de orientação vocacional e profissional, de formação e orientação educativas) ao aluno – e para a proliferação de análises daquela problemática e de estratégias de resposta¹³.

As instituições de ensino tendem a organizar as suas estruturas de apoio em torno dos principais processos/períodos significativos da vida de um estudante deste nível de ensino (Gardner, Upcraft, & Barefoot, 2005): (1) a tomada de decisão por um curso/instituição e a

¹² Até à data do despacho, a iniciativa da criação desses centros partia sobretudo “das próprias instituições de ensino e das diligências levadas a cabo por docentes, investigadores e alunos” (Pinheiro, 2003, p. 105).

¹³ De entre os diversos projetos desenvolvidos em instituições nacionais de ensino superior (em parceria ou isoladamente), é pertinente referir, a título de exemplo, os seguintes: “Viagem ao Futuro: Programa de Desenvolvimento Vocacional de Apoio à Transição Ensino Secundário-Superior” (Leitão, Paixão, Silva, & Miguel, 2000); “Estratégias de Promoção do Sucesso Académico no Ensino Superior” (EPSAES-SPASHE; Tavares, 2003; Tavares et al., 2006), “Transição, Adaptação e Sucesso Académico de Jovens no Ensino Superior” (Almeida et al., 2004), “Linha da Universidade de Aveiro” (LUA; Pereira, 2005; Castanheira, Nogueira, Oliveira, Vasconcelos, & Pereira, 2010), “Estilos de Vida Saudável vs. Insucesso Escolar: Sua Etiologia, Programas de Ação e Estratégias Promotoras de Qualidade” (Pereira et al., 2006), “Cartas do Gervásio ao Seu Umbigo” (Rosário et al., 2006; Rosário, Nunes, et al., 2010), “Formação, Desenvolvimento Pessoal e Sucesso Académico na Educação Superior” (Dias, 2006), “Plano de Apoio à Transição do Ensino Secundário Para o Ensino Superior – Melhor Adaptação; Mais Resiliência; Mais Sucesso” (PAT; Canavarro, 2009), “Estudantes não-tradicionais no ensino superior: Procurar soluções para melhorar o sucesso académico” (Fragoso, 2016), “Ensino Superior – Sucesso Académico” (www.aeplegua.pt/6_UPJoseSarsfieldCabral.pdf).

transição para o ensino superior, (2) a permanência na instituição e, por fim, (3) a transição para o mercado de trabalho (Veloso et al., 2010). No âmbito desta revisão bibliográfica, interessa sobretudo referir os mecanismos de apoio centrados na primeira fase da vida do primeiranista.

Assim, de acordo com a análise de Veloso et al. (2010) sobre a realidade portuguesa, os **mecanismos de comunicação e atração de novos estudantes** (que servem propósitos de divulgação e de sedução de candidatos mais informados das opções que tomam, podendo também diminuir o impacto da realidade aquando do ingresso efetivo) compreendem:

- Portais virtuais para potenciais candidatos, através dos quais os interessados obtêm facilmente informação sobre condições de ingresso, expectativas em relação aos candidatos, estruturas e serviços institucionais, oferta formativa, etc.;
- Iniciativas (normalmente designadas “Semanas Abertas” e “Cursos/ Programas de Verão”) de (pré)socialização com o ambiente institucional, que servem também para despertar e/ou afinar vocações e escolhas vocacionais;
- Mostras científicas, feiras vocacionais e/ou de emprego, organizadas para promover a clarividência vocacional e a capacidade de preparação de um projeto académico, sem descurar a vertente publicitária;
- Inquéritos de prospeção centrados no ensino secundário, que permitem conhecer as áreas científicas preferenciais dos seus potenciais candidatos, bem como alguns pormenores do processo de seleção vocacional.

Segundo os mesmos autores, o conjunto de práticas de apoio que as instituições tendem a desenvolver para facilitar o período de transição e adaptação dos novos alunos (ou **mecanismos de integração**) pode incluir:

- Comissões (frequentemente mistas, integrando elementos da direção do curso e da comissão de praxe do curso) de acolhimento dos alunos recém-chegados, cujos objetivos são assinalar o início de um novo ano letivo, dar as boas-vindas aos diferentes atores institucionais (especialmente aos estreates na instituição), apresentar o curso e as estruturas que lhe estão afetas e iniciar o processo de socialização estudantil;

- Guia do estudante (guia de integração ou de acolhimento são outras designações possíveis), quando devidamente organizado, atualizado e difundido (em formato impresso ou digital¹⁴) pelo sistema institucional de informação e comunicação, constitui um elemento integrador e orientador da atuação dos estudantes;

- Iniciativas inspiradas nos *“first-year seminars, which has been in existence for over a hundred years in American higher education (...) one of the most powerful predictors of first-year student persistence”* (Ishler & Upcraft, 2005, p. 41), como ciclos de sessões (in)formativas que podem variar na sua estrutura e organização (dependendo da configuração assumida – conferência, workshop, oficina, programa de intervenção, curso breve ou disciplina de opção livre¹⁵ – assim apresentam diferentes durações e frequências das sessões, conteúdos, métodos pedagógicos, expectativas de resultado, etc.) e nas temáticas que abordam (e.g., estratégias de aprendizagem, gestão do tempo, competências sociais, comunicação, utilização de infraestruturas bibliográficas, produção de trabalhos científicos), mas que estão unidas pelo objetivo comum de dotar os alunos de conhecimentos, estratégias e competências que lhes permitam fazer face às novas exigências académicas, sociais e desenvolvimentais;

- Unidades de apoio ao estudante com necessidades educativas especiais, responsáveis pela interface direta com este tipo de estudantes e pelo apoio, sobretudo, ao processo de ensino-aprendizagem (e.g., disponibilizando documentos traduzidos para braille, gravando aulas em suporte audiovisual, desenvolvendo um regulamento para a avaliação de estudantes com este tipo de necessidades);

¹⁴ A título de exemplo, mencione-se a recente aplicação móvel *Urban Guide Coimbra* desenvolvida por estudantes da UC com o objetivo de facilitar a integração de quem acabou à cidade e à instituição educativa (noticias.uc.pt/universo-uc/urban-guide-coimbra-um-guia-de-estudantes-para-estudantes/).

¹⁵ Ainda que as primeiras configurações sejam as mais praticadas (ver, e.g., o conjunto de 4 a 6 oficinas dinamizadas pelo Serviço de Apoio ao Estudante do Instituto Politécnico de Leiria; Seco, Pereira, Filipe, & Alves, 2016, p.130), é possível encontrar outras iniciativas, como programas de intervenção [e.g., “Cartas do Gervásio ao Seu Umbigo” (Rosário et al., 2006), “Programa de Desenvolvimento de Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais” (PDCIIP; Jardim, 2007), “*Stress* em Linha” (T. Oliveira, 2008), “Métodos de Estudo e Qualidade na Aprendizagem” (Marques, Florêncio, & Fernandes, 2014)], cursos breves de desenvolvimento de competências de leitura e de expressão oral/escrita na Língua Portuguesa e Inglesa ou de consolidação de conhecimentos basilares técnico-científicos de Matemática, Física ou Química (e.g., oferta formativa no âmbito das Linha 1 e 3 do projeto PAT; Canavarro, 2009) ou disciplinas de opção livre [(e.g., disciplina EPSAES (Tavares et al., 2006), “Curso de Desenvolvimento Pessoal & Competências Sociais” (Fernandes, Boto, & Martins, 2010; Ferreira, Fernandes, & Santos, 2014)].

- Programas de ajuda sustentados em modelos de apoio de pares (sistema de ajuda a alunos por alunos, destinado a atuar, complementarmente, nos problemas de natureza emocional ou outros, *peer counselling/support*, na integração social, *peer mentoring*, ou nas dificuldades académicas, *peer tutoring*; Pereira, 2005), de mentorado (sistema de ajuda a estudantes por mentores, i.e., indivíduos mais experientes, normalmente colegas mais experientes ou docentes, que servem de guias e modelos na adaptação ao novo ambiente) e de tutorado (sistema de ajuda a alunos por tutores, indivíduos mais experientes, geralmente estudantes mais experientes ou docentes, que proporcionam sobretudo orientação académica formal), dos quais resultam vantagens para todos os participantes (apoiantes e apoiados) e para a instituição (quando assentes num sistema de voluntariado, estes programas comportam baixos custos)¹⁶;
- Inquéritos (normalmente associados ao ato da matrícula do novo aluno), quando devidamente aplicados, analisados e difundidos os seus resultados, podem facultar informação favorecedora de um planeamento do primeiro ano curricular melhor (que atenua os desfasamentos associados aos níveis de ensino secundário-superior e ao início de um novo ciclo de estudos).

Veloso et al. (2010), no seu trabalho de identificação de estruturas de apoio das instituições portuguesas, apontam ainda os **mecanismos de acompanhamento e/ou orientação**, “situados a jusante do ensino superior (...) procuram prestar o acompanhamento e/ou orientação de que os alunos necessitam no decurso do seu percurso (...) contribuir para a melhoria contínua e para uma melhor adequação entre ensino e aprendizagem” (pp. 105-106), e os **mecanismos de inserção profissional**, que podem apoiar não só os estudantes e os diplomados no processo de transição para o mercado de trabalho (através de diversas atividades: aconselhamento e/ou orientação profissional, intervenções promotoras de competências úteis na procura e candidatura a oportunidades

¹⁶ Em Portugal, começam a proliferar alguns programas desenvolvidos com base nestes modelos de apoio: “Apoio a Alunos por Alunos – *Peer Counselling/Support*” (Pereira et al., 2005), nas Universidades de Aveiro e Coimbra; “Elos de Apoio” (Carreiro, 2005), na Universidade de Évora; “Programa de Adaptação à Faculdade” (PAF; Fernandes, 2005), na Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa; “Programa de Monitorização e Tutorado” (Gonçalves, 2010; Gonçalves, Lucas, & Moura, 2016), no Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa; “PARES” (Faria, Coelho, Oliveira, Lucas, & Soares, 2014), na Universidade da Madeira; entre outros.

de emprego, divulgação de oportunidades de emprego e formação, etc.), como também às “demais unidades orgânicas no interface desejável com a estrutura económico-productiva que envolve a instituição” (p. 117). Para exemplificar estes mecanismos, os autores enunciam as unidades de aconselhamento psicológico e/ou psicopedagógico, os observatórios pedagógicos (que se ocupam da avaliação pedagógica e do desenvolvimento de iniciativas que visem a deteção e eliminação de dificuldades no processo ensino-aprendizagem), os provedores dos estudantes (que têm por função, sem poder de decisão, defender e promover os direitos e os interesses legítimos dos estudantes), a carta de direitos e deveres dos diferentes atores institucionais, as bolsas de estudo e os prémios pecuniários de carácter meritório, bem como as unidades de inserção na vida ativa (UNIVA), os protocolos e as parcerias institucionais, as bolsas de emprego (infraestrutura de base digital que permite a interação entre candidatos e empregadores) e os observatórios de emprego (atentos à monitorização da inserção profissional dos alunos recém-licenciados).

Alguns dos mecanismos de apoio – como as unidades de aconselhamento psicológico e/ou psicopedagógico, as unidades de apoio ao estudante com necessidades educativas especiais, os programas de apoio (de pares, de mentorado ou de tutorado), o guia do estudante, entre outros – podem ter uma atuação transversal a todos os períodos significativos da vida de um estudante do ensino superior, visando a sua tomada de decisão informada, a sua integração na nova instituição de ensino, o acompanhamento e orientação na sua estadia no ensino superior e a sua inserção no mercado de trabalho (Velooso et al., 2010).

Por último, importa ainda referir que, apesar do desenvolvimento das estruturas de apoio das instituições portuguesas de ensino superior ter ainda um caminho por percorrer, particularmente no que diz respeito à produção de regulamentação própria (da qual depende o apoio institucional a nível económico, logístico e de recursos humanos; Pinheiro, 2003) que auxilie e expanda as diversas atividades dos centros de apoio aos estudantes, é notável o esforço de todos os que colaboram (técnicos, docentes, investigadores, voluntários) nestas atividades de facilitação do sucesso pessoal, social e académico do aluno e procuram otimizar esta prática. A existência da Rede dos Serviços de Apoio Psicológico do Ensino Superior, Associação Profissional [RESAPES-AP], desde 2004, é o lado mais visível deste esforço de homogeneização, otimização e fundamentação

da prática dos centros de apoio ao estudante, “ao nível da ética e etiologia de base, do reconhecimento institucional dos serviços e da colaboração interinstitucional na partilha de informação e definição de boas práticas” (Pereira Castanheira, Melo, Ferreira, & Vagos, 2010, p. 5).

5. Síntese

Este capítulo começou com a afirmação de que o conhecimento veiculado pela educação tem um papel fulcral no desenvolvimento humano e socioeconómico de qualquer democracia, pelo que o acesso e a permanência de todos os cidadãos no ensino formal, em particular, no ensino superior, devem ser garantido pelas sociedades. Depois de se mencionarem as principais transformações operadas nas instituições portuguesas de ensino terciário, desde os últimos anos do Estado Novo até ao período posterior às Declarações de Sorbonne e de Bolonha, e de se caracterizar o ensino superior português atual, realçou-se a sua exigente missão de preparar os seus estudantes para os desafios da Europa do Conhecimento e alertou-se para os diversos indicadores que o colocam por agora longe de um sistema de ensino que se pretende inclusivo, diferenciado e de grande qualidade. Apontou-se ainda a investigação sobre sucesso académico (direcionada para a compreensão do fenómeno e a intervenção, no sentido prevenir ou minimizar o insucesso ou promover o sucesso) como um bom auxílio à persecução dessas pretensões.

Assim, apresentaram-se algumas definições do conceito de sucesso académico e diferentes leituras das causas e fatores associados ao mesmo e especificaram-se algumas destas variáveis com base em estudos recentes. Concluiu-se que só definições amplas (e a utilização de medidas que contemplassem os seus aspetos escolares, sociorrelacionais e psicológicos) e explicações integradoras da constelação de fatores implicados no fenómeno do sucesso académico são consensualmente aceites e que tal facto complexifica a tarefa de desenhar intervenções. Admitiu-se portanto que qualquer seleção de variáveis, como aquela que ocorre na presente investigação (centrada no indivíduo e no seu estilo de vida durante o período de transição e adaptação ao ensino superior) constitui uma explicação parcial do sucesso no ensino terciário.

Assumindo que a transição para o ensino superior se afigura com uma das transições (dentro do sistema de ensino) mais difíceis (pelas mudanças de natureza educativa, ecológica e desenvolvimental que implica) e que boa parte do sucesso das fases posteriores

(estadia na instituição de ensino e saída da instituição/progressão para o mercado de trabalho) é determinada pelo sucesso desta fase inicial, exploraram-se, no ponto 3 deste primeiro capítulo, os múltiplos desafios com que o jovem-adulto pode confrontar-se na transição em análise e as conceções (de pendor mais internalista ou externalista) que habitualmente fundamentam a análise psicológica dos processos de transição e de adaptação ao ensino superior. Relativamente a estas conceções, discutiu-se o contributo (da abordagem psicológica da transição) de Schlossberg e (da teoria do desenvolvimento psicossocial dos universitários) de Chickering, bem como o de Astin, Tinto e Pascarella (e dos seus respetivos conceitos: envolvimento institucional, integração académica e social, mudança e adaptação individual) e deduziu-se que, não obstante as suas diferenças, todas as conceções sublinham a necessidade de as instituições de ensino serem simultaneamente desafiadoras e apoiantes do primeiranista.

Finalmente, e no seguimento do apelo anterior, mencionaram-se algumas estruturas de apoio (incidindo um pouco mais nas que operam nos momentos da tomada de decisão por um curso/instituição e na transição para o ensino superior) que as instituições portuguesas de ensino pós-secundário têm procurado desenvolver como resposta ao apelo de prevenir ou minimizar o insucesso ou promover o sucesso académico dos seus estudantes, de modo a evitar desperdícios de recursos institucionais (num período de recursos limitados) e o prejuízo da reputação institucional, ao mesmo tempo que cumprem o seu importante papel de coprotagonista na construção de uma Europa baseada no conhecimento.

No capítulo seguinte refletir-se-á acerca da saúde em geral (conceito, determinantes, promoção) e da saúde do primeiranista em particular, salientando-se os resultados dos estudos feitos acerca desta variável (e de outras a ela associadas), nesta população específica, e das respostas das instituições de ensino superior enquanto entidades promotoras de saúde.

Capítulo II

Refletindo sobre a saúde (do primeiranista)

1. Saúde: conceito(s) afins), determinantes e promoção

1.1. (Estado de) Saúde e qualidade de vida: a popularidade e as dificuldades conceituais e de medição

Saúde é provavelmente uma das palavras-chave mais aludidas no contexto da internet (e.g., o mais popular motor de pesquisa permite obter mais de mil milhões de resultados que integram o vocábulo inglês *health*) e um termo que a pluralidade das pessoas mencionará ao longo da sua vida (Morrison & Bennett, 2009). A utilização massiva deste termo não lhe confere contudo um significado universal ou estático.

Como advertem vários autores (e.g., Carvalho, 2007; Marks, Murray, Evans, & Estacio, 2015; Morrison & Bennett, 2009; Ribeiro, 2007), o conceito é fortemente influenciado pelo contexto histórico e cultural, científico e filosófico, social e pessoal. Assim, é possível encontrar definições de saúde variadas, por vezes contraditórias ou que se sobrepõem (Ribeiro, 2007), consoante (1) o período da História¹⁷ (e.g., a interpretação sobrenatural do binómio saúde/doença na Pré-História vs. a perspetiva positiva, ecológica e multidimensional da saúde na atualidade; Carvalho, 2006); (2) o conjunto de crenças, valores e experiências partilhadas pelos membros de uma determinada cultura (e.g., abordagem mais holística e coletiva da saúde nas culturas orientais vs. abordagem mais redutora e individualista nas culturas ocidentais; Morrison & Bennett, 2009); (3) as conceções filosóficas (e.g., metas para a saúde: “dar mais anos à vida” vs. “dar mais vida aos anos”; Ribeiro, 2007, p. 83) e o conhecimento científico (e.g., teoria dos miasmas vs. teoria dos germes; ver Karamanou et al., 2012) vigentes; (4) as características sociodemográficas como o género, a idade ou o nível socioeconómico (e.g., o significado de saúde para uma pensionista de 80 anos que vive sozinha vs. o de um jovem manequim

¹⁷ Na literatura da especialidade é frequente encontrar-se a evolução histórica dos conceitos de saúde e de doença, desde o período das conceções sobrenaturais/teológicas e naturais/físicas (ver Carvalho, 2006; Karamanou, Panayiotakopoulos, Tsoucalas, Kousoulis, & Androustos, 2012; Morrison & Bennett, 2009) até às célebres revoluções da saúde (ver Breslow, 2006; Ribeiro, 2007). Relativamente a estas últimas, Lester Breslow (2006), um dos pioneiros da saúde pública norte-americana, admitiu que o foco de atenção e intervenção se deslocou, primeiramente, do tratamento e prevenção das doenças transmissíveis, como a tuberculose e a SIDA (1ª revolução da saúde, iniciou-se no século XIX), para as doenças crónicas, como a patologia oncológica ou a cardíaca (2ª revolução da saúde, com início a meio do século XX), e, posteriormente, destas para a promoção da saúde (3ª revolução da saúde, atual).

profissional em Nova Iorque; Marks et al., 2015); (5) a fase do ciclo de vida da pessoa (e.g., a noção de saúde de uma jovem na idade da menarca vs. a da mesma mulher na fase da menopausa), entre outros.

Sendo praticamente impossível reunir todas as definições existentes na literatura, há uma sistematicamente utilizada como plataforma de discussão sobre o significado de saúde, da autoria da assembleia constituinte da Organização Mundial de Saúde [OMS], a agência oficial de coordenação no campo da saúde a nível internacional: “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (World Health Organization [WHO], 2006, p. 1). Apesar de ter mais de sete décadas de existência e ser alvo de muitas críticas (e.g., utópica/inatingível, subjetiva, estática e inócua/sem efeitos práticos; Lucas & Lloyd, 2005; Marks et al., 2015; Ribeiro, 2007), esta definição constitui uma referência histórica do novo modo (independente, positivo e mais holístico), alternativo ao tradicional¹⁸, de conceber a saúde: como uma entidade distinta da doença, definida pela presença de determinadas características ao invés da ausência de outras e que engloba várias dimensões interdependentes (Carvalho, 2006; Morrison & Bennett, 2009; Ribeiro, 2007). A OMS tem resistido à pressão para rever e enriquecer (e.g., acrescentando a dimensão espiritual do bem-estar, tantas vezes referida em documentos posteriormente emitidos pela mesma organização; Vader, 2006) a sua definição matriz, ainda que alguns elementos (a importância do meio social/ambiental na saúde individual, a conceção funcionalista, etc.), essenciais para uma compreensão mais alargada do conceito de saúde (Ribeiro, 2007), tenham sido assumidos anos mais tarde:

To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. (WHO, 1986, citado por WHO, 2009, p. 1)

Assim, partindo da definição da OMS e dos diversos contributos de muitos

¹⁸ O modo tradicional de conceber a saúde (i.e., ausência de doença, ou seja, de uma avaria temporal ou permanente no funcionamento de um componente ou da relação entre componentes do corpo) resulta do modelo biomédico, que emergiu na Europa Ocidental, no século XVII, aquando do Iluminismo, com a hegemonia do racionalismo e da ciência como formas de conhecimento (Carvalho, 2006; Ribeiro, 2007). Este modelo tem um cariz patogénico (i.e., ênfase é dada ao agente etiológico da doença, logo ao seu tratamento e à sua prevenção) e imputa protagonismo, por vezes paternalístico e autoritário, ao profissional de saúde, assumindo-o como o especialista / detentor do conhecimento acerca da patologia (sua etiologia e tratamento) (Carvalho 2005, 2007).

acadêmicos (e, curiosamente, das concepções do homem comum, não especialista¹⁹), é legítimo afirmar que a saúde é um estado dinâmico de bem-estar físico, mental, emocional/afetivo, social e espiritual (outras dimensões, como a sexual ou a societal/ambiental/cósmica, poderiam ser acrescentadas²⁰), que permite ao ser humano responder adaptativamente (i.e., ser resiliente) às exigências da mudança (interna ou externa) de uma vida em constante interação com os outros, com o ambiente e com o cosmos (ver, e.g., Bircher, 2005; Marks et al., 2015; Naidoo & Wills, 2009; Ribeiro, 2007; Scriven, 2010). Este conceito complexo, multifatorial e multideterminado, comporta naturalmente dificuldades acrescidas de delimitação conceptual e de medição, na medida em que se cruza com outros construtos (e.g., qualidade de vida, da qual não é sinónimo) e se torna difícil de operacionalizar. Estas dificuldades estarão em discussão nas linhas que se seguem.

Segundo alguns autores (e.g., Fleck, 2008; Patrick, 2008), os termos estado de saúde e qualidade de vida são utilizados amiúde com pouco rigor (quer pela popularidade, quer pela complexidade/abrangência dos conceitos) e de forma sobreposta (como se fossem sinónimos), sobretudo no contexto do sistema de cuidados de saúde (Guyatt, Feeny, &

¹⁹ As concepções inocentes, ainda que simultaneamente sofisticadas e subtis, das pessoas comuns surpreenderam muitos investigadores interessados no estudo das mesmas (e.g., Bauman, 1961; Blaxter, 1990; Herzlich, 1973; todos citados por Morrison & Bennett, 2009). Entre eles, Blaxter, que através do amplamente citado *The Health and Lifestyle Survey*, aplicado a cerca de 9000 indivíduos do Reino Unido entre 1984 e 1985, encontrou as seguintes noções de saúde: (1) não estar doente/funcionar ou sentir-se bem apesar de ter uma doença; (2) ter uma boa reserva de saúde/recuperar rapidamente de uma doença; (3) ter comportamentos congruentes com um estilo de vida saudável; (4) ter capacidade física/força/poder atlético; (5) ter energia ou vitalidade; (6) manter relações sociais/participar em eventos sociais; (7) ser capaz de realizar as atividades quotidianas; e (8) gozar de bem-estar psicossocial/estar em harmonia (Lucas & Lloyd, 2005; Morrison & Bennett, 2009; Ribeiro, 2007).

²⁰ A discussão em torno da (prática eficaz de) promoção da saúde instigou alguns autores (e.g., Ewles & Simnett, 1985, citado por Scriven, 2010; Naidoo & Wills, 2009) a expandir a definição matriz da OMS para incluir outras dimensões da saúde. Estes autores propõem que a saúde deve ser considerada nas diversas áreas da existência humana (entendidas como distintas, ainda que interligadas): física (dimensão relativa ao estado/funcionamento do corpo), mental e emocional (dimensões que dizem respeito ao estado psicológico, i.e., capacidade de pensar coerentemente, percepção de bem-estar e de valor, e à capacidade de reconhecer e expressar adequadamente emoções, respetivamente), espiritual (aquela que concerne à capacidade de reconhecer as próprias crenças – religiosas, morais ou outras – e de agir em conformidade com as mesmas), sexual (dimensão relativa à capacidade de reconhecer e expressar a identidade e orientação sexuais), social (aquela que se refere à capacidade de construir e manter uma rede de apoio social) e ambiental (dimensão respeitante à capacidade do meio envolvente – sociedade, ambiente ou cosmos, com os quais o indivíduo interage – providenciar os recursos necessários à satisfação das necessidades humanas básicas, como a liberdade ou a segurança, entre outras).

Patrick, 1993, citado por Ribeiro, 2007), onde a expressão *qualidade de vida relacionada com a saúde* se generalizou (Ribeiro, 2007). No entanto, tem-se verificado algum consenso entre os investigadores quanto à necessidade de reconhecer que, apesar de existirem pontos de interceção entre os dois, estes construtos são substancialmente diferentes (Fleck, 2008; Patrick, 2008). Primeiramente, qualidade de vida é um conceito muito mais abrangente do que estado de saúde (aqui entendido como a descrição e/ou a medida da saúde de um indivíduo ou população, num determinado momento, perante padrões identificáveis; WHO, 1998a), agregando “aspectos amplamente valorizados da existência humana, como ambiente seguro, habitação adequada, renda e liberdades garantidas”, que não são considerados na avaliação da saúde, ainda que possam afetá-la (Patrick, 2008, p. 33). Depois, o estado de saúde é apenas um dos diferentes indicadores utilizados na medição da qualidade de vida, constituindo, contudo, o domínio que melhor explica a qualidade de vida em geral (Ribeiro, 2007). Finalmente, a investigação tem mostrado que a dimensão saúde mental/bem-estar psicológico prediz melhor a percepção da qualidade de vida, enquanto a dimensão funcionamento físico é o preditor mais forte da percepção geral do estado de saúde (Seidl & Zannon, 2004). Perante isto, e antes de se avançar para a discussão sobre as dificuldades de medição da saúde, parece oportuno assinalar algumas considerações acerca do conceito qualidade de vida.

Utilizado pela primeira vez em 1920, no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar do trabalhador, o termo qualidade de vida popularizou-se apenas a partir da década de 60, no seguimento da apresentação do conceito alargado de saúde, pela OMS, e do reconhecimento crescente do impacto das desigualdades sociais na saúde (Wood-Dauphinee, 1999). Simultaneamente, assistiu-se a uma proliferação de definições de qualidade de vida, algumas destas tão distintas quanto as áreas de estudo (e.g., Ciências Sociais, Medicina, Filosofia, Política) dos seus autores (para uma revisão mais aprofundada, cf. Quartilho, 2010), e de instrumentos de avaliação, muitos deles sem base conceptual e na generalidade ancorados na cultura anglo-saxónica (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010).

No sentido de atenuar a confusão gerada por essa proliferação, a OMS, em 1991, nomeou um painel internacional de peritos, conhecido como o Grupo da Qualidade de Vida da OMS [WHOQOL Group], para debater e definir qualidade de vida e construir um instrumento para a sua avaliação em coerência com a definição assumida (Canavarro et al.,

2010; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011): “*the individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns*” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Esta definição transcultural, na medida em que resultou de um consenso internacional, reflete a natureza subjetiva (a qualidade de vida, que se baseia na percepção da pessoa avaliada, é idiossincrática ao indivíduo) e multidimensional (ao incorporar a complexa influência da saúde física, psicológica e social, do nível de independência, das crenças pessoais e da relação com características salientes do meio na avaliação da qualidade de vida individual) do constructo (Canavarro et al., 2010; Fleck, 2008; Pereira et al., 2011; WHOQOL Group, 1994, 1995). O desenvolvimento do primeiro instrumento da família *World Health Organization’s Quality of Life*²¹ [WHOQOL], o WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1994), bem como o dos subsequentes, refletiu os pressupostos anteriores da transculturalidade, subjetividade e multidimensionalidade da qualidade de vida e a presença de dimensões de funcionamento positivo (e.g., mobilidade) e negativo (e.g., dor), sendo nos dias de hoje um instrumento globalmente (re)conhecido e amplamente utilizado na avaliação da qualidade de vida, seja pelos esforços de clarificação conceptual e de rigor metodológico em que assenta, seja pela solidez psicométrica revelada em contextos culturais diferentes (para mais informação, cf., e.g., Canavarro et al., 2010; Chachamovich & Fleck, 2008).

Como já foi referido, a avaliação da saúde (na perspetiva atual, mais holística e positiva, da OMS) permanece um desafio. Se, por um lado, as tradicionais medidas baseadas em referenciais negativos, como os *five D’s* (*death, disease, disability, discomfort and dissatisfaction*), começam a dar lugar a referenciais mais positivos (Ribeiro, 2007), por outro, dificilmente se encontrará uma definição operacional e, conseqüentemente, um

²¹ Esta família integra medidas genéricas, i.e. que não fazem referência a patologias ou intervenções em saúde (Seidl & Zannon, 2004), como o WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1994) e as suas formas reduzidas WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998) e EUROHIS-QOL-8 [Projeto EUROHIS (Power, 2003)], assim como medidas com módulos mais específicos, apenas necessários para cobrir aspetos não contemplados na medida genérica (Canavarro et al., 2010), como, por exemplo, o WHOQOL-HIV (WHOQOL-HIV Group, 2003), o WHOQOL-OLD (Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-OLD Group, 2005) ou o WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2006), os quais apresentam um conjunto de itens acrescidos que refletem, respetivamente, aspetos particulares da vida dos doentes infetados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana [VIH], da vida da população idosa ou da faceta espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da qualidade de vida. No capítulo IV (ponto 3.2) encontra-se uma apresentação mais detalhada da versão em Português Europeu do WHOQOL-Bref.

instrumento capaz de medir um número tão grande de dimensões, em si complexas, do conceito holístico de saúde.

A necessidade de medir a saúde individual ou das populações (com o objetivo de medir a eficácia das intervenções clínicas, aferir a qualidade dos cuidados de saúde prestados, melhorar as decisões clínicas ou estimar as necessidades de uma população, entre outros; Ribeiro, 2005) impeliu alguns consensos. A saber: a saúde é conceptualmente distinta de bem-estar e/ou qualidade de vida (e simultaneamente instrumental para estes últimos) e um atributo individual (embora possam ser utilizadas medidas agregadas de saúde para descrever conjuntos de indivíduos), que é melhor operacionalizado como um conjunto de domínios cuidadosamente selecionados e especificados (i.e., medidas válidas, fiéis e comparáveis devem integrar um conjunto de domínios necessários e suficientes para descrever o estado de saúde física e mental, como ainda especificar o que cada domínio está a medir) (Chatterji et al., 2002; Ribeiro, 2005).

Na resposta à necessidade anterior, boa parte dos autores, partindo da interpretação da definição controversa de saúde da OMS e procurando respeitar os consensos anteriormente expostos, construiu e aperfeiçoou, especialmente a partir da década de 60 do século passado (Ribeiro, 2005), medidas (do estado) de saúde. Entre as mais conhecidas e já disponíveis em Portugal (para uma enumeração mais completa, cf. o sítio do Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde, rimas.uc.pt/) figuram as seguintes medidas genéricas: o *Nottingham Health Profile* (Hunt et al., 1980), que na sua versão portuguesa assume a designação de Perfil de Saúde de Nottingham versão 2 (Ferreira & Melo, 1999), o *Functional Status Questionnaire* (Jette et al., 1986) ou Questionário do Estado de Saúde Funcional (Gil, 1998), na sua versão portuguesa; o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (Ware & Sherbourne, 1992), que conta com algumas versões portuguesas e mais reduzidas²². Uma leitura rápida dos objetos de avaliação destes instrumentos é suficiente para perceber que os termos estado de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde continuam a surgir associados, revelando os estreitos laços de parentesco que unem os dois conceitos e, todavia, a necessidade de manter os esforços de clarificação dos mesmos e de utilização de instrumentos diferentes na avaliação dos dois.

²² No capítulo IV (ponto 3.2) encontra-se mais informação acerca do instrumento original, como também uma apresentação detalhada da versão portuguesa utilizada neste estudo.

Exploradas algumas questões conceptuais e de medição do âmbito da saúde, segue-se uma breve apresentação da combinação de fatores que a influenciam, com particular enfoque no estilo de vida da pessoa (determinante da saúde em análise nesta investigação).

1.2. Determinantes da saúde: o estilo de vida

Identificar e perceber os determinantes da saúde individual (e das populações) é uma tarefa prévia fundamental ao desenvolvimento de métodos eficazes para proteger e promover saúde.

Não sendo uma questão recente²³, parece no entanto que a investigação se tem focado de forma diferenciada nos fatores: os determinantes ambientais e sociais (e.g., qualidade do meio ambiente, nível socioeconómico) foram, durante algum tempo, propositadamente negligenciados quando comparados com os determinantes individuais (e.g., comportamento, património genético), pelas consequências políticas implicadas na revelação de alguns dados (Lucas & Lloyd, 2005; Marks et al., 2015; Morrison & Bennett, 2009). Este pode muito bem ser a razão pela qual o relatório *A New Perspective on the Health of Canadians* (1974) de Lalonde é mais citado internacionalmente que o famoso *Black Report* (1980) do antigo Departamento de Saúde e Segurança Social do governo britânico. O primeiro apresentou um modelo segundo o qual o nível de saúde de uma comunidade era determinado pela interação de quatro variáveis (biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e sistema de saúde) e alertou para a desproporção entre a pesada contribuição do estilo de vida e do meio ambiente na saúde e o parco erário canalizado para a promoção da saúde pública através de mudanças nestes determinantes (Sanmartí, 1985, citado por Carvalho, 2006). Já o segundo é contundente na apresentação da pobreza como o principal determinante da saúde/doença, com base nas evidências que apontavam sistematicamente para a maior probabilidade de as classes socioeconómicas mais favorecidas evitarem a doença e permanecerem saudáveis, quando comparadas com as classes sociais mais desfavorecidas (Marks et al., 2015; Morrison & Bennett, 2009).

Na atualidade aceita-se de forma consensual que a saúde individual (e das populações) seja determinada pela interação de fatores individuais de natureza biológica

²³ Conferir, por exemplo, importantes documentos que datam da primeira metade do século XIX, como (1) o relatório de Villermé sobre a relação entre as condições sociais dos diferentes bairros/comunidades de Paris e a saúde dos seus residentes ou (2) a obra de Engels acerca das precárias condições de vida e dos limitados cuidados de saúde da classe trabalhadora de Manchester (ambos citados por Marks et al., 2015).

(e.g., constituição genética, idade, sexo) e comportamental (e.g., respostas ao ambiente, estilo de vida), fatores socioeconómicos (e.g., acesso aos cuidados de saúde, estatuto socioeconómico, cultura, religião) e ambientais (e.g., poluição, violência) (Davies & Macdowall, 2006; Marks et al., 2015). Reconhece-se finalmente que a pobreza, associada a outros fatores (e.g., nutrição pobre, água imprópria para consumo, sistema de saúde débil), é a principal causa de morte no mundo (Morrison & Bennett, 2009). E que fatores psicossociais mais subtis como o nível socioeconómico, o grupo social de pertença (minoría vs. maioria), o género e a ocupação/profissão influenciam o estado de saúde e a longevidade – por exemplo, os membros de grupos socialmente desfavorecidos tendem a envolver-se mais em comportamentos de risco, como o consumo de álcool, e menos em comportamentos positivos para a saúde, como a prática de exercício físico, ou a experienciar níveis de stresse mais elevados, associados às condições de vida e de trabalho; o género masculino tem maior probabilidade de apresentar comportamentos de risco e menos probabilidade de procurar ajuda depois de adoecer; empregos exigentes associados a baixos níveis de autonomia ou incertezas financeiras relacionadas com o desemprego parecem ter um impacto negativo na saúde (Marmot, 2005; Morrison & Bennett, 2009; Scriven, 2010). Por fim, admite-se também que a equidade em saúde por meio da redução das desigualdades sociais aos níveis regional, nacional e internacional é da responsabilidade (e exige o compromisso numa ação global) “*of all sectors of government, of all segments of society, and of all members of the international community*” (WHO, 2011, p. 1).

O interesse mais recente pela análise dos determinantes socioeconómicos e ambientais não diminuiu, contudo, a atenção dada aos determinantes comportamentais – prática já com alguma tradição. A partir de 1950, assistiu-se a uma proliferação de estudos epidemiológicos, como por exemplo o clássico *Alameda County Study*²⁴ (ver Belloc &

²⁴ Constitui um dos estudos mais conhecido e citado na literatura da especialidade, pelo seu interesse em explicar fatores associados não só às doenças, mas também à saúde, tornando-se desta forma numa das investigações precursoras do Paradigma Salutogénico desenvolvido por Antonovsky em 1987 (citado por Lucas & Lloyd, 2005). Este estudo seguiu cerca de 7000 adultos (saudáveis, no início do estudo) do Condado de Alameda (Estados Unidos da América), por mais de 15 anos, e ao comparar as diferenças entre as pessoas que desenvolveram doença e as que se mantiveram saudáveis, relativamente a medidas recolhidas no início do estudo, permitiu identificar sete fatores comportamentais associados ao bom estado de saúde e à longevidade: dormir 7-8h por noite, não fumar, não beber mais do que 1-2 bebidas por dia, praticar exercício regularmente, não comer entre refeições, tomar o pequeno-almoço, não exceder o peso em mais de 10%

Breslow, 1972; Berkman & Breslow, 1983; ambos citados em Ribeiro, 2007) ou o mais recente *EPIC-Norfolk Study*²⁵ (Khaw et al., 2008), que têm comprovado o papel importante que os comportamentos (e.g., fumar, padrão alimentar, consumo de substâncias psicoativas, exercício físico regular, etc.) têm no estado de saúde e no bem-estar, bem como na longevidade (ver, e.g., Yates, Djoussé, Kurth, Buring, & Gaziano, 2008).

Dos numerosos estudos epidemiológicos e laboratoriais resultaram o conceito moderno de comportamento de saúde (entendido como qualquer ação realizada com o propósito de prevenir ou detetar doenças ou de melhorar a saúde e o bem-estar²⁶; Conner & Norman, 2015) e de estilo de vida (podendo ser definido “*as collective patterns of health-related behavior based on choices from options available to people according to their life chances*”; Cockerham, 2005, p. 55) (Steptoe, Gardner, & Wardle, 2010). Existem várias abordagens para a classificação dos comportamentos (e atitudes) de saúde [CAS], sendo comum encontrar na literatura da especialidade (e.g., Adelman, 2005; Alwan, 1997; Cockerham, 2005; Conner & Norman, 2015; Morrison & Bennett, 2009; Ogden, 2004; Steptoe et al., 2010) a abordagem funcional que os agrupa em duas categorias, as quais podem assumir designações diferentes ainda que equivalentes:

- Comportamentos (e atitudes) positivos para a saúde (também apelidados de imunogénicos, salutogénicos, saudáveis ou determinantes comportamentais positivos) dos quais são exemplo: abstinência tabágica, nutrição adequada, prática regular de exercício físico, condução defensiva, utilização de protetor solar e outros que ajudam a prevenir a doença (ou a detetar a doença ou a incapacidade numa fase inicial) e a proteger e otimizar a saúde;
- Comportamentos (e atitudes) negativos para a saúde (também conhecidos por patogénicos, de risco ou determinantes comportamentais negativos) como, por exemplo, o consumo excessivo de álcool, práticas sexuais não seguras,

(Morrison & Bennett, 2009). Mais importante, quanto maior o número de hábitos positivos, maior a probabilidade de viver mais tempo e sem incapacidade (para outros resultados, cf. Morrison & Bennett, 2009; Ribeiro, 2007).

²⁵ Khaw et al. (2008) analisaram os dados deste estudo longitudinal de 20 244 adultos (sem doença cardiovascular ou oncológica conhecida no início do estudo), seguidos por um período de 11 anos, e concluíram que o risco de morrer estava inversamente associado à exibição cumulativa de quatro comportamentos positivos: não fumar, beber álcool moderadamente, ser fisicamente ativo e comer 5 ou mais porções de fruta e vegetais por dia.

²⁶ Alguns autores adensam a complexidade deste conceito, associando-lhe um outro: o de atitude. Para Ribeiro (2007), o conceito de comportamento de saúde pode ser definido como qualquer unidade discreta e observável de ação ou predisposição para a ação (atitude) relacionada com o processo saúde-doença.

automedicação, higiene do sono pobre, entre outras atividades praticadas com uma frequência ou intensidade prejudiciais à saúde (que aumentam o risco de doença ou lesão).

Como advertem Steptoe et al. (2010), (1) o conceito de CAS (positivo ou negativo) é fluído e as atividades que integra podem mudar à medida que o conhecimento evolui (e.g., as diretrizes sobre o consumo de gorduras saturadas e polinsaturadas têm sido alteradas ao ritmo das novas evidências sobre a doença coronária), (2) a sua atual definição reconhece que as ações podem ser desencadeadas por razões não relacionadas com a saúde (e.g., a higiene dentária pode ser motivada por preocupações estéticas), (3) os CAS não são uniformemente importantes (e.g., a higiene das mãos tem uma importância mais significativa nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos, exceto entre profissionais de saúde) e (4) a força das evidências que relacionam o estilo de vida com os resultados em saúde é extremamente variável.

A obtenção de medidas válidas de CAS é também um desafio, sobretudo quando estes são socialmente reprováveis (e.g., consumo de drogas ou de álcool em excesso) ou íntimos (e.g., comportamento sexual) e não podem ser avaliados por observação direta e/ou testes objetivos (e.g., análises ao sangue ou à urina) (Morrison & Bennett, 2009). Os instrumentos de autopreenchimento, como os registos diários (e.g., formulários especialmente desenhados para registar os alimentos ou bebidas consumidas ao longo de um ou mais dias) ou os questionários que integram índices de volume/frequência de um CAS (e.g., *Alcohol Use Inventory*; Horn, Wanberg, & Foster, 1990; *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory*; Kawamura, 1988) ou de um conjunto de CAS (e.g., EHBS; Steptoe & Wardle, 1996; Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde; Ribeiro, 2004), são preferencialmente utilizados pelos investigadores, ainda que as interpretações dos seus resultados sejam limitadas pela reatividade e desejabilidade social²⁷ (Morrison & Bennett, 2009).

A etiologia dos CAS, à semelhança de outros comportamentos humanos, é bastante complexa, já que é apontada uma constelação e interação de fatores (Precioso & Taveira,

²⁷ Morrison e Bennett (2009) esclarecem que os sujeitos podem alterar o seu CAS na sequência do aumento de consciência da prática desse CAS (a avaliação funciona como uma intervenção) ou omitir/atenuar a prática de CAS negativos (ou a ausência de CAS positivos) para evitar a hipotética reprovação social (do avaliador).

2007). Entre eles encontram-se fatores (1) individuais de natureza biológica, psicológica e sociodemográfica (e.g., predisposição genética para a adição à nicotina, conhecimentos e percepção de controlo relativamente ao comportamento sexual, diferenças de género na monitorização da alimentação ou na prática de exercício físico); (2) microssociais (e.g., modelos parentais e hábitos da família ou influência do grupo de pares e da rede social têm um impacto importante na escolha alimentar, no consumo de substâncias psicoativas e na prática de exercício físico) e macrossociais (e.g., meios de comunicação e padrões veiculados; religião e cultura podem ditar hábitos alimentares e expressão sexual; sistema de provisão de bens, como comida saudável, e de serviços de saúde, como programas de imunização ou de rastreio; legislação sobre venda de álcool ou utilização do cinto de segurança); e (3) ambientais (e.g., recursos e catástrofes naturais) (Abraham, Connor, Jones, & O'Connor, 2016; Conner & Norman, 2015; Morrison & Bennett, 2009; Precioso & Taveira, 2007; Steptoe et al., 2010). Como facilmente se percebe, os determinantes não psicológicos dos CAS não são facilmente modificáveis, devendo, no entanto, ser tidos em consideração, não só para se alcançar um entendimento mais completo das razões que levam o ser humano a agir de determinada forma, como também prevenir limitações no impacto de uma intervenção para modificar CAS (Steptoe et al., 2010).

Ciente da complexa rede de determinantes da saúde e dos CAS, assim como do problema de ordem ética conhecido por *victim-blaming*²⁸, o trabalho de investigação aqui retratado deu todavia particular atenção aos determinantes comportamentais da saúde (pela sua contribuição significativa na mortalidade dos países desenvolvidos e pela sua natureza mais controlável e, portanto, mais facilmente modificável) e aos determinantes psicológicos dos CAS (pelo facto de existirem cognições modificáveis responsáveis por boa parte da variabilidade nos CAS). É neste sentido que surge o ponto seguinte, no qual se abordam as teorias e os modelos psicossociais que procuram explicar a aquisição, manutenção e modificação dos CAS e a partir dos quais se estabelecem alvos de intervenções desenhadas para promover a saúde através da alteração de CAS que integram o estilo de vida.

²⁸ Designação dada ao efeito pernicioso que resultou da excessiva focalização nas mudanças de comportamento para estilos de vida mais saudáveis, verificada na década de 70, e que se traduziu na culpabilização da vítima pelo seu (mau) estado de saúde (Carvalho, 2006; Scriven, 2010).

1.3. Promoção da saúde: a modificação do estilo de vida

Atualmente, as políticas e as ações (individuais, locais, nacionais e internacionais) empreendidas para melhorar e proteger a saúde (e prevenir e tratar a doença) no âmbito da promoção da saúde e da educação para a saúde²⁹ esforçam-se por atingir o maior número de determinantes da saúde (particularmente os de natureza socioeconómica negligenciados até meados da década de 80), de modo a incrementar a sua eficácia (Carvalho, 2006; Davies & Macdowall, 2006; Scriven, 2010). Uma promoção da saúde efetiva preocupa-se não só em possibilitar um acesso igualitário aos recursos, como também em envolver as pessoas no destino da sua saúde (Abraham, 2010; Scriven, 2010) e, neste contexto, há fortes argumentos para tornar o estilo de vida das pessoas alvo de intervenção (Abraham, 2010).

O corpo de investigação sobre os CAS tem mostrado com alguma consistência que na variabilidade do desempenho de comportamentos de saúde incorrem fatores mais distais (e.g., características da personalidade, do ambiente, sociodemográficas como o nível socioeconómico ou a idade) e outros mais proximais (e.g., cognições relacionadas com a saúde, como o conhecimento, a perceção de risco para a saúde, a perceção de controlo sobre o comportamento, entre outras) (categorização sugerida por Morrison & Bennett, 2009³⁰) e que os antecedentes sociocognitivos dos comportamentos, sendo mais facilmente modificáveis, constituem alvos bastante úteis nas intervenções de promoção da saúde

²⁹ A utilização justaposta dos termos promoção da saúde e educação para a saúde serve apenas para respeitar o debate, despoletado a partir da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986 (WHO, 2009), sobre a diferenciação destes termos. Não sendo um assunto consensual, para alguns autores a promoção da saúde é sinónimo de educação para a saúde, outros dizem que é um processo relacionado, mas diferente nos objetivos e valores (Carvalho, 2007). A posição assumida neste trabalho vai ao encontro dos que defendem que a promoção da saúde incorpora a educação para a saúde nas suas atividades (e.g., Downie, Tannahill, & Tannahill, 2000; Carvalho, 2006; Scriven, 2010) ou, por outras palavras, dos que perspetivam a educação para a saúde como um instrumento ou uma estratégia de atuação da promoção da saúde (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004). No seguimento deste esclarecimento, é importante registar que todas as atividades no âmbito da promoção da saúde, dependendo do objetivo e da população-alvo, podem ser classificadas em primárias (proteger a saúde / evitar a doença ou deficiência da população geral), secundárias (melhorar / restaurar a saúde de indivíduos ou grupos afetados pela doença), terciárias (reduzir as consequências funcionais consecutivas à doença crónica ou deficiência) ou quaternárias (facilitar estados ótimos de capacitação e bem-estar emocional, social e físico durante o estado terminal) (Scriven, 2010).

³⁰ Os autores citados admitem que aquela divisão é um tanto arbitrária, porém serve para refletir o facto de alguns influentes atuarem no comportamento por intermédio do seu efeito noutros fatores (e.g., os estereótipos de género podem mediar o efeito do género no comportamento sexual, tornando a influência da variável género indireta, em vez de direta, e as crenças pessoais em variáveis mediadoras).

centradas na adoção e manutenção de estilos de vida mais saudáveis (Abraham et al., 2016; Conner & Norman, 2015; Morrison & Bennett, 2009). Estes fatores sociocognitivos individuais têm sido agrupados em teorias e modelos, conhecidos por modelos de cognição social³¹, que procuram explicar e prever o comportamento individual, incluindo os comportamentos relacionados com a saúde (Abraham et al., 2016; Sutton, 2010).

Para Abraham et al. (2016) a investigação que recorre a estes modelos pode ser vista como uma parte da investigação sobre autorregulação³², acrescentando ainda que apesar da maioria dos modelos se centrar na fase motivacional das atividades autorregulatórias (fase em que os custos e benefícios são ponderados, terminando com uma decisão, ou intenção, relativamente às metas e ações a adotar num determinado momento), trabalhos mais recentes começam a focar-se na subsequente fase volitiva (durante a qual há um predomínio de planeamento e de ações dirigidos ao alcance da meta estabelecida). Atente-se na breve revisão que se segue acerca dos modelos de cognição social (para uma revisão mais completa, cf., e.g., Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2015; Marks et al., 2015), tradicionalmente divididos em modelos contínuos e modelos de estádios.

1.3.1. Compreender e prever (para poder modificar) o comportamento: o contributo dos modelos contínuos

Os modelos contínuos reivindicam que a adoção de um comportamento constitui um processo contínuo, durante o qual os seus determinantes cognitivos (respetivos peso e inter-relações) permanecem constantes (Abraham et al., 2016). Portanto, (1) o foco é colocado na identificação de variáveis predictoras e na sua combinação numa equação de predição e (2) o objetivo das intervenções baseadas nestes modelos “*is to move the individual along this route towards action*” (Schwarzer, 2008, p. 3). Em seguida descrevem-se abreviadamente os modelos contínuos mais proeminentes.

³¹ Segundo Abraham et al. (2016), esta abordagem sociocognitiva tem sido central para a Psicologia Social nas últimas décadas e, ao contrário do comportamentalismo, baseia-se no pressuposto de que o comportamento se explica melhor a partir da perceção individual da realidade do que da caracterização objetiva dessa realidade (conjunto de estímulos).

³² Conceito que pode ser definido como um processo sistemático do comportamento humano que envolve o estabelecimento de metas pessoais importantes e a mobilização de recursos orientada para a concretização e manutenção dessas metas (e.g., Maes & Karoly, 2005).

O **modelo de crenças da saúde** [MCS], desenvolvido inicialmente por Rosenstock³³ (1966) e, ao longo das décadas seguintes, por outros investigadores, sobretudo Becker e colaboradores (e.g., Becker, 1974; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; Harrison, Mullen, & Green, 1992; todos citados em Abraham & Sheeran, 2015), é um dos mais antigos e conhecidos modelos. Este propõe que os comportamentos de saúde são determinados por seis fatores proximais (ilustração 2.1): vulnerabilidade (e.g., qual a probabilidade de contrair a doença?) e gravidade percebidas (e.g., quão graves são as consequências da doença?) nas quais se baseia a percepção de ameaça; benefícios/eficácia (e.g., quais as vantagens de mudar?) e custos/barreiras percebidos (e.g., quais os obstáculos à mudança?) que compõem a avaliação das possíveis respostas à ameaça percebida; motivação para a saúde³⁴ (valorização/preocupação com a saúde do próprio?); e pistas internas (e.g., sintomas) ou externas (e.g., informação disponibilizada por iniciativas de educação para a saúde) para a ação (Abraham et al., 2016; Armitage & Conner, 2000).

Assim, uma pessoa tem maior probabilidade de adquirir/mudar um determinado comportamento de saúde (e.g., aderir aos rastreios regulares do cancro do colo do útero) se acreditar que (1) é suscetível a determinada situação de saúde que considera grave (e.g., nenhuma mulher está imune e o cancro do colo do útero é uma doença muito séria), (2) os benefícios da resposta à ameaça anterior irão ultrapassar os custos que antecipa (e.g., apesar de não ser uma rotina muito agradável, ficarei menos vulnerável à doença) e (3) é capaz de executar tal resposta, estando também motivada para preservar a sua saúde (Ogden, 2004). O mesmo sucederá se (4) a pessoa for sujeita a indícios externos (e.g., conselho do seu médico de família) ou internos (e.g., dor percecionada com estando relacionada com a doença) para a ação e as crenças anteriores já estiverem estabelecidas (Abraham et al., 2016; Ogden, 2004).

O MCS tem sido amplamente utilizado na predição de uma grande diversidade de comportamentos de saúde (e.g., autoexame da mama, práticas sexuais seguras, dieta alimentar; ver Abraham & Sheeran, 2015) e na fundamentação de muitas intervenções no

³³ É no seu artigo *Why People Use Health Services* que o nome do modelo aparece pela primeira vez. No entanto, o estudo das variáveis incluídas no modelo surgiu em trabalhos anteriores, a propósito da resposta do público norte-americano às medidas de prevenção da doença como a radiografia pulmonar ou a vacina contra a Poliomielite gratuitas (ver Hochbaum, 1958; Rosenstock, Derryberry, & Carriger, 1959; ambos citados em Lizewski, 2010).

³⁴ Rosenstock et al. (1988, citado por Abraham et al., 2016), em resposta a algumas críticas e à identificação de preditores cognitivos do comportamento mais fortes, sugeriram a adenda da autoeficácia percebida (até que ponto sou capaz de executar o comportamento recomendado?).

estilo de vida das pessoas (Jones, Smith, & Llewellyn, 2014; Ogden, 2004). O ponto mais forte deste modelo prende-se com a operacionalização consensual que utiliza (Abraham et al., 2016). Entre outras críticas apontadas ao MCS, encontram-se: as dúvidas na definição e nas regras de combinação dos seus elementos-chave (que se refletem na baixa validade preditiva), a abordagem estática das crenças da saúde (i.e., modelo descreve as crenças como ocorrendo simultaneamente, sem lugar a mudança, desenvolvimento ou processo), a focalização excessiva no processamento racional de informação (Armitage & Conner, 2000; Morrison & Bennett, 2009; Ogden, 2004).

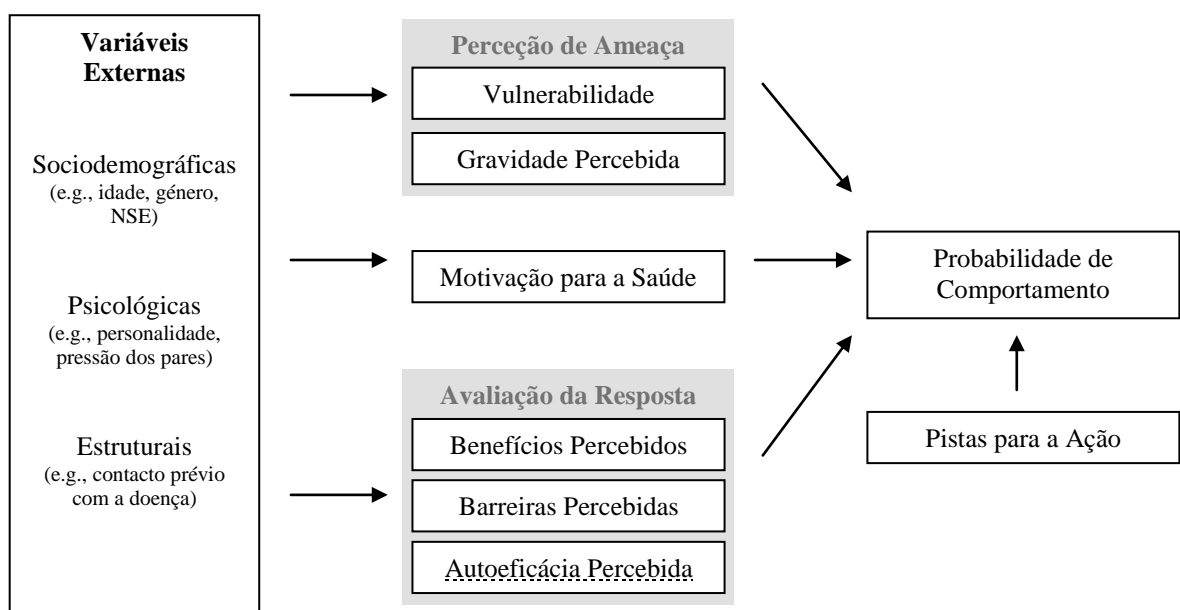


Ilustração 2.1. Modelo de crenças da saúde com adendas assinaladas. Adaptado de *Health Psychology: Topics in Applied Psychology* (2ª ed., p.145), por C. Abraham, M. Connor, F. Jones, e D. O'Connor, 2016, Abingdon, UK: Routledge.

A **teoria da motivação para a proteção** [TMP], da autoria de Rogers (1975, 1983, 1985; todos citados em Ogden, 2004), é uma revisão e extensão do MCS que incorpora processos de avaliação cognitiva identificados na investigação relacionada com *coping*³⁵ (ver Armitage & Conner, 2000; Norman, Boer, Seydel, & Mullan, 2015). De acordo com a TMP, representada na figura seguinte (ilustração 2.2), o principal determinante de um

³⁵ Este conceito é o elemento chave da teoria transacional do stress de Lazarus e Folkman (1984, citado por Marks et al., 2015). Nesta teoria o *coping* é visto como um elemento integrante do processo de stress e definido como todos os esforços cognitivos e comportamentais (em constante mudança), aos quais o indivíduo recorre para lidar com as exigências internas ou externas desencadeadas por uma situação indutora de stress (situação esta que, na avaliação prévia do sujeito, sobrecarrega ou excede os seus próprios recursos) (Marks et al., 2015).

comportamento de saúde é a motivação para a proteção (ou a intenção de seguir determinado comportamento), que por sua vez é função de dois processos de avaliação provavelmente desencadeados por fontes de informação ambientais ou intrapessoais (Abraham et al., 2016; Norman et al., 2015; Marks et al., 2015):

- Avaliação da ameaça – a apreciação que o indivíduo faz com base nas percepções de vulnerabilidade e de severidade da ameaça (ver MCS) e nas recompensas (e.g., que ganhos estão associados ao atual comportamento de risco?) intrínsecas (e.g., prazer) e extrínsecas (e.g., aprovação social) percebidas do comportamento de risco;
- Avaliação do coping – a apreciação dos recursos para lidar com a ameaça, que se sustenta nas expectativas do sujeito acerca da eficácia da resposta recomendada (e.g., quão eficaz é o comportamento recomendado no afastamento das consequências negativas?) e da sua capacidade de executar esta resposta (ou autoeficácia; e.g., em que medida sou capaz de me envolver no comportamento recomendado com sucesso?), bem como nos custos que antecipa (e.g., que perdas estão associadas ao comportamento recomendado?).

Juntos, estes determinantes suscitam uma resposta adaptativa de *coping* (i.e., a intenção comportamental e, subsequentemente, o envolvimento no comportamento recomendado) ou uma resposta não-adaptativa de *coping* (e.g., negação ou evitamento da ameaça e, subsequentemente, a manutenção do comportamento de risco) (Abraham et al., 2016; Ogden, 2004).

Desta forma, a TMP assume que a motivação para a proteção é maximizada quando (1) as fontes de informação suscitam uma resposta emocional de medo (não excessivo) no sujeito (i.e., que o faz temer pela saúde) e (2) este último se sente vulnerável a uma ameaça que acredita ter consequências graves para a sua saúde (e.g., como não uso preservativo, posso contrair uma infecção sexualmente transmissível severa, como a infecção pelo VIH), (3) confia quer na eficácia do comportamento recomendado quer na sua capacidade para executar o mesmo (e.g. os preservativos protegem-me eficazmente e eu posso facilmente usar um no contexto de uma interação sexual) e (4) percebe poucos (ou nenhuns) custos associados ao novo comportamento e poucas (ou nenhuma) recompensas ligadas ao

comportamento de risco (e.g., a utilização de preservativo apenas diminui um pouco a espontaneidade da interação sexual) (Marks et al., 2015).

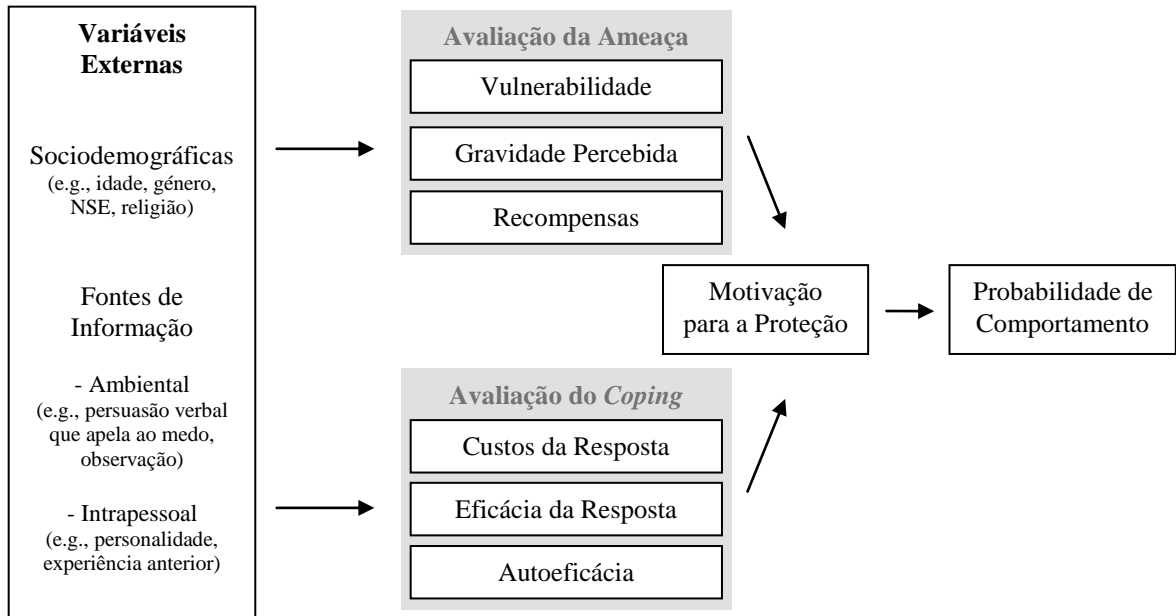


Ilustração 2.2. Teoria da motivação para a proteção. Adaptado de *Health Psychology: Topics in Applied Psychology* (2ª ed., p.147), por C. Abraham, M. Connor, F. Jones, e D. O'Connor, 2016, Abingdon, UK: Routledge.

Não obstante as aplicações bem-sucedidas desta teoria, não só na predição de alguns comportamentos de saúde (e.g., autoexame da mama, prática de exercício físico, utilização de preservativo) como na fundamentação de intervenções individuais e comunitárias (ver Norman et al., 2015), algumas das críticas apontadas ao MCS mantêm-se: o carácter estático da abordagem, a assunção de que os seres humanos são decisores racionais (embora inclua o medo como fator persuasivo) ou a fraca predição do comportamento futuro oferecida por algumas das principais variáveis do modelo (Armitage & Conner, 2000; Ogden, 2004). Na resposta a esta última crítica, Norman et al. (2015) defende a necessidade de se realizarem mais testes prospetivos, encarando-os como boas oportunidades para examinar detalhadamente o possível papel mediador da motivação para a proteção, esclarecer a relação (frequentemente traduzida em correlações negativas) entre vulnerabilidade e comportamento e avaliar a suficiência do modelo.

Do debate da Psicologia Social sobre a relação entre atitudes e comportamentos surgiram modelos que tentaram colocar o indivíduo no seu contexto social e sugerir um

papel para os valores, contrastando com a abordagem mais tradicional e racional dos comportamentos (Ogden, 2004). Destes são exemplo a teoria sociocognitiva e a teoria da ação ponderada ou, na sua versão alargada e evoluída, a teoria do comportamento planeado³⁶.

A **teoria sociocognitiva** [TSc] de Bandura (1977, 1986; ambos citados em Bandura, 2000) afirma que o comportamento é ocasionado por três fatores (ilustração 2.3): objetivos (proximais ou distais, estando os primeiros mais perto do conceito de intenção comportamental; Luszczynska & Schwarzer, 2015), expetativas de resultado (quais são as consequências físicas, sociais e de autoavaliação, quer desta situação potencialmente ameaçadora, quer das ações que posso levar a cabo?) e autoeficácia³⁷ (i.e., a perceção de controlo sobre o comportamento, sendo habitualmente medida como o grau de confiança na capacidade de realizar o comportamento, mesmo em face de vários obstáculos). Mais recentemente, Bandura acrescentou um conjunto de fatores socioestruturais (referem-se aos impedimentos ou oportunidades associados a condições de vida particulares, sistemas de saúde, sistemas político-económicos ou ambientais) à sua teoria, que assume (1) facilitarem ou inibirem o comportamento, via mudança de objetivos (i.e., o estabelecimento de objetivos varia em função dos facilitadores ou inibidores socioestruturais), e (2) serem influenciados pela autoeficácia (i.e., esta influencia o grau de atenção concedido às oportunidades e aos impedimentos das circunstâncias de vida) (Abraham et al., 2016; Luszczynska & Schwarzer, 2015).

Desta forma, a TSc prediz que um comportamento (e.g., cessar a condução perigosa) é mais provável em indivíduos que (1) tencionam apresentar esse comportamento (e.g., tenho como objetivos não voltar a exceder os limites de velocidade e não conduzir depois de consumir álcool), (2) antecipam consequências (físicas, sociais e de autoavaliação) negativas caso o comportamento anterior se mantenha (e.g., uma condução perigosa pode

³⁶ Relativamente à sua antecessora, proposta por Fishbein e Ajzen (e.g., Ajzen & Fishbein, 1970; Fishbein, 1967; Fishbein & Ajzen, 1975; todos citados em Fishbein & Ajzen, 2010) e aplicada ainda em estudos recentes (viz., Fishbein & Ajzen, 2010), a TCP acrescentou a variável controlo comportamental percebido, de modo a superar uma das limitações da versão anterior: a incapacidade de prever comportamentos não-volitivos (i.e., cuja realização depende quase exclusivamente da formação de intenção) como, por exemplo, os comportamentos aditivos ou a negociação da utilização de preservativo (Ajzen, 2005).

³⁷ Segundo o autor do conceito (viz., Bandura, 1977, citado por Bandura, 2000), este é influenciado pelos desempenhos bem-sucedidos do comportamento, as experiências vicariantes (i.e., a observação do comportamento numa pessoa que o observador assume ter as mesmas competências que ele), a persuasão verbal e a perceção dos estados emocional e fisiológico (Bandura, 2000).

ser perigosa, até fatal, para mim e para os outros condutores; ter cadastro criminal pode dificultar-me o acesso a determinados empregos) e positivas com a alteração de comportamento (e.g., os outros apreciariam a minha condução responsável e eu deixaria de me sentir arrependido) e (3) sentem confiança nas suas capacidades (e.g., eu sou capaz de conduzir dentro dos limites, sobretudo com a ajuda do limitador de velocidade de que dispõe o veículo, e de não beber álcool quando conduzo, negociando isto previamente com os meus companheiros de festa) (Abraham et al., 2016).

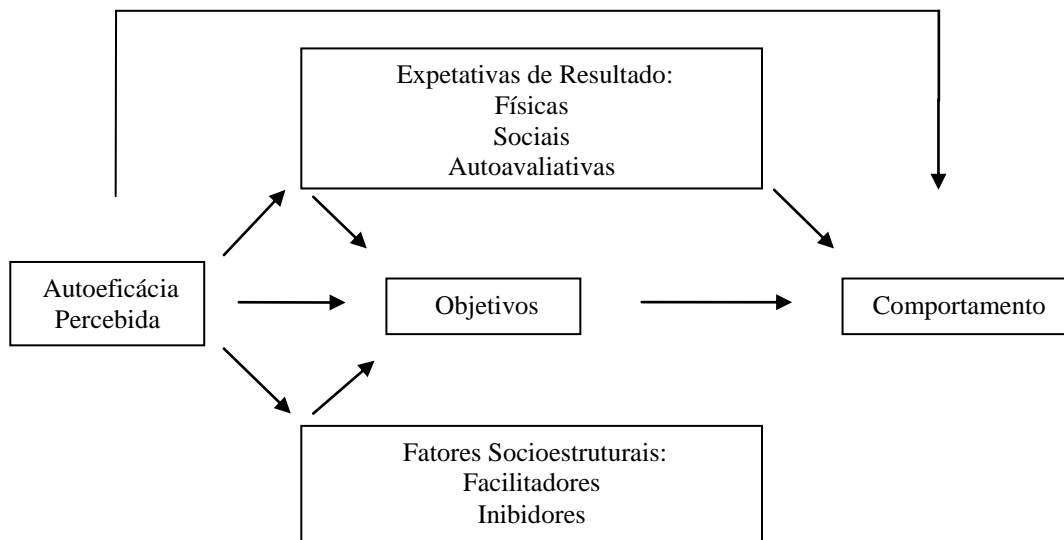


Ilustração 2.3. Teoria sociocognitiva. Adaptado de *Health Psychology: Topics in Applied Psychology* (2ª ed., p.152), por C. Abraham, M. Connor, F. Jones, e D. O'Connor, 2016, Abingdon, UK: Routledge.

Esta teoria tem sido aplicada com sucesso à predição e à mudança de comportamentos (ver revisão de estudos de Luszczynska & Schwarzer, 2015), ainda que muitas dessas aplicações não avaliem todas as componentes do modelo ou as combinem com outras abordagens, prejudicando o seu valor explicativo e preditivo (Abraham et al., 2016). A sua componente central, a autoeficácia percebida, tem aparecido sistematicamente como uma preditora importante de um conjunto de comportamentos de saúde e, por consequência, estimulado reformulações (mais ou menos evidentes) noutros modelos (e.g., ver alterações introduzidas ao MCS ou à teoria da ação ponderada) e o desenvolvimento teórico do conceito (Armitage & Conner, 2000; Luszczynska & Schwarzer, 2015; Williams & French, 2011). O grau de especificidade do conceito de autoeficácia tem sido alvo da atenção de diversos investigadores, bem como a importância das expectativas de resultado afetivas ou a reciprocidade entre cognições, ambiente e

comportamento (Luszczynska & Schwarzer, 2015).

Recorrendo à ilustração 2.4, facilmente se percebe que a **teoria do comportamento planeado** [TCP] (Ajzen, 1985, 1991, 2005; Fishbein & Ajzen, 2010) propõe diferentes conjuntos de determinantes proximais para o comportamento, para a intenção que o precede (intenção comportamental) e para os antecedentes desta, funcionando a intenção como variável mediadora entre as duas partes:

- O comportamento de saúde é resultado da intenção da pessoa para se comprometer nesse comportamento (i.e., a motivação pessoal, também abordada pela TMP, ou as decisões/planos de ação orientados para o comportamento) e da sua percepção de controlo sobre o mesmo comportamento (i.e., as suas expetativas atinentes ao que está sob o seu controlo e a sua confiança na capacidade de levar avante a realização de um comportamento – este último é um conceito similar ao de autoeficácia de Bandura, igualmente usado na TMP);

- A intenção é função das atitudes em relação ao comportamento (i.e., da avaliação geral do comportamento), das normas subjetivas (i.e., da percepção de normas e de pressão social em face do comportamento) e, também, do controlo comportamental percebido;

- Cada um dos três antecedentes anteriores é precedido por crenças salientes (i.e., mais acessíveis ao sujeito quando interrogado acerca das mesmas) e outros fatores que, por sua vez, são afetados por variáveis mais externas (e.g., personalidade, educação, experiência prévia):

- As atitudes dependem das crenças comportamentais, que associam o desempenho do comportamento à probabilidade de ocorrência de determinadas consequências (e como tal, aos custos/benefícios desse comportamento, também sugeridos pelo MCS) e da avaliação positiva ou negativa dessas consequências (e.g., que resultados terei? quão bons/maus serão?);

- As normas subjetivas (incluídas nas expetativas de resultado da TSc) derivam das crenças normativas, ou seja, das crenças sobre a aprovação/desaprovação de outros significativos em relação ao comportamento, e da motivação do sujeito para se submeter à pressão dessas referências sociais

(e.g., o que pensam as pessoas mais importantes para mim acerca do assunto? a opinião deles é importante para mim?);

- O controlo comportamental percebido é influenciado pelas crenças relacionadas com a presença ou ausência de fatores internos (e.g., competências, informação, emoções) e externos (e.g., oportunidades, obstáculos, dependência de terceiros) de controlo que facilitam ou impedem a realização do comportamento e pelo poder atribuído a cada fator (e.g., sei o que/como fazer, mas conseguirei superar os obstáculos?).

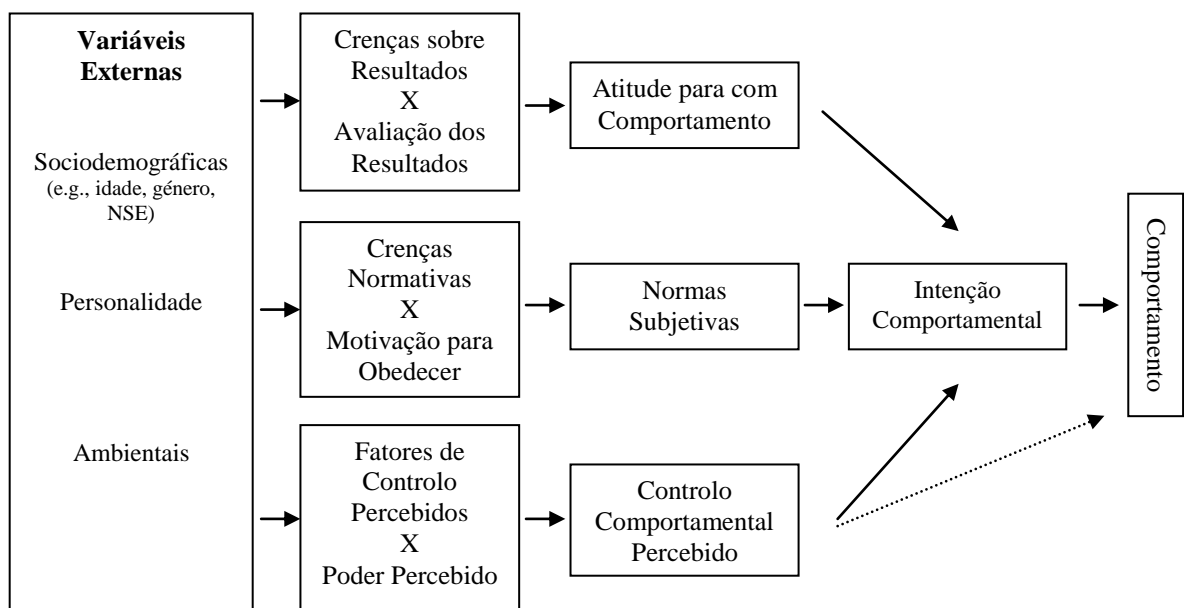


Ilustração 2.4. Teoria do comportamento planeado. Adaptado de *Attitudes, Personality and Behavior* (2ª ed., p.135), por I. Ajzen, 2005, Milton-Keynes, UK: Open University Press / McGraw-Hill.

Acredita-se que o sujeito considera apenas um número reduzido de crenças (comportamentais, normativas e de controlo) na apreciação do comportamento, donde quanto (1) mais positivas forem as atitudes em face do comportamento (e.g., reduzir o consumo de gordura seria benéfico para a minha saúde) e maior for (2) o número de pessoas importantes a aprovar esse comportamento (e.g., os meus pais e amigos acham que devo ter mais cuidado com a minha alimentação, reduzindo o consumo de fritos e a utilização de molhos) e (3) o número de fatores de controlo facilitadores da ação (e.g., já consegui manter uma dieta mais saudável uma vez, não vai ser difícil voltar a fazê-lo, sobretudo com a ajuda dos meus amigos, que farão um esforço para evitar restaurantes de *fast-food*), maior a probabilidade de formar uma intenção comportamental forte e,

consequentemente, executar o comportamento (Abraham et al., 2016; Ogden, 2004). No entanto, o modelo prevê também que se a percepção de controle comportamental refletir o controle real, as crenças de controle poderão ser preditores mais fortes do comportamento e moderar a relação intenção-comportamento (Conner & Sparks, 2015; Ogden, 2004).

Quando comparada com o MCS, a TCP apresenta pelo menos duas vantagens: considera não só o efeito indireto das crenças de saúde no comportamento (à semelhança da TMP), neste caso através das atitudes e da intenção, como também a influência social na ação (Abraham et al., 2016). Várias meta-análises da literatura empírica (e.g., Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2002; McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011; Topa & Moriano, 2010; todos citados em Cooke, Dahdah, Norman, & French, 2016) têm sido abonatórias da teoria, mostrando que as suas variáveis explicam boa parte da variância na intenção e (ainda que uma percentagem substancialmente mais baixa) no comportamento e que as intenções são os preditores mais fortes do comportamento (enquanto as atitudes são os melhores preditores das intenções). O sucesso relativo da TCP na predição de uma variedade de intenções e comportamentos de saúde (e.g., autoexame da mama, doação de sangue, iniciação tabágica; ver Conner & Sparks, 2015; Fishbein & Ajzen, 2010) e na orientação de intervenções destinadas a facilitar a mudança comportamental (e.g., autoexame testicular, cessação tabágica, exercício; ver Conner & Sparks, 2015; Fishbein & Ajzen, 2010) não a isenta de algumas críticas, como a ausência de elemento temporal ou de fatores não-cognitivos/inconscientes/irracionais e necessidade de preditores adicionais (e.g., antecipação de reações afetivas, normas morais, autoidentidade ou imagem que a pessoa tem de si, comportamento prévio) (Morrison & Bennett, 2009; Conner & Sparks, 2015). Em sua defesa, Fishbein e Ajzen (2010) contra-argumentam que a TCP está aberta à inclusão de novas variáveis desde que estas capturem uma proporção considerável da variância na intenção ou no comportamento e não prejudiquem a parcimónia da abordagem.

1.3.2. Compreender e predizer (para poder modificar) o comportamento: o contributo dos modelos de estádios

Perante as limitações apontadas aos modelos contínuos – entre outras, explicam melhor a variância na intenção do que no comportamento, excluem mudanças qualitativas no decorrer do processo de mudança (*“such as changing mindsets, phase transitions, or*

recycling back and forth”), omitem as variáveis da fase posterior à formação da intenção (durante a qual esta última se traduz em ação) que têm ajudado a encurtar a distância entre a intenção e o comportamento, mais conhecida por *intention-behavior gap* (Schwarzer, 2008, p. 3) – houve necessidade de propor modelos alternativos.

Os modelos descontínuos ou de estádios recorrem a conceitos similares (organizados numa estrutura diferente) aos dos modelos anteriores, ainda que assumam que a adoção de um comportamento não é um processo linear, antes requer uma sequência ordenada de etapas categoricamente diferentes, sendo necessário usar várias equações para prever a progressão até à ação (Sniehotta & Aunger, 2010). Para Weinstein (Weinstein, Rothman, & Sutton, 1998; Weinstein & Sandman, 2002) estes modelos têm quatro características definidoras: um sistema de classificação para definir os estádios, uma sequência de estádios (é assumido que a progressão possa nunca alcançar o fim desejado e que as regressões para estádios anteriores sejam possíveis), barreiras comuns dentro do mesmo estádio e barreiras diferentes entre estádios diferentes (desta última decorre uma importante implicação prática: as intervenções desenhadas de acordo com o estádio em que a população-alvo se encontra deverão mais eficientes do que as tradicionais *one-size-fits-all*). Considerem-se os seguintes exemplos³⁸.

Desenvolvido na década de 80 do século passado na Universidade de Rhode Island, o **modelo transteórico da mudança** [MTM] de Prochaska e colegas (Prochaska & DiClemente’s, 1984; Prochaska, Redding, & Evers, 2008; Prochaska & Velicer, 1997) é apontado como o primeiro e mais utilizado modelo de estádios.

A versão mais comum do MTM inclui cinco estádios discretos (i.e., mutuamente exclusivos e qualitativamente diferentes) para a mudança do comportamento de saúde (e.g., cessação tabágica) (Abraham et al., 2016; Prochaska et al., 2008):

³⁸ Outros modelos devem ser apontados, ainda que não sejam objeto de revisão, pela escassez relativa de estudos de validação que apresentam no âmbito da Psicologia da Saúde: *action control theory* de Kuhl (o primeiro teórico a distinguir claramente a questão motivacional da questão volitiva; Armitage & Conner, 2000), *health behavior goal model* de Gebhardt (no qual a mudança comportamental é perspectivada como uma ação orientada por objetivos; Gebhardt & Maes, 2001), *Rubicon model of action phases* de Heckhausen (o modelo de quatro fases caracterizadas pelas suas funções distintas – deliberação, planeamento, ação e avaliação – que sustenta o trabalho sobre intenções de implementação; Achtziger & Gollwitzer, 2010).

- **Pré-contemplação:** fase em que não se pensa seriamente em mudar o comportamento (e.g., o fumador não tem consciência das possíveis consequências nefastas do ato de fumar, nem qualquer intenção de desistir nos 6 meses seguintes);
- **Contemplação:** há consciência da necessidade de mudança comportamental e inicia-se o desenvolvimento da intenção de mudar (e.g., o fumador começa a pensar sobre a cessação do consumo de tabaco, dentro de um prazo não superior a 6 meses nem inferior a 30 dias, mas ainda não está comprometido com a tentativa de mudar);
- **Preparação:** etapa em que existe a intenção de mudar num futuro próximo e em que se planeia ativamente a mudança (e.g., o fumador tem intenção de mudar nos próximos 30 dias e começa a fazer planos, como a data de início da redução/cessação ou os locais de restrição);
- **Ação:** caracteriza-se pelo desempenho inicial do comportamento desejado (e.g., o fumador faz tentativas ativas de mudança comportamental ou alcança os primeiros 6 meses de abstinência);
- **Manutenção:** fase em que existem esforços para manter a mudança comportamental e, assim, resistir à tentação de voltar a desempenhar o comportamento prévio (e.g., o ex-fumador mantém a sua abstinência por mais de 6 meses, resistindo às tentações e consolidando o seu novo estatuto).

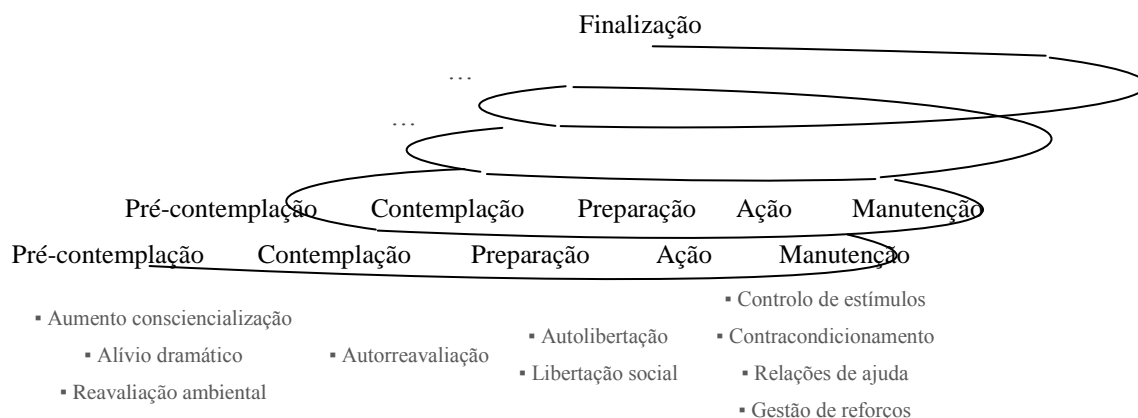


Ilustração 2.5. Modelo transteórico da mudança e a correspondência entre estádios e processos de mudança.

O modelo admite que as pessoas possam fazer várias tentativas (algumas delas demoradas) para progredir dos estádios anteriores à ação (estádios motivacionais) para os

estádios de ação e que as recaídas possam ocorrer a qualquer momento, resultando numa progressão em espiral (ilustração 2.5) caracterizada por avanços e recuos (Schwarzer, 2008). Em algumas aplicações do modelo, um sexto estágio (*termination stage*) é adicionado para incluir as pessoas que adotam o novo comportamento de forma permanente e não percebem qualquer tentação de reversão da situação (Sniehotta & Aunger, 2010).

Para explicar a progressão pelos estádios de mudança, o MTM salienta a influência de 10 processos psicológicos, cada qual peculiar a cada um (ou às vezes a mais do que um) dos estádios já adiantados (ilustração 2.5): aumento de consciencialização (esforços individuais para procurar nova informação e para compreender o seu comportamento problemático); alívio através do drama (experimentação e expressão de sentimentos sobre o comportamento negativo e as potenciais soluções); reavaliação do ambiente (consideração e avaliação de como o comportamento atual afeta o ambiente físico e social); autorreavaliação (reapreciação do que a pessoa pensa e sente sobre si na sua relação com o comportamento a mudar); autolibertação (consciência, disponibilidade e aceitação do indivíduo para com uma alternativa saudável); controlo de estímulos (evitamento ou controlo dos estímulos que desencadeiam o comportamento problemático); contracondicionamento (substituição do comportamento negativo por alternativas comportamentais saudáveis, e.g., relaxamento ou autoverbalizações positivas); relações de ajuda (confiança, aceitação e recurso ao suporte disponibilizado por outros que se preocupam, como grupos de apoio social ou de autoajuda, durante as tentativas de mudança); e gestão de reforços (aplicação de reforços, internos ou externos, pelas mudanças alcançadas) (Sniehotta & Aunger, 2010). Estes processos são formulados para ajudar o sujeito, que se encontra num estágio de mudança específico, a ultrapassar os obstáculos à progressão para o estágio seguinte (e.g., um fumador no estágio de contemplação tende a beneficiar, ao nível da consciencialização e da autoeficácia, da provisão de informação, proveniente de ex-fumadores ou de fontes credíveis, sobre os benefícios da cessação tabágica ou a forma mais eficaz de a alcançar), constituindo o alvo de muitas intervenções (Morrison & Bennett, 2009; Sniehotta & Aunger, 2010).

O modelo inclui ainda variáveis intermédias (que medeiam a relação entre os processos de mudança e a progressão pelos estádios; Prochaska & Velicer, 1997) como o balanço decisório dos prós e contras (expectativas de resultados positivas e negativas,

respetivamente), a confiança (conceito semelhante ao de autoeficácia de Bandura) e a tentação (definida como a medida em que uma pessoa espera sentir-se tentada a recair nas diferentes situações) (Sutton, 2015).

Apesar da vasta aplicação do MTM (particularmente na cessação tabágica, no tratamento do alcoolismo, no controlo do peso, na alteração do padrão alimentar ou na prática de exercício físico; ver Prochaska, Redding, & Evers, 2008; Sniehotta & Aunger, 2010; Sutton, 2015), muitas vezes justificada com a sua apelativa praticabilidade nas intervenções (Armitage & Conner, 2000; Schwarzer, 2008), o modelo tem recolhido diversas críticas ao longo dos anos, que culminaram num apelo ao seu abandono (West, 2005). Os principais problemas dizem respeito à definição, operacionalização (sobretudo no que diz respeito aos prazos) e medição dos estádios e à ausência de uma especificação clara das variáveis que influenciam especificamente cada estágio (Schwarzer, 2008; Sutton, 2015). Ademais, a maioria da investigação que suporta o modelo baseia-se em desenhos/planos transversais, em vez de planos experimentais mais robustos como os estudos longitudinais ou estudos experimentais de intervenções nas quais se faz a correspondência versus não correspondência de estádios (*stage-matched and stage-mismatched interventions*) (Sutton, 2015; Weinstein et al., 1998), e algumas intervenções emparelhadas com o estágio de mudança não se mostraram mais eficazes em fazer progredir os sujeitos para o estágio seguinte que as intervenções não emparelhadas (Sniehotta & Aunger, 2010).

O **modelo do processo da adoção da precaução** [MPAP] de Weinstein e colaboradores (Weinstein, 1988, citado por Weinstein & Sandman, 1992; Weinstein & Sandman, 2002; Weinstein, Sandman, & Blalock, 2008) apresenta algumas semelhanças com o MTM, ainda que transponha muitas das críticas conceptuais apontadas a este último (e.g., a definição dos estádios prévios à ação baseia-se exclusivamente em critérios psicológicos e não em fatores externos à pessoa, como períodos de tempo ou comportamentos passados) (Sniehotta & Aunger, 2010). Este modelo, apresentado pelos seus autores como inacabado ou em desenvolvimento, procura explicar os processos deliberativos envolvidos nas decisões que antecedem uma ação (executada para reduzir os riscos para a saúde) e a tradução dessas decisões em ação, devendo ser aplicado à adoção de novos comportamentos de precaução ou à cessação de comportamentos de risco (e não

ao desenvolvimento gradual de um padrão de comportamento, nem à adoção de comportamentos de risco) (Weinstein et al., 2008).

Segundo o MPAP, representado na ilustração 2.6, as pessoas progridem por uma sequência de sete estádios (ao contrário do MTM, sem quaisquer limitações de tempo a defini-los): num determinado momento inicial, as pessoas desconhecem a ameaça à saúde colocada por um determinado comportamento (estádio *unaware*); depois de aprenderem alguma coisa sobre o assunto, passam a estar cientes dos riscos, mas ainda não se sentem pessoalmente envolvidos (estádio *unengaged*), muito provavelmente devido ao otimismo irrealista³⁹; as pessoas que alcançam o estádio da elaboração da decisão (estádio *undecided*), já se sentem envolvidas e ponderam a sua resposta; deste processo de elaboração da decisão resulta um de três possíveis desfechos: suspensão da ponderação (permanência no terceiro estádio), decisão negativa⁴⁰ (quarto estádio, *decided not to act*) ou decisão positiva (quinto estádio, *decided to act*); aquelas que decidem agir (têm uma intenção formada e planos de ação) podem iniciar o comportamento desejado (estádio *acting*) e mantê-lo, se tal se aplicar, de forma sustentada ao longo do tempo (último estádio, *maintenance*) (Weinstein et al., 2008).

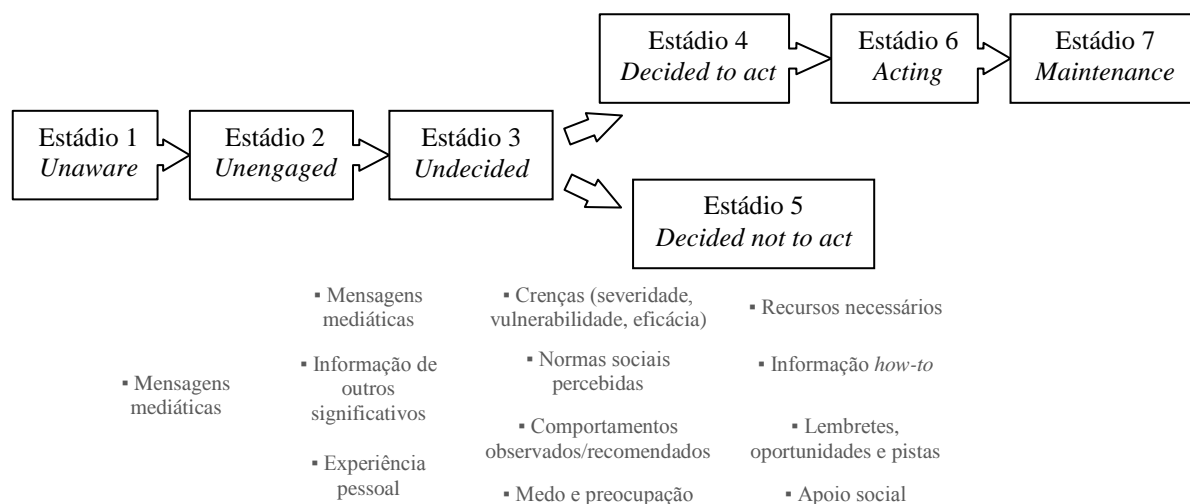


Ilustração 2.6. Modelo do processo da adoção da precaução e a correspondência entre estádios e fatores de mudança.

³⁹ Conceito desenvolvido pelo próprio Weinstein para representar o facto de algumas pessoas se considerarem menos vulneráveis à doença (ou a uma consequência negativa) que outras pessoas que apresentam o mesmo comportamento de risco (Morrison & Bennett, 2009).

⁴⁰ As pessoas que ficam no quarto estádio distinguem-se das que têm intenção de agir e não o fazem por ora e são consideradas um grupo particularmente difícil, uma vez que as evidências mostram que podem estar bem informadas (Weinstein & Sandman, 1992) e que tendem a discutir ou a ignorar informação que desafia a sua decisão (Weinstein et al., 2008).

Não só as definições dos estádios do MPAP são diferentes das encontradas no MTM, como também são apontados várias progressões, mutuamente exclusivas, a partir da ponderação da decisão (Sniehotta & Aunger, 2010). À semelhança do MTM, o modelo em análise sugere a existência de fatores específicos associados ao movimento de um estágio para o seguinte (ilustração 2.6), ainda que os apresente como candidatos razoáveis (e não como fatores validados) à espera de serem testados pelos utilizadores do modelo (Sutton, 2015; Weinstein & Sandman, 1992; Weinstein, Sandman, & Blalock, 2008): mensagens mediáticas sobre risco e precaução, informação proveniente de outros significativos, experiência pessoal com o risco, crenças pessoais (sobre probabilidade e severidade do perigo, vulnerabilidade pessoal ao mesmo, eficácia da precaução e as suas barreiras, autoeficácia), normas sociais percebidas, comportamentos e recomendações dos outros, medo e preocupação, recursos (tempo, esforço e outros recursos) requeridos pela precaução, informação disponível sobre como agir, lembretes e pistas para a ação, oportunidades que reduzem custo da precaução, apoio na realização das ações, etc..

Tendo em consideração o número limitado, ainda que em expansão, de estudos que utilizaram o MPAP (e.g., testes de rastreio de cancro, consumo de carne vermelha, teste de deteção do gás radioativo rádon; ver Sutton, 2015), os seus autores admitem que é impossível por ora retirar conclusões firmes quanto à validade do modelo ou à sua utilidade no planeamento de intervenções (Sniehotta & Aunger, 2010; Sutton, 2015; Weinstein et al., 2008). No entanto, já há resultados promissores, na medida em que (1) apontam o MPAP como um descritor dos processos através dos quais as pessoas progridem melhor do que o MTM e (2) suportam a existência de estádios temporalmente ordenados e qualitativamente diferentes, particularmente entre os estádios dos indecisos e dos decididos a agir (Sniehotta & Aunger, 2010). Esta mesma distinção, por outras palavras, entre *intenders* e *non-intenders* está também presente no modelo que se segue.

Desenvolvida originalmente em 1988, a **abordagem do processo de ação de saúde** [APAS] de Schwarzer (1992, 2008) é para muitos, e apesar da discussão em torno da sua classificação⁴¹, de incontornável valor não só pela sua determinação em corrigir a falta de

⁴¹ A classificação do APAS como um modelo de estádios em sentido estrito não é consensual (Sniehotta & Aunger, 2010). Na opinião de alguns investigadores (ver Sniehotta & Aunger, 2010; Sutton, 2008), a maioria dos estudos empíricos usa a versão contínua do modelo para investigar os mecanismos através dos quais as pessoas traduzem as intenções em ações (mediadores), quando carecem estudos experimentais de

atenção dada aos processos pós-intencionais (também conhecida por *intention-behavior gap*) (Morrison & Bennett, 2009), como pela ponte que estabelece entre os modelos motivacionais (e.g., MCS, TMP, TSc, TCP), os de atuação comportamental (e.g., as intenções de implementação; ver Gollwitzer, 1993, 1999) e os de estádios (e.g., MTM, MPAP) (Armitage & Conner, 2000).

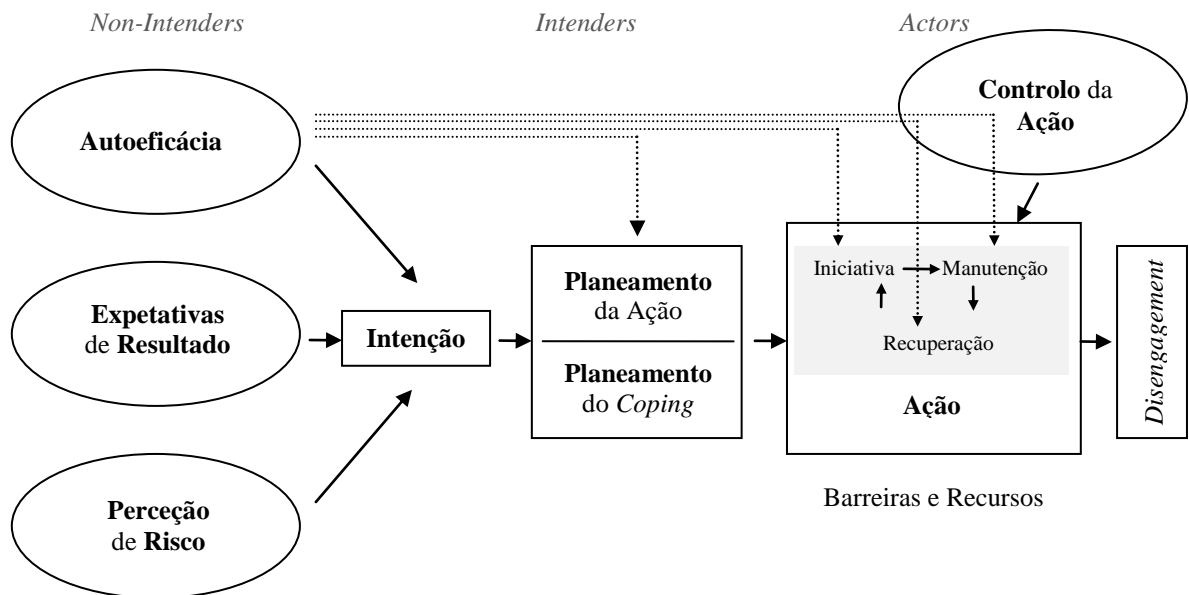


Ilustração 2.7. Abordagem do processo de ação de saúde. Adaptado de *The Health Action Process Approach (HAPA)*, por R. Schwarzer, 2011, retirado a 17 setembro 2012 de http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa_figures.pdf.

Em linha com o *Rubicon model* de Heckhausen, este modelo (ilustração 2.7) sugere que a adoção e a manutenção de um comportamento de saúde (e.g., praticar exercício físico regularmente) constituem uma sequência de processos que compreende, pelo menos⁴², duas fases nas quais diferentes padrões de preditores sociocognitivos podem emergir (Schwarzer, 2008, 2011, 2016; Schwarzer & Luszczynska, 2015):

- Motivacional (ou pré-intencional) – fase durante a qual a pessoa desenvolve uma intenção comportamental (e.g. tenho a intenção/o objetivo de começar a praticar

intervenção *stage-matched-mismatched* que validem a versão descontínua do modelo. A este propósito, Schwarzer (2008; Schwarzer & Luszczynska, 2015) admite que o seu modelo é híbrido no qual duas camadas (a contínua e a de estádios) coexistem. Acrescenta ainda que a camada contínua é mais procurada na descrição, explicação e predição de comportamentos de saúde, ao passo que a camada descontínua se revela particularmente útil no desenho de intervenções (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

⁴² A fase pós-intencional pode ainda ser subdividida (fase pós-intencional de pré-ação ou de ação), dando origem a uma terceira fase ou estádio (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

exercício físico regularmente dentro de duas semanas), com base nas suas crenças sobre:

- Risco, que inclui perceções da severidade da ameaça e da vulnerabilidade pessoal (e.g., a vida sedentária e o historial familiar de doenças cardiovasculares tornam-me suscetível a uma doença cardiovascular grave);
- Resultados do comportamento desejado, que podem ser facilmente enunciadas (e.g., se eu me exercitar durante 30-50 minutos, cinco vezes por semana, reduzo o risco de doença) ou constituir representações mentais difusas carregadas de emoção (e.g., se eu não me exercitar, vou arrepende-me no futuro);
- E a autoeficácia de tarefa ou pré-ação (e.g., eu sou capaz de aderir ao meu programa de exercício físico, mesmo que tenha de prescindir da minha hora de sofá em frente à televisão).

O sucesso desta fase resulta sobretudo (uma vez que a perceção de ameaça de saúde é considerada um preditor distal da intenção) da operação conjunta de expectativas positivas sobre as consequências do comportamento pretendido e de uma confiança forte na capacidade de as alcançar.

• Volitiva (ou pós-intencional) – fase em que decorre a tradução da intenção na iniciação e manutenção do comportamento desejado, assistida e conduzida por processos autorregulatórios volitivos (mediadores entre intenção e comportamento):

- Autoeficácia volitiva, que abarca a autoeficácia de manutenção/ *coping* (e.g., tenho confiança na minha capacidade de me manter fiel ao plano, mesmo perante o cansaço ou algum imprevisto) e de recuperação (e.g., estou certo da minha capacidade de retomar o meu plano, mesmo depois de uma pausa temporária não planeada);
- Planeamento (i.e., simulação mental ou imaginação de cenários – estratégia autorregulatória prospetiva) quer da ação (e.g., tenho um plano detalhado para praticar exercício físico regularmente: todos os dias úteis, das 18h às 19h, no parque verde, fazer jogging com a minha colega) quer do *coping* (e.g., tenho planos alternativos em face de condições climatéricas adversas ou da tentação de conviver com os colegas no horário estabelecido para o treino);

- Controlo da ação (i.e., avaliação contínua do comportamento em execução – estratégia autorregulatória concomitante à ação – que inclui diversas ações distintas como a automonitorização, consciência dos padrões estabelecidos ou do esforço realizado).

O êxito desta fase é função não só da influência das (diferentes) crenças de autoeficácia nos processos volitivos de planeamento e de controlo da ação, como também do ambiente real e percebido (viz., as barreiras e os recursos).

Não obstante a semelhança entre os conceitos da fase motivacional da APAS e os conceitos dos modelos contínuos anteriormente revistos, especialmente da TSc e do MCP (ver definições dos seus conceitos), Schwarzer é claro a estabelecer uma ordem temporal e causal entre eles (em vez de os perspetivar como preditores independentes concomitantes; Armitage & Conner, 2000). Para o autor as expectativas de resultado podem preceder a autoeficácia, quando o sujeito já tem uma experiência prévia do comportamento desejado (se tal não existir, admite que os primeiros podem ter uma influência mais forte na intenção/comportamento que as crenças de autoeficácia de ação; Morrison & Bennett, 2009). O risco percebido é entendido como um antecedente distal e insuficiente para formar a intenção (*“Rather, it sets the stage for a contemplation process and further elaboration of thoughts about consequences and competencies”*; Schwarzer, 2008, p. 6).

Por seu lado, o significado de autoeficácia sugerido pela APAS modifica-se ao longo do processo de mudança, ou seja, uma mudança comportamental bem-sucedida requer crenças otimistas diferentes na capacidade individual de superar os obstáculos de cada fase do processo. Assim, na fase motivacional é pretendido que o indivíduo acredite na sua capacidade de desempenhar a ação desejada (autoeficácia de pré-ação). Na fase volitiva é desejado que o mesmo tenha crenças otimistas na sua capacidade de lidar com as dificuldades associadas à iniciação do desempenho do novo comportamento em face das circunstâncias planeadas e à persistência neste último (autoeficácia de manutenção), bem como na sua capacidade de recuperar o controlo (e a esperança) depois da experiência de contrariedade ou fracasso (autoeficácia de recuperação) (Morrison & Bennett, 2009; Schwarzer, 2008, 2016; Schwarzer & Luszczynska, 2015).

Também o conceito de planeamento da ação da fase volitiva se aproxima do conceito de intenções de implementação de Gollwitzer⁴³, uma vez que diz respeito à simulação mental que inclui parâmetros situacionais (quando e onde) e uma sequência de ação (como), tida como mais eficaz (quanto à probabilidade e velocidade) que a intenção – perante os sinais situacionais relevantes, o comportamento de saúde é desencadeado quase automaticamente (para uma revisão das evidências, cf. Gollwitzer & Sheeran, 2006; Kwasnicka, Premeau, White, & Sniehotka, 2013). Ainda sobre eficácia comparada, Schwarzer (2008, 2016; Schwarzer & Luszczynska, 2015) acrescenta que a antecipação/imaginação das barreiras no desempenho do comportamento pretendido e a conceção de um ou mais planos alternativos para as superar (planeamento do *coping*) pode constituir uma estratégia de autorregulação mais eficaz que o planeamento da ação, em parte porque incorpora este último.

Um conjunto crescente de estudos (ver exemplos em Schwarzer & Luszczynska, 2015) nos quais amostras diferentes (homens/mulheres, nacionalidades variadas, jovens/adultos, estudantes, pacientes em reabilitação) são utilizadas e diversos comportamentos (e.g. prática de exercício físico, utilização de cinto de segurança, consumo de frutas e vegetais, vacinação) são analisados/preditos, tem sido abonatório da validade da APAS. Como o próprio autor reconhece, o seu modelo deve ser encarado como uma estrutura de arquitetura aberta (e não como um conjunto de hipóteses testáveis através de um único teste), do qual pode ser selecionado um subconjunto de construtos ou ao qual é possível acrescentar outros construtos (e.g., apoio social, hábitos, comportamentos preparatórios – ver, e.g., Carvalho, Alvarez, Barz, & Schwarzer, 2015; Fernández, Montenegro-Montenegro, Knoll, & Schwarzer, 2014) considerados relevantes no estudo de um determinado comportamento de saúde. Admite também que a validação das assunções da APAS apresenta limitações (muitas delas associadas aos desenhos experimentais escolhidos para o efeito) e há mecanismos complexos implicados na mudança comportamental por perceber (e.g., a mediação moderada, que permitiria responder às seguintes perguntas: Como ocorre a mudança? Com quem funciona?; Schwarzer & Luszczynska, 2015).

⁴³ Conceito que traduz o planeamento antecipado dos comportamentos que a pessoa vai realizar para atingir os seus objetivos e a escolha das situações mais favoráveis para os desempenhar (Gollwitzer, 1993). A relevância do planeamento na tradução da intenção em ação foi principalmente salientada por Gollwitzer (1993, 1999; Gollwitzer & Sheeran, 2006).

Quanto às intervenções baseadas no seu modelo, Schwarzer considera pertinente o uso da versão descontínua (ou, nas suas palavras, da *stage layer*; Schwarzer & Luszczynska, 2015, p. 269) da APAS, através da identificação do *mindset* – conceito importado do *Rubicon model* de Heckhausen para representar uma determinada orientação cognitiva que facilita o desempenho das tarefas a realizar em fases específicas (Achtziger & Gollwitzer, 2010) – em que se encontram os sujeitos (*non-intenders*, *intenders* ou *actors*), da distribuição destes por (três) grupos diferentes e da atribuição de um tratamento emparelhado com as características de cada grupo/*mindset* (Schwarzer, 2008, 2011). Esta sugestão tem subjacente a ideia de que os sujeitos atravessam *mindsets* qualitativamente diferentes (durante a mudança comportamental) e que a eficácia da intervenção pode aumentar se for adaptada a um determinado *mindset* (Schwarzer & Luszczynska, 2015), conforme provam alguns estudos (e.g., Godinho, Alvarez, Lima, & Schwarzer, 2015; Lippke, Schwarzer, Ziegelmann, Scholz, & Schüz, 2010). Assim, por exemplo, aqueles que ainda não têm uma intenção formada poderão beneficiar mais do confronto com os riscos para a saúde do seu atual comportamento e com os resultados positivos de um novo comportamento mais saudável, ao passo que os sujeitos que já formaram uma intenção poderão dispensar o confronto anterior, beneficiando mais com o treino de competências volitivas (e.g., de planeamento) que os ajudem a traduzir a intenção em ação.

Enquanto se aguarda pela publicação dos resultados quantitativos da revisão sistemática levada a cabo por um grupo de investigadores (Smith, Murray, Greaves, Hooper, & Abraham, 2014), é possível adiantar que: (1) circunscrever as intervenções inspiradas na APAS revela-se uma tarefa difícil, uma vez que há inconsistências na terminologia, nas definições e nas descrições usadas (Smith et al., 2014); (2) o número de intervenções APAS de pequena e grande escala tem aumentado consideravelmente por todo o mundo (ver exemplos em Schwarzer & Luszczynska, 2015); (3) os dados de eficácia parecem ser encorajadores, ainda que haja uma necessidade evidente de intervenções que usem desenhos experimentais mais complexos (de modo a avaliar o suposto efeito moderador do *mindset*/estádio; Schwarzer, 2011) e de clarificar quais os ingredientes mais ativos (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

Da revisão anterior a respeito de todos os modelos de cognição social transparecem algumas ideias. A primeira é que existe uma grande quantidade/variedade de modelos e

estes modelos estão em contínuo desenvolvimento – apesar do facto poder ser interpretado como indício de um campo concetual e teórico rico e fecundo, ele também aumenta a dificuldade de acumular evidência empírica num corpo de conhecimento coerente (Sutton, 2015). A segunda ideia é que não há modelos isentos de críticas ou mágicos (i.e., capazes de explicar/predizer todos os comportamentos de saúde), mas qualquer um constitui um ponto de partida de uma investigação válida (Schwarzer, 2011). Depois, boa parte dos estudos (utilizados para testar os modelos) publicados utiliza desenhos não-experimentais ou amostras pequenas de estudantes ou pacientes, comprometendo o poder, a validade ecológica e a generalização destes estudos (Marks et al., 2015). Por fim, e perante as ideias anteriores, esta área da Psicologia da Saúde beneficiaria com definições concetuais mais claras, a standardização das medidas, mais testes de validade convergente e discriminante, maior concentração num número mais pequeno de modelos⁴⁴ e mais comparações de intervenções baseadas em diferentes modelos (Armitage & Conner, 2000; Sutton, 2015). A propósito das intervenções, não é demais relembrar que estes modelos, de incontestável utilidade, negligenciam contudo a influência de fatores mais distais (e.g., idade, género, cultura, ambiente) que reconhecem serem relevantes numa efetiva intervenção que vise a mudança no estilo de vida das pessoas, no âmbito da promoção da saúde (Morrison & Bennett, 2009).

No ponto seguinte, alguns destes fatores mais distais, como a fase do ciclo de vida (jovem-adulto em transição psicológica para o ensino superior) e o ambiente (ambiente académico), serão destacados nesta reflexão, até ao momento mais descontextualizada, sobre o tema saúde.

2. Saúde em contexto: os desafios da transição para o ensino superior e as respostas institucionais

Uma abordagem mais desenvolvimentista e ecológica, que valorize o desenvolvimento do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida e os vários cenários (e.g., escolar, familiar, laboral, de lazer) em que vai interagindo (Gaspar, Ribeiro, Matos, & Leal, 2008; Matos, 2007; Sarafino & Smith, 2014), com particular relevo para instituições

⁴⁴ Neste sentido, as abordagens integrativas – como aquela que foi proposta por Bandura, Becker, Fishbein, Kaufen e Triandis no âmbito da promoção dos comportamentos preventivos do VIH (ver Conner & Norman, 2015, p.21) – revestem-se de grande importância, dada a sobreposição de conceitos que existe entre os modelos.

de ensino do nível pré-escolar ao superior (Precioso & Taveira, 2007), revela-se pertinente quando crianças, adolescentes e jovens-adultos constituem a população-alvo de iniciativas de promoção da saúde, por diversos motivos.

Por um lado, muitos dos CAS (e.g., o consumo/a abstinência de tabaco ou de álcool, o uso de preservativo, o sedentarismo) aprendem-se e iniciam-se precocemente (cada vez mais na infância e adolescência), tendendo a manter-se ao longo da vida e a exercer considerável impacto a longo prazo na saúde e no bem-estar do indivíduo (Ellis, 2013; Hancox, Milne, & Poulton, 2004; Stewart-Brown et al., 2000). Acresce ainda o facto de alguns dos CAS negativos (como o consumo de substâncias psicoativas: e.g., álcool, tabaco) serem percecionados como (1) normativos, podendo refletir um comportamento exploratório saudável e um processo de aprendizagem construtivo em etapas iniciais do ciclo de vida (Sarafino & Smith, 2014; Schwarzer & Luszczynska, 2006), ou (2) tolerados e desejáveis, sendo promovidos no seio de instituições de ensino com tradição em rituais de integração (Pimentel, Mata, & Anes, 2013).

Por outro lado, as modificações ecológicas estruturais implicadas nalgumas transições normativas (e.g., a entrada no sistema de ensino, a entrada no ensino superior, o primeiro emprego) podem colocar em risco a adoção/manutenção de comportamentos saudáveis (Matos, 2005, 2007), particularmente para os primeiranistas deslocados que se defrontam com a primeira oportunidade para tomar decisões independentes (Fletcher, Bryden, Schneider, Dawson, & Vandermeer, 2007).

Por fim, o espaço escolar e universitário constitui um cenário privilegiado para iniciativas de promoção da saúde (Allensworth, Grizzell, Stevenson, & Tappe, 2017; Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde, 2012; Jané-Llopis & Barry, 2005) uma vez que (1) boa parte da vida de muitos jovens se concretiza neste contexto, (2) há uma cultura centrada na aprendizagem e (3) recursos importantes disponíveis que é necessário mobilizar nesse sentido (Zimmer, Hill, & Sonnad, 2003), bem como (4) alunos com o poder de influenciar a saúde de uma população, quer através das suas escolhas individuais, quer através de hipotéticas profissões com responsabilidades na construção de futuras políticas de saúde ou nas tomadas de decisão sobre as mesmas (Allensworth et al., 2017; Dooris & Doherty, 2010; Stewart-Brown et al., 2000).

As justificações expostas encontram eco nos resultados dos estudos que seguidamente se apresentam e que sublinham a necessidade de perspetivar o espaço

universitário como um contexto promotor de saúde.

2.1. Estilo de vida do estudante do ensino superior e suas repercussões

Na literatura da especialidade, no espaço temporal de três décadas, abundam estudos sobre a prevalência de comportamentos relacionados com a saúde (particularmente negativos) na população estudantil do ensino terciário, desenvolvidos quer pela procura de evidências para os preditores destes comportamentos (constitui exemplo paradigmático a investigação levada a cabo por Wardle e Steptoe desde 1989⁴⁵; outros exemplos mais recentes são: Deshpande, Basil, & Basil, D., 2009; Othieno, Okoth, Peltzer, Pengpid, & Malla, 2015; Peltzer & Pengpid, 2016; Schwarzer & Luszczynska, 2008), quer pela análise da relação bidirecional que estabelecem com variáveis como a saúde/doença (e.g., Seabra, 2007; Steptoe, Peacey, & Wardle, 2006), o bem-estar (e.g., Geada, Justo, Santos, Steptoe, & Wardle, 1994; Grant, Wardle, & Steptoe, 2009; Rodrigues, 2012), a qualidade de vida (e.g., Dey, Gmel, Studer, & Mohler-kuo, 2014; Osse, 2008), o stresse (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso, & Ferreira, 2008; Williams, Cribbet, Rau, Gunn, & Czajkowski, 2013) ou o (in)sucesso académico (e.g., DeBerard et al., 2004; Elias, Azevedo, & Maia, 2009; Ruthig et al., 2011), entre outras. Se uma parte destes estudos (e.g., a investigação desencadeada por Wardle e Steptoe) escolheu os estudantes do ensino superior como amostra por questões pragmáticas (e.g., grupo de sujeitos relativamente acessível e, conseqüentemente, fácil de recrutar; grupo relativamente homogêneo quanto a variáveis sociodemográficas e, como tal, ideal para comparações entre nações), outros há que optaram por estes sujeitos por serem o alvo das suas questões de investigação (e.g., Elias et al., 2009; Pengpid & Peltzer, 2015).

A maioria dos jovens-adultos do ensino superior não apresenta um predomínio de CAS negativos no seu estilo de vida (e.g., Elias et al., 2009; Faria, Chamorro, Carvalho, & Rocha, 2004; Martins, Pacheco, & Jesus, 2008; Rodrigues, 2012; Wardle & Steptoe, 1991) e goza de um estado de saúde relativamente bom (e.g., Fletcher et al., 2007; Matos &

⁴⁵ Estes dois investigadores têm utilizado amostras de estudantes universitários de 21 e, mais recentemente, de 24 países diferentes, incluindo Portugal, no estudo de diversos CAS (e.g., prática de exercício físico, consumo de substâncias psicoativas, uso de protetor solar) e dos seus antecedentes sociocognitivos (e.g., conhecimentos, crenças, atitudes, emoções), através do seu instrumento EHBS que foi adaptado para as populações dos países envolvidos no estudo (ver Grant, Wardle & Steptoe, 2009; Steptoe, Tsuda, Tanaka, & Wardle, 2007).

Albuquerque, 2006; Steptoe & Wardle, 2001) ou tem uma percepção bastante positiva da sua qualidade de vida (e.g., Andrade, Souza, Leite, Figueiró, & Cunha, 2011; Li, Kay, & Nokkaew, 2009; Pacheco, 2008) e do seu sucesso académico (e.g., Pacheco, 2008). No entanto, são os CAS negativos (e.g., o abuso de álcool ou de tabaco), mais do que os positivos (e.g., prática regular de exercício físico), que continuam a atrair maior atenção (Adelmann, 2005). Tal facto é muitas vezes justificado com a severidade das potenciais consequências a curto, médio e longo prazo em várias esferas da vida do indivíduo (pessoal, interpessoal, escolar/profissional – e.g., fatores de risco⁴⁶ para doenças não-transmissíveis, doenças incapacitantes, morte, exclusão social, insucesso académico, desemprego, etc.) e o consumo de recursos individuais e comunitários a longo prazo que daí pode resultar (Adelmann, 2005; Fletcher et al., 2007).

Assim, a investigação disponível sobre a prevalência de CAS negativos na população em análise mostra que (1) há um número considerável de alunos que tem hábitos alimentares pouco salutareos (i.e., consumo excessivo de sal, gordura ou açúcar e deficitário de fibras e omissão da refeição de pequeno-almoço; e.g., Deshpande et al., 2009; Martins, 2009; Miranda, 2015); exhibe uma higiene do sono nociva (i.e., padrões de sono irregulares, dormir poucas horas; e.g., Gomes, Tavares, Pereira, & Azevedo, 2008; Lund, Reider, Whiting, & Prichard, 2010; Steptoe, Peacey, & Wardle, 2006); não pratica exercício físico regularmente (e.g., Bray & Born, 2004; Brandão et al., 2011; Clemente, Nikolaidis, Martins, & Mendes, 2016; Ferreira et al., 2014; Ribeiro & Fernandes, 2010; Seabra, 2007); consome substâncias psicoativas como álcool (destacando-se o padrão de consumo *heavy drinking* ou *binge-drinking*), tabaco ou drogas ilícitas (e.g., Agante, Brito, & Rodrigues, 2010; Dantzer, Wardle, Fuller, Pampalone, & Steptoe, 2006; Peltzer & Pengpid, 2016; Preto, 2003); tem práticas sexuais não protegidas (e.g., A. Oliveira, 2008; Othieno et al., 2015; Randolph, Torres, Gore-Felton, Lloyd, & McGarvey, 2009); não monitoriza a saúde com regularidade e automedica-se (e.g., Fletcher et al., 2007; Ribeiro et al., 2010) e (2) estes comportamentos tendem a ser cognitivamente congruentes com o estilo de vida individual (Geada et al., 1994). O que muitas vezes fica por esclarecer é se este repertório comportamental de risco para a saúde do aluno do ensino superior reflete a continuidade de um estilo de vida anterior ao ingresso naquele nível de ensino ou o início de um novo estilo

⁴⁶ Um estudo longitudinal envolvendo 154 estudantes da Universidade de Aveiro mostrou que a exposição académica se traduzia na manutenção (e.g., sedentarismo) e agravamento (e.g., dislipidemia, sobrepeso, tabagismo) dos fatores de risco para doenças não-transmissíveis (Brandão, Pimentel, & Cardoso, 2011).

de vida (como parecem sugerir os resultados provenientes da comparação do estilo de vida de alunos do ensino secundário e do ensino superior; ver Martinho, 2006), que tende a agravar-se ao longo do percurso universitário (e.g., Brandão et al., 2011; Racette, Deusinger, Strube, Highstein, & Deusinger, 2005).

Como mencionado previamente (ponto 1.2 do presente capítulo), cada um dos CAS tem preditores de natureza biopsicossocial e ambiental. As evidências empíricas parecem atribuir um papel relevante na aquisição de hábitos pouco salutaros aos novos contextos educativos, ecológicos e desenvolvimentais a que um aluno em transição para o ensino superior procura adaptar-se: por exemplo, o aumento do consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, drogas, etc.) ou a percepção de sono insuficiente (ao nível da duração ou da qualidade) podem resultar (1) do stresse induzido pelas múltiplas mudanças (sobretudo pela responsabilidade e autonomia crescentes na vida pessoal e académica) e pelas épocas de avaliação de desempenho⁴⁷ (funcionando aqueles como reguladores emocionais desadaptativos) (e.g., Dusselier, Dunn, Wang, Shelley II, & Whalen, 2005; Steptoe, 2007), bem como (2) da convivialidade com os pares com estilos de vida pouco saudáveis, (3) da frequência de locais de lazer como cafés, bares e discotecas, (4) da diminuição de controlo e influência da família (particularmente expressiva nos alunos deslocados) (Precioso, 2004) e (5) da percepção de invulnerabilidade à doença por parte dos jovens (Fletcher et al., 2007).

Os estudos com esta população-alvo comprovam também a existência de relações complexas e bidirecionais (i.e., de influência mútua) significativas entre o estilo de vida do estudante e os respetivos estado de saúde/doença, bem-estar psicológico ou qualidade de vida. De um modo geral, um estilo de vida saudável (que integre, particularmente, uma dieta prudente, exercício físico regular e abstinência tabágica; Grant et al., 2009; Steptoe, Dockray, & Wardle, 2009) parece associar-se a estados de saúde e a percepções de qualidade de vida / de satisfação com a vida mais positivos, assim como estados positivos de saúde e de bem-estar psicológico (em conjugação com a ausência de indutores de stresse) tendem a reduzir a manifestação de CAS negativos / a aumentar a manifestação de CAS

⁴⁷ As épocas de avaliação de desempenho parecem não só induzir alterações no funcionamento imunológico do estudante (Matalka, Sidki, Abdul-Malik, & Thewaini, 2000) como também afetar os consumos de tabaco e cafeína, aumentando-os (e.g., Cronk et al., 2011), e de álcool, diminuindo-o (e.g., Del Boca, Darkes, Greenbaum, & Goldman, 2004).

positivos para a saúde do estudante (ver, e.g., Geada et al., 1994; Grant et al., 2009; Loureiro et al., 2008; Martinho, 2006; Steptoe & Wardle, 2001; Vaez, Kristenson, & Laflamme, 2004). Em sentido contrário, os estilos de vida que acarretam mudanças sistemáticas ou erráticas de horários e atividades, segundo os dados da cronobiologia, são responsáveis pela dessincronização dos ritmos biológicos, podendo originar degradação do estado de saúde física e mental (decorrente do aparecimento de patologias como a fadiga crónica, as perturbações de humor com irritabilidade, as perturbações gastrointestinais ou as perturbações do sono), acidentes ou redução de desempenho escolar (Silva, 2005).

Por sua vez, embora os resultados dos estudos que relacionam os diversos CAS do estilo vida do estudante do ensino superior com o seu sucesso académico sejam ainda escassos⁴⁸ e muitas vezes inconsistentes (Trockel et al., 2000) ou pouco esclarecedores quanto aos mecanismos de interação (Ruthig et al., 2011), é possível afirmar que, grosso modo, um estilo de vida saudável (que compreenda, em particular, um padrão de sono adequado, a ausência de consumo excessivo de álcool e de tabaco e a prática regular de exercício físico, desde que não contenda com o tempo das atividades académicas) promove (sobretudo através do papel mediador de perceções mais positivas de saúde e bem-estar) a qualidade da adaptação académica (e.g., Costa, 2008) e o rendimento académico (e.g., Allensworth et al., 2017; DeBerard et al., 2004; Elias et al., 2009; Ruthig et al., 2011). Ao invés, o insucesso escolar, associado ou não a problemas menores de saúde mental, aumenta o risco de CAS negativos (como o uso/abuso de substâncias psicoativas ou práticas sexuais não protegidas) e de reduzida qualidade de vida, bem como de comportamentos antissociais, de desvantagens sociais (e.g., exclusão social, desemprego, precariedade) e de perda de capital humano e social (Allensworth et al., 2017; Jané-Llopis & Anderson, 2005).

De todos os CAS do estilo de vida, os que mais captam a atenção e o esforço dos promotores de saúde (sejam eles investigadores ou dirigentes/responsáveis pela educação ou pela saúde pública), no contexto do ensino terciário, são (1) o consumo de álcool e tabaco, seja pela expressividade da prevalência (Pimentel et al., 2013), sobretudo no género feminino (LaBrie et al., 2007), seja pela gravidade das consequências nefastas que

⁴⁸ Em contrapartida, é possível encontrar com relativa abundância estudos que confirmam as relações descritas entre CAS e sucesso académico na população adolescente (parte destes estudos pode ser encontrada no artigo de revisão de Bradley & Greene, 2013).

resultam dos episódios de consumo excessivo de álcool (e.g., como acidentes rodoviários, práticas sexuais desprotegidas, violência, absentismo e insucesso escolar; Hingson et al., 2009; Singleton & Wolfson, 2009); (2) o comportamento sexual, particularmente devido ao risco acrescido de exposição às infeções sexualmente transmissíveis, à gravidez indesejada ou à violência sexual, encontrado nestes jovens (A. Oliveira, 2008; Othieno et al., 2015); (3) a prática de exercício físico, pelo efeito benéfico que tem na promoção do bem-estar físico e psicológico, ou na redução de sintomas de ansiedade e depressão, e consequentemente no desempenho académico (Cruz et al., 2008; Judge et al., 2014; Ruthig et al., 2011); e (4) a higiene do sono, pelas repercussões fortes no sucesso académico (Gaultney, 2010; Gomes et. al, 2008). No ponto seguinte, apontam-se alguns destes esforços, mais concretamente, indicam-se as respostas que as instituições pós-secundárias apresentam na promoção de estilos de vida mais saudáveis, com o objetivo último de melhorar os indicadores de saúde e qualidade de vida, sem descuidar os de sucesso académico, da sua população discente.

2.2. As respostas das instituições de ensino superior ao apelo à promoção da saúde da sua população discente

A promoção da saúde nas instituições de ensino superior não é uma ideia verdadeiramente inovadora: a preocupação com o desenvolvimento integral do estudante remonta aos primórdios destas instituições, enraizadas que estavam na tradição eclesial (Ashton, 1998). A longa existência de serviços de prestação de cuidados primários de saúde em algumas daquelas instituições (os primeiros⁴⁹ datam do início do século XIX e estavam inicialmente focados na gestão clínica da doença; Zimmer et al., 2003) pode ser reflexo dessa inquietação antiga.

No entanto, enquanto conceito e prática inspirados na Carta de Ottawa (ver WHO, 2009), a promoção da saúde no contexto das instituições de ensino terciário desenvolveu-se sobretudo no final do século passado, impulsionada que foi pelo movimento das

⁴⁹ Mais uma vez, à semelhança do que sucedeu com os serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior, as instituições de ensino terciário norte-americanas foram pioneiras na criação de serviços de prestação de cuidados primários aos alunos e restante comunidade do campus (Zimmer et al., 2003). Nas congéneres portuguesas, o aparecimento destes serviços está intrinsecamente ligado à criação/instituição dos Serviços Sociais no Ensino Superior, facto que ocorreu durante o regime do Estado Novo e, mais expressivamente, depois da Revolução de Abril, apesar das primeiras preocupações de natureza social referentes ao ensino superior remontarem ao reinado de D. Dinis e à própria fundação da Universidade (ver Vaz, 2009).

Universidades e Escolas de Ensino Superior Promotoras de Saúde⁵⁰ [UPS] (ver, e.g., Albuquerque, 2012; Dooris, Doherty, Cawood, & Powell, 2012; Lange & Vio, 2006; Tsouros, Dowding, Thompson, & Dooris, 1998; Zimmer et al., 2003). Começam finalmente a alcançar-se consensos alargados sobre o seu propósito (viz., contribuir para as prioridades tradicionais do ensino superior, tais como o recrutamento, a permanência e o desempenho académico dos estudantes, através da melhoria do estado de saúde e do bem-estar individual e comunitário), os seus promotores (um grupo abrangente e diversificado de pessoas, entre elas: elementos dos órgãos governativos das instituições, responsáveis pelo desenho/execução do campus universitário, profissionais dos serviços de prestação de cuidados de saúde e das unidades de apoio psicológico, associações de estudantes, etc.) ou as suas melhores práticas (i.e., aquelas que respeitam e ao mesmo tempo contribuem para a missão e os valores da instituição de educação, recorrem a parcerias multidisciplinares e aos recursos já existentes no campus e na comunidade exterior, são guiadas por argumentos teóricos e evidências científicas sólidas e avaliadas rigorosamente, entre outras características) (ver, e.g., as diretrizes da *American College Health Association* [ACHA], em www.acha.org/, ou da *UK National Healthy Universities Network* [NHUN], em www.healthyuniversities.ac.uk/).

No panorama português da rede de instituições de ensino superior, as iniciativas de promoção da saúde da comunidade discente têm sido desencadeadas por parcerias multidisciplinares, compostas por vários protagonistas (alunos voluntários, investigadores, docentes e técnicos) com formação em diferentes áreas do conhecimento (sobretudo das Ciências da Saúde e das Ciências Sociais e Humanas), a três grandes níveis: ao nível ambiental (compreendendo este serviços, instalações e meio envolvente), ao nível das principais atividades da instituição de ensino (i.e., educação e investigação) e ao nível das atividades de extensão à comunidade (programas e projetos dirigidos à comunidade exterior, dos quais os alunos do ensino superior também podem beneficiar, enquanto parte

⁵⁰As UPS, a par das Escolas Promotoras de Saúde ou dos Locais de Trabalho Promotores de Saúde, constituem exemplos de projetos de ambientes favoráveis à saúde da autoria da OMS, que têm gerado movimentos globais (Gräser, 2010). Desde 1995, ano em que o primeiro projeto desta natureza nasceu (na *University of Central Lancashire*), vários encontros internacionais, donde resultaram importantes documentos como o guia conceitual e prático editado por Tsouros e colaboradores (ver Tsouros et al., 1998) ou a Carta de Edmonton para as Universidades e Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde, tiveram lugar e a dimensão das redes de trabalho nacionais e internacionais não parou de aumentar (para uma revisão dos números e dos projetos existentes, ver Gräser, 2010; Heraud, 2013).

integrante de uma comunidade maior). Eis alguns exemplos.

De entre as **iniciativas da esfera ambiental** sobressaem as que visam a melhoria da qualidade não só das relações entre a instituição e a comunidade académica (e.g., através da proximidade e do apoio oferecido a partir dos serviços sociais, das unidades de apoio aos estudantes, dos provedores dos estudantes, das associações de estudantes, entre outros), mas também do ambiente físico do campus universitário. Esta última é conseguida, por exemplo, através da progressiva oferta (1) de residências universitárias que ostentam condições adequadas de habitabilidade e de estudo (e.g., Residência Universitária Prof. Doutor Lloyd Braga da Universidade do Minho; www.sas.uminho.pt/), podendo algumas delas disponibilizar ainda ajuda sustentada em modelos de apoio de pares (ver, e.g., Ferraz, Pereira, Castanheira, & Taveira, 2012; Pereira et al., 2005), (2) de cantinas/restaurantes universitários que apresentam um leque alargado e acima de tudo nutritivamente equilibrado de pratos e.g., a Universidade de Coimbra [UC] dispõe de 17 unidades alimentares, dispersas pela cidade, com menus diferenciados: mediterrânico, vegetariano, macrobiótico e outros; www.uc.pt/sasuc/), (3) de espaços apropriados para a prática de atividades físicas e desportivas (e.g., o Centro de Desporto da Universidade do Porto – sigarra.up.pt/cdup/pt/web_page.inicial) ou culturais e recreativas (grupos, organismos ou secções culturais das associações de estudantes – e.g., www.aauav.pt, www.aautad.utad.pt, www.academica.pt), (4) de serviços de prestação de cuidados primários de saúde (e.g., os Serviços de Saúde do Instituto Superior Técnico; www.saude.tecnico.ulisboa.pt/) e de grupos de intervenção especializados na promoção da saúde e do bem-estar (e.g., o Grupo de Promoção da Saúde e Bem-estar da Universidade do Porto; gpsuporto.wordpress.com/sobre-o-gps/). E a este propósito, deve ser realçado o papel preponderante dos serviços de ação social no contexto do ensino superior (para uma análise mais exaustiva, ver Castanheira, 2012; Vaz, 2009), seja pelo seu esforço de operacionalização desta oferta de alojamento, unidades alimentares ou de serviços de apoio médico e psicológico a preços reduzidos, seja pelo apoio dado às associações de estudantes, que só assim conseguem dinamizar os seus grupos desportivos e culturais e consequentemente viabilizar uma parte importante da sua missão: promover o desenvolvimento físico, intelectual, cultural e cívico dos estudantes (a título ilustrativo, ver www.academica.pt/).

Quanto às **iniciativas ao nível das principais atividades da instituição de ensino**,

encontram-se os esforços de inclusão de tópicos relacionados com a promoção da saúde (e.g., a disciplina EPSAES⁵¹; Tavares et al., 2006) ou de uma disciplina autónoma de promoção da saúde/educação para a saúde (ver planos curriculares das ofertas formativas das escolas superiores de saúde – e.g., www.ensp.unl.pt, www.esesjd.uevora.pt, www.esevr.pt, www.essv.ipv.pt) nos *curricula* de cursos superiores, pertencentes ou não às Ciências da Saúde.

Ainda no mesmo âmbito, merecem ser mencionados os projetos de investigação que se centram ora na avaliação das necessidades e dos recursos da comunidade académica (sobretudo da população discente) e da instituição de ensino, ora nas (ainda escassas) intervenções que decorrem dessa avaliação inicial e que visam a promoção da saúde física e mental e do bem-estar. Entre outros exemplos, apontam-se os seguintes: (1) o programa “*Stress em Linha*”⁵² (T. Oliveira, 2008) ou o “*Stress e os Cinco Sentidos*”⁵³ (Santos, 2013), que constituem ensaios de resposta a uma das principais queixas do estudante do ensino superior (RESAPES-AP, 2002); (2) o programa de intervenção na qualidade de vida⁵⁴ deste tipo de estudante (Martins, Jesus, & Pacheco, 2008), desenvolvido perante as evidências da intricada relação entre variáveis sociodemográficas, motivacionais, da qualidade e estilo de vida e do sucesso académico (Pacheco, 2008); (3) o programa de educação de sono para estudantes universitários⁵⁵ (Vieira, Gomes, & Marques, 2012) e a

⁵¹ A disciplina EPSAES foi desenvolvida no âmbito de um projeto com o mesmo nome (ver Tavares, 2003) e instituída como disciplina de opção livre na Universidade de Aveiro, com o objetivo geral de proporcionar a reflexão e o desenvolvimento de estratégias autorregulatórias de aprendizagem e de bem-estar no contexto do ensino superior (Tavares et al., 2006). Funcionou durante o primeiro semestre do ano letivo 2004/2005, com uma estrutura de cinco módulos nucleares (dois deles versavam sobre (1) ritmos de sono e vigília e (2) stresse e ansiedade), e alcançou, segundo os seus autores, resultados positivos na sua avaliação (Tavares et al., 2006).

⁵² Implementado no segundo semestre do ano letivo 2006/2007, este programa de oito sessões (90 minutos cada) e de estrutura flexível (assente num modelo colaborativo) procurava promover a aquisição de estratégias de gestão do stresse em contexto académico e alcançou resultados positivos na sua avaliação (T. Oliveira, 2008).

⁵³ À semelhança do anterior, este programa (com seis sessões teórico-práticas e quatro workshops) tinha por objetivo a promoção de atitudes, comportamentos e estilos de vida saudáveis que permitissem ao estudante lidar com o stresse e melhorar a sua capacidade de adaptação ao ensino superior, e alcançou resultados positivos relativamente à utilização de estratégias adaptativas de *coping* (Santos, 2013).

⁵⁴ Programa de intervenção com a duração aproximada de um mês, conduzido através do Portal da Universidade do Algarve, que visava a aquisição de competências relacionadas com a melhoria da qualidade de vida e a utilização de métodos de estudo eficazes e que obteve resultados de eficácia positivos (Martins, Jesus, & Pacheco, 2008).

⁵⁵ Este programa psicoeducativo procurava (1) contribuir para um sono de qualidade, (2) prevenir futuras perturbações de sono e (3) otimizar o bem-estar e desempenho intelectual durante o dia, abordando numa só

Consulta do Sono da Universidade de Aveiro⁵⁶ (Marques & Gomes, 2012), que apareceram na sequência de um estudo de levantamento dos comportamentos de sono mais problemáticos (em termos de duração, qualidade, regularidade e fase de sono) relatados por estudantes universitários (Gomes, 2006).

Relevantes são também os projetos de investigação/investigação-ação com finalidades semelhantes, executados no seio das unidades de apoio ao estudante, tais como: o programa de intervenção no bem-estar do estudante desenvolvido pelo Gabinete do Estudante do Instituto Politécnico do Porto⁵⁷ (Ferreira, Clemente, Rocha, & Almeida, 2008); o programa de prevenção de comportamentos de risco na universidade do Gabinete de Aconselhamento Psicopedagógico dos Serviços de Ação Social da UC⁵⁸ (Pereira et al., 2009); os programas de intervenção em grupo “SexUM” e o “Gere-te” da responsabilidade do Grupo de Promoção da Saúde⁵⁹, afiliado ao Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho (Maia, Elias, Azevedo, Samorinha, & Ferreira, 2010); entre outros.

Por fim, relativamente às **iniciativas de promoção da saúde do âmbito das atividades de extensão à comunidade**, salienta-se a atividade das escolas superiores de

sessão conteúdos (diferentes, dependendo da condição experimental) como: noções básicas sobre o ritmo sono-vigília, identificação das necessidades individuais de sono, estratégias e regras indispensáveis numa adequada higiene de sono, entre outros (Vieira et al., 2012).

⁵⁶ A consulta, que iniciou formalmente a sua atividade em 2012, resulta de um acordo de cooperação entre os Serviços de Ação Social e o Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, com o intuito de oferecer diferentes serviços de psicologia especializados a toda a comunidade académica, num primeiro momento, e a toda a comunidade exterior, numa fase posterior (Marques & Gomes, 2012).

⁵⁷ Este gabinete desenvolveu e aperfeiçoou, durante quase 3 anos, um programa de intervenção fundamentado no modelo de inteligência emocional de Mayer e Salovey (1997, citado por Ferreira et al., 2008), que preconiza uma associação entre a literacia emocional e três indicadores de bem-estar: competência social, saúde física e mental e desempenho académico. Segundo os responsáveis, o programa de 12 horas (repartidas por quatro sessões de 3 horas) contou com a participação de jovens estudantes em atividades intencionalmente dirigidas ao aumento da autoconsciência emocional e do repertório de competências de relacionamento interpessoal e registou resultados de eficácia positivos (Ferreira et al., 2008).

⁵⁸ Programa de intervenção construído com base num modelo de desenvolvimento de competências no jovem adulto, aplicado a uma amostra de 58 estudantes e avaliado de forma positiva, no que respeita à eficácia (grupo experimental registou uma evolução positiva significativa nas competências associadas com a prevenção de comportamentos de risco) e à avaliação global do programa (Pereira et al., 2009).

⁵⁹ Grupo especificamente criado em 2007 para promover a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis junto da comunidade inserida no campus universitário (embora não exclua a comunidade geral) e que tem desencadeado várias ações (para uma análise mais exaustiva, ver Maia et al., 2010) nas quais se incluem os programas de intervenção citados: se o primeiro abordava temáticas como a autoestima, assertividade, aptidão social, autoeficácia, crenças e mitos, contraceção e tolerância e responsabilidade social e teve uma adesão fraca (embora proveitosa para os participantes), o segundo programa incidia sobre a gestão do tempo, a higiene do sono, as apresentações orais e o relaxamento e teve uma adesão mais satisfatória.

enfermagem (instituições com tradição na formação de profissionais de saúde comunitária) e, a título de exemplo, a da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [ESEnfC], pela iniciativa e tenacidade de mobilizar e unir instituições similares num propósito comum: promover saúde nas (e, sobretudo, através das) escolas superiores de Enfermagem⁶⁰. De entre os vários projetos (ver www.esenfc.pt/pt/page/3647?idMenu=224) apontam-se os seguintes exemplos, destinados à população jovem da qual os estudantes do ensino superior fazem parte: o projeto “(O)Usar & Ser Laço Branco”, lançado com o objetivo de prevenir e combater a violência nas relações de intimidade; o projeto “Antes que te Queimes”, desenvolvido com o intuito de reduzir o número de casos de intoxicação alcoólica grave e, com isso, os comportamentos de risco associados ao consumo desregrado, particularmente durante as festas académicas; o grupo “Promoção com/em Saúde na ESEnfC”, movido pela missão de aprofundar e divulgar conhecimento na área da promoção da saúde em contexto escolar, partindo dos resultados da avaliação das necessidades e da intervenção na comunidade estudantil da ESEnfC⁶¹.

Pese embora o mérito destas iniciativas (e de todas as outras que não couberam nesta breve revisão) que, num contexto de fortes constrangimentos financeiros e estruturais, reúnem o conhecimento especializado, a experiência e o entusiasmo de equipas de trabalho determinadas em assumir a responsabilidade social (que cabe às instituições de ensino superior) de viabilizar uma efetiva proteção e promoção da saúde e do bem-estar comunidade do campus, particularmente dos estudantes, elas ainda denotam algumas insuficiências, não constituindo a desejada revolução preconizada pelo movimento global das UPS.

Durante o processo de recolha de dados sobre as iniciativas anteriores, foi possível constatar, primeiramente, a existência de uma grande disparidade interinstitucional: se

⁶⁰ O “PEER-IESS, Instituições de Ensino Superior Salutogénicas” constitui um projeto ambicioso que visa desenvolver referenciais de boas práticas em educação pelos pares e promoção da saúde em contexto comunitário, envolvendo jovens e estudantes do ensino superior de língua oficial portuguesa (Portugal, Angola, Brasil e Cabo Verde). Ancorado num modelo *bottom-up* de pesquisa-ação participativa, este projeto concebe intervenções educativas dialógicas, criativas e culturalmente competentes (lideradas por “grupos sementes”) e mobiliza a população discente das escolas superiores de Enfermagem na criação de contextos salutogénicos. Privilegia o *peer research* e *peer education* enquanto método e valoriza o voluntariado, a participação e a cocriação de conhecimento científico. Alguns resultados deste projeto encontram-se já publicados (ver Pedroso & Brito, 2014).

⁶¹ Outras informações acerca destas iniciativas (como dados gerais, objetivos, planos de atividades, publicações, etc.) podem ser consultadas no endereço do sítio eletrónico indicado.

existem instituições de ensino superior com alguma tradição em ações múltiplas (e visíveis) de promoção da saúde (e.g., melhoria de infraestruturas, realização de campanhas de sensibilização, desenvolvimento de projetos de investigação), outras há que apenas facilitam o acesso dos seus membros a cuidados de saúde (e.g., possibilitando uma redução nos custos com serviços de saúde privados). Depois, mesmo no seio do grupo de instituições mais ativas verificam-se algumas exiguidades, como a *miopia* dos responsáveis máximos das instituições (cujas agendas políticas continuam a privilegiar o desempenho e a produtividade em detrimento da saúde e do bem-estar e, desta forma, a negligenciar o importante contributo destes últimos nos primeiros), a desarticulação entre as várias atividades de promoção da saúde (e entre os promotores das mesmas), o predomínio de práticas assentes numa abordagem tradicional (i.e., centrada num determinado tema, como o tabagismo ou a gestão do stresse, numa população-alvo específica, como os alunos fumadores ou funcionários em risco, e num momento deliberado) e uma tradição fraca na avaliação de resultados. De uma forma sucinta⁶², falta no atual cenário da rede portuguesa de instituições de ensino superior uniformização, articulação, inovação e rigor (nas práticas), bem como liderança e investimento, para que se concretize a transição entre a realização de um conjunto de atividades isoladas de promoção da saúde no contexto do ensino superior e a operacionalização de uma abordagem da promoção da saúde mais ecológica e sistémica⁶³, capaz de revolucionar o ensino superior (e as suas instituições) no seu todo.

Assim, seria importante que as instituições nacionais (públicas e privadas) de ensino superior se familiarizassem com o conceito das UPS e a abordagem holística em que assenta e encontrassem um modelo de aplicação desta abordagem (que respeitasse as

⁶² Uma análise mais detalhada desta matéria já se encontra disponível na literatura (ver Soares, Pereira, & Canavarro, 2015).

⁶³ Como explicitaram Dooris e Doherty (2010), a abordagem da promoção da saúde subjacente às UPS (*whole university approach*) é muito mais do que um conjunto de intervenções na mudança comportamental num determinado contexto ou junto de uma determinada população, procurando incorporar a saúde nas estruturas, nos processos e na cultura desse contexto. Uma instituição de ensino superior promotora de saúde “aspires to create a learning environment and organisational culture that enhances the health, well-being and sustainability of its community and enables people to achieve their full potential” (Dooris, 2010, pp. 2-3) e empenha-se (1) na fomentação de ambientes físicos e sociais (de aprendizagem, trabalho e de vida) saudáveis e sustentáveis, (2) na integração da saúde e do desenvolvimento sustentável, enquanto temas transversais a várias disciplinas, nos currícula, na investigação e na troca de conhecimento, (3) na contribuição para a saúde, bem-estar e sustentabilidade das comunidades (da local à global) e (4) na avaliação do seu trabalho, edificação da evidência de eficácia e partilha de conhecimento (Dooris & Doherty, 2010; Tsouros et al., 1998).

especificidades da realidade portuguesa e simultaneamente não se distanciasse das tendências europeias e globais). Como os processos de mudança são lentos e requerem uma construção coletiva, seria igualmente desejável que estas garantissem (1) a participação alargada de todos os elementos, desde o topo da estrutura do poder (a quem se deveria exigir maior compromisso, liderança e coordenação) até à sua base (de quem se esperaria competência e motivação na execução e avaliação), (2) um plano de trabalhos que compreendesse ações (dirigidas aos regulamentos internos, às infraestruturas, aos aspetos psicossociais, aos planos curriculares, às atividades de formação e desenvolvimento, às linhas de investigação, às relações entre os membros da comunidade académica e entre estes e a comunidade geral, etc.) articuladas, sustentáveis e sensíveis aos resultados dos estudos de “diagnóstico” já realizados, (3) rotinas sólidas de avaliação (com recurso a métodos de avaliação válidos e uniformes) e de divulgação das iniciativas em curso e (4) o espírito de partilha (de conhecimentos e de experiências), de cooperação e de apoio interinstitucionais, no âmbito de uma rede de trabalho coesa e ativa. A propósito das redes de trabalho, e em face do amplo reconhecimento das suas vantagens⁶⁴, seria também relevante que as instituições de ensino superior renovassem o seu interesse e apoio ao desenvolvimento (atualmente mitigado pelas dificuldades de financiamento) da Rede Portuguesa de Universidades Saudáveis ou REPORTUS (cf., e.g., Brandão, 2010; Castanheira & Pereira, 2012) e da sua congénere europeia *European network for Health Promoting Universities* ou *EuroHPU* (www.capfoods.aau.dk/Kindergarten+%26+schools/eurohpu/).

3. Síntese

No início deste capítulo, destinado à reflexão acerca da saúde em geral e no contexto de uma transição normativa do ciclo de vida (a transição para o ensino superior), foram abordadas algumas questões concetuais e de medição importantes, nomeadamente: (1) a

⁶⁴ Vários autores (e.g., Castanheira & Pereira, 2012; Dooris & Doherty, 2010; Gräser, 2010; Tsouros, 1998), argumentam que as redes de trabalho facilitam a troca de informação, investigação e prática relacionadas com a implementação da abordagem das UPS; desenvolvem e promovem modelos de boas práticas (com base na partilha de erros, dificuldades e êxitos) e ferramentas de trabalho orientadoras (e.g., guias conceituais e práticos para implementar um projeto de UPS, a Carta de Edmonton para as Universidades e Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde); advogam e aconselham sobre a abordagem ecológica e sistémica da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável; encorajam o desenvolvimento e a investigação colaborativas; e, de uma forma geral, denotam força e credibilidade essenciais ao seu papel de lóbi e à obtenção de fontes alternativas de financiamento.

utilização massiva do termo saúde não lhe confere um significado universal ou estático; (2) o conceito é fortemente influenciado pelo contexto histórico e cultural, científico e filosófico, social e pessoal; (3) a definição da OMS, apesar de ter mais de sete décadas de existência e ser alvo de muitas críticas, constitui uma referência histórica do novo modo (independente, positivo e mais holístico) de conceber saúde; (4) é aceitável afirmar que a saúde é um estado dinâmico de bem-estar físico, mental, emocional/afetivo, social e espiritual, que permite ao ser humano responder adaptativamente às exigências da mudança de uma vida em constante interação com os outros, com o ambiente e com o cosmos; (5) os termos qualidade de vida e estado de saúde são utilizados frequentemente de forma sobreposta, apesar de serem construtos substancialmente diferentes: o primeiro conceito é muito mais abrangente do que o segundo, agregando aspetos (como ambiente seguro, habitação adequada, renda e liberdades garantidas) que não são considerados na avaliação do estado de saúde, ainda que possam afetá-lo; (6) os instrumentos de avaliação disponíveis para medir estes dois conceitos acusam os estreitos laços de parentesco que os unem e, todavia, a necessidade de manter os esforços de clarificação e de utilização de instrumentos diferentes na avaliação dos mesmos.

Considerada uma tarefa prévia fundamental no desenvolvimento de métodos eficazes de promoção da saúde, procedeu-se posteriormente à identificação e análise da complexa rede de determinantes (e.g., património genético, CAS do estilo de vida, nível socioeconómico, qualidade do meio ambiente) da saúde individual e das populações, tendo sido dada particular atenção aos fatores comportamentais (ou, mais especificamente, às questões conceituais, de medição e etiológicas dos CAS). Neste processo reconheceu-se que os determinantes de natureza ambiental e social foram, durante muito tempo, propositadamente negligenciados relativamente aos determinantes individuais e que a excessiva focalização nas mudanças comportamentais precipitou, na última década de 70, um problema de ordem ética conhecido por *victim-blaming*. Admitiu-se ainda que, sem negligenciar os factos anteriores, a presente investigação deu particular atenção aos determinantes comportamentais da saúde (pela sua contribuição na mortalidade dos países desenvolvidos e por serem modificáveis) e aos antecedentes sociocognitivos dos comportamentos (pelo facto de constituírem alvos úteis nas intervenções de promoção da saúde centradas na adoção/manutenção de estilos de vida mais saudáveis).

E, neste sentido, partiu-se para uma breve revisão dos principais conceitos e das suas

relações, das aplicações e dos pontos fortes/críticos dos modelos de cognição social, tradicionalmente divididos em modelos contínuos (assumem que a adoção de um comportamento constitui um processo contínuo, durante o qual os seus determinantes cognitivos permanecem constantes) e modelos de estádios (recorrem a conceitos similares, organizados numa estrutura diferente, e advogam uma sequência ordenada de etapas categoricamente diferentes na adoção de um comportamento). Na exemplificação dos primeiros anunciaram-se o MCS de Rosenstock, a TMP de Rogers, a TSc de Bandura e a TCP de Ajzen. O MTM de Prochaska, o MPAP de Weinstein e a APAS de Schwarzer foram apresentados como exemplos proeminentes dos modelos de estádios. No final desta revisão, concluiu-se que este corpo de conhecimento beneficiaria de um número mais pequeno de modelos, de maior clarificação concetual e standardização das medidas e de testes de validação dos modelos mais robustos, embora constitua um ponto de partida útil numa investigação ou numa intervenção que vise a mudança comportamental no estilo de vida das pessoas, no âmbito da promoção da saúde.

Por último, prosseguiu-se com a reflexão sobre o tema saúde, desta vez de uma forma mais contextualizada. Depois de se explicitar a importância da abordagem desenvolvimentista e ecológica da promoção da saúde, discutiram-se alguns dos estudos sobre o estilo de vida do jovem-adulto no contexto da sua incursão pelo ensino superior e as suas repercussões, não só ao nível de variáveis da área da saúde (estado de saúde, bem-estar, qualidade de vida), como ao nível do sucesso académico (adaptação e rendimento académicos). Constatou-se que, apesar da maioria dos jovens-adultos do ensino superior não apresentar CAS negativos no seu estilo de vida e emitir sinais positivos na avaliação da sua saúde e do seu sucesso académico, há CAS negativos (e.g., consumo de álcool e tabaco, comportamento sexual de risco) que continuam a ser alvo de preocupação, quer pela expressividade da sua prevalência nesta população, quer pela severidade das potenciais consequências, nas várias esferas da vida do indivíduo (pessoal, interpessoal, escolar/profissional), bem como pelo consumo de recursos que daí pode resultar. Finalmente, exemplificaram-se importantes iniciativas (ao nível ambiental, das atividades de educação e investigação e também das atividades de extensão à comunidade) que as instituições portuguesas de ensino superior têm conseguido desenvolver com o objetivo de viabilizar uma efetiva proteção e promoção da saúde e do bem-estar dos estudantes (e, em última análise, do seu sucesso académico) e assinalaram-se algumas sugestões para

ultrapassar as insuficiências das atuais práticas (à luz do movimento global das UPS).

O derradeiro capítulo desta primeira parte incidirá sobre questões importantes que devem fundamentar qualquer iniciativa de promoção da saúde no contexto do ensino superior, particularmente as intervenções de mudança comportamental dirigidas à comunidade discente.

Capítulo III

Da reflexão à ação

1. Promovendo saúde no ensino superior: os princípios orientadores da prática

Conforme indicado anteriormente, a promoção da saúde no contexto das instituições de ensino terciário têm conhecido enormes progressos no sentido da uniformização (de objetivos, atores, população-alvo, estratégias) e da qualidade (das práticas). Neste processo, algumas entidades internacionais como a ACHA ou a NHUN, depois de uma fase inicial de levantamento das práticas (e.g., Zimmer et al., 2003) ou de boas práticas (e.g., ver estudos de caso em Tsouros et al., 1998) realizadas no espaço das respectivas nações, emitiram várias recomendações sobre o desenvolvimento e a operacionalização do que se entende por efetiva promoção da saúde no contexto das instituições pós-secundárias.

A edição mais recente dos princípios que guiam os padrões de prática da promoção da saúde no ensino superior, publicada pela ACHA (2012), compreende os seguintes princípios:

- A saúde é também a capacidade de indivíduos e comunidades alcançarem o seu potencial (princípio que está em harmonia com a Carta de Ottawa; ver WHO, 2009);
- O propósito da promoção da saúde no ensino superior é apoiar o sucesso académico do estudante (o sucesso é alcançado através da criação de ambientes, nos seus aspetos físico e social, de suporte à saúde e as iniciativas de promoção da saúde devem estar alinhadas com os valores e a missão da instituição de ensino);
- As instituições de ensino superior são comunidades (e, portanto, a abordagem socioecológica, capaz de trabalhar as questões da saúde sobre as inter-relações e as interdependências existentes entre os seus membros e sistemas contextuais, deve ser favorecida);
- Os promotores da saúde no ensino superior trabalham sobretudo para prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde ao nível pessoal e comunitário, ao mesmo tempo que procuram melhorar a saúde e a segurança do indivíduo, do

grupo e da instituição (devendo as iniciativas dirigidas à comunidade do campus ser privilegiadas);

- A promoção da saúde no ensino superior é uma prática colaborativa, rigorosa e inclusiva (i.e., requer um envolvimento e uma colaboração interdisciplinar, um desenho teórico e empiricamente fundamentado e uma avaliação rigorosa e é sensível às necessidades e preferências de uma população diversa e em constante mudança).

Os princípios difundidos pela NHUN refletem os valores que caracterizam o ensino superior e a saúde pública atual (Dooris, 2010; Tsouros et al., 1998), não sendo muito diferentes dos relatados acima:

- Saúde como um todo (a promoção da saúde no ensino superior baseia-se num entendimento holístico, positivo/salutogênico e socioecológico de saúde);
- Participação e empoderamento (a participação e a capacitação de todos os membros da comunidade do campus devem ser estimuladas);
- Igualdade e diversidade (a prática de promoção da saúde é sensível às diferenças e, simultaneamente, dotada de equidade);
- Sustentabilidade (o impacto das políticas e das práticas nas pessoas e no meio ambiente deve ser cuidadosamente considerado);
- Cooperação (o sucesso das iniciativas de promoção da saúde depende consideravelmente da imaginação e suporte provenientes das parcerias interdisciplinares, interdepartamentais e interinstitucionais);
- Práticas inovadoras baseadas em evidências (o desenho e a implementação das iniciativas devem ser suportadas pela eficácia demonstrada e sujeitos a avaliação);
- Avaliação, aprendizagem e troca de conhecimentos (a avaliação das iniciativas de promoção da saúde no contexto do ensino superior são imprescindíveis ao desenvolvimento profissional e do próprio campo de investigação/ação).

Em ambos os casos, o princípio da prática baseada na teoria e na evidência emerge do conjunto de forma mais ou menos explícita. O cumprimento deste princípio impõe a execução de várias etapas, desde a revisão da literatura (sobre o racional teórico que

sustenta a intervenção, os modelos de planeamento e de avaliação de intervenções, os estudos de eficácia das iniciativas de promoção da saúde, a opinião e a experiência de membros da comunidade e de promotores, etc.; Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011), passando pelo desenho e a implementação (guiados pela revisão anterior e pela avaliação das necessidades) da iniciativa, até à avaliação (com recurso a métodos válidos) e divulgação dos seus resultados (ACHA, 2012).

Uma das configurações da prática de promoção da saúde mais difundidas é a intervenção por programas, consistindo esta num “conjunto específico de ações humanas e de recursos materiais desenhados e aplicados organizadamente numa determinada realidade social, com o propósito de resolver algum problema ou otimizar algum aspeto referente a uma pessoa ou a um conjunto de pessoas” (Viguer, 2004, p. 175). Apesar de vantajosos (e.g., centram-se nas necessidades dos destinatários, estruturam-se com base em objetivos passíveis de serem monitorizados, otimizam os recursos humanos e materiais disponíveis, etc.; Rojo, 2002), os programas de intervenção podem exigir recursos (e.g., tempo, financiamento, assessoria/supervisão, envolvimento) que dificultam/impossibilitam a sua utilização. As linhas que se seguem documentam um modelo de planeamento de programas de intervenção, considerado de grande utilidade na promoção de estilos de vida mais saudáveis.

2. Promovendo saúde no ensino superior: o planeamento de uma intervenção de mudança comportamental

Por diversas vezes foi mencionado que a efetiva promoção da saúde depende do entendimento que se tem acerca dos determinantes da saúde (incluindo o comportamento) que precisam de ser modificados (e, para tal, dos processos causais e regulatórios subjacentes a esses determinantes) e, posteriormente, de uma intervenção efetiva para que a mudança ocorra. Na maior parte dos casos, um planeamento detalhado e fundamentado é essencial para evitar iniciativas falhadas (Abraham, Kok, Schaalma, & Luszczyncha, 2011).

Bartholomew e diversos colaboradores têm desenvolvido e publicado (o livro *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* já conta com

várias edições⁶⁵; Bartholomew et al., 2011) um modelo/protocolo sofisticado para ajudar os promotores de saúde no desenho, implementação e avaliação de programas de promoção da saúde baseados na teoria e na evidência (Abraham, 2010): o *intervention mapping* ou mapeamento da intervenção⁶⁶ [MdI]. Este excelente guia propõe seis etapas (preferencialmente interativas, em vez de lineares, e cumulativas) no processo de planejamento, que compreendem várias tarefas das quais resultam produtos orientadores das etapas seguintes (Bartholomew et al., 2011). Estas etapas podem ser resumidamente descritas da seguinte forma (para outros pormenores, ver Bartholomew et al., 2011):

- A avaliação das necessidades é a etapa que antecede o planejamento da intervenção e durante a qual se procura, por um lado, avaliar a presença de um problema de saúde ou de CAS (ou de outros determinantes) potencialmente negativos para a saúde e a qualidade de vida de um determinado grupo, bem como os seus antecedentes (individuais, sociais, ambientais), e por outro, conciliar as necessidades avaliadas com os recursos da comunidade e com o desenho do programa, especificando os alvos da intervenção;
- Na etapa do estabelecimento de objetivos de mudança é necessário especificar com precisão as mudanças (comportamentais e ambientais) que a intervenção pretende induzir (e.g., em quem? no quê?) e identificar os determinantes mais proeminentes potencialmente modificáveis (e.g., percepção de risco, autoeficácia percebida, qualidade das instalações, valores e princípios institucionais);
- Segue-se a identificação e seleção do(s) método(s) de intervenção (resultantes dos postulados teóricos e da evidência empírica acerca dos fatores e processos que regulam/modificam o comportamento de indivíduos, grupos ou estruturas sociais) e das técnicas de mudança efetiva (perspetivadas como uma forma de organizar, operacionalizar e distribuir os métodos de intervenção de um programa), em função dos objetivos de mudança estabelecidos;
- A etapa da conceção do programa (ou, como prefere Abraham, 2010, da tradução do desenho teórico anterior num plano prático) implica a produção ou

⁶⁵ A edição mais recente data de 2016 e introduz pequenas alterações (e.g., a designação da primeira etapa mudou para desenvolvimento de um modelo lógico do problema) às edições anteriores, nas quais se baseou o presente trabalho.

⁶⁶ De acordo com Abraham et al. (2011) o MdI incorpora muitos dos elementos de um outro modelo amplamente utilizado no planejamento de iniciativas de promoção da saúde: o modelo de oito etapas PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005, citado por Abraham et al., 2011).

revisão/adaptação de materiais e protocolos através dos quais se implementarão as técnicas anteriores no contexto e na população alvos da intervenção, sendo importante consultar potenciais colaboradores e destinatários (e.g., sobre a atratividade dos materiais) e testar previamente os materiais e protocolos (para avaliar o efeito, se algum existir, num pequeno grupo representativo dos participantes);

- Ultimados os detalhes do programa, transita-se para a elaboração detalhada de um plano de adoção e implementação, sendo crucial para garantir que os colaboradores (sejam eles diretores, técnicos, professores, familiares, pares, etc.) se sentem devidamente esclarecidos (do seu papel e das suas funções) e fortemente motivados;

- Por fim, a etapa da planificação da avaliação compreende a preparação de um conjunto de perguntas relacionadas com o estudo do efeito da intervenção (e.g., quês mudanças ocorreram? quem mudou?) e a análise do seu processo (e.g., os métodos e as técnicas foram adequados? os promotores/colaboradores foram competentes na implementação do plano?) e a especificação de medidas e instrumentos de avaliação devidamente adaptados e validados necessários para encontrar as respostas.

O MdI tem subjacente a abordagem socioecológica, que considera todos os determinantes (individuais, sociais e ambientais) da saúde e dos CAS e reconhece a possibilidade de ser necessário intervir a vários níveis (individual, comunitário, nacional ou internacional) para mudar processos/mecanismos que mantêm estilos de vida menos saudáveis (Abraham et al., 2016), e apela à participação dos membros da comunidade em todas as etapas do processo, entendidos não só como uma fonte importante de informação local (e.g., sobre as principais preocupações da população-alvo ou os resultados de intervenções prévias), mas também de conhecimento e competências, que podem ajudar a aumentar a validade externa da intervenção (Bartholomew et al., 2011). Enquanto algumas intervenções de mudança comportamental podem focar-se exclusivamente na mudança legislativa (e.g., proibição de fumar em locais públicos), em dotar a comunidade de mais recursos (e.g., distribuição de vouchers que tornam os alimentos saudáveis mais acessíveis) ou na alteração da política institucional (e.g., facilitar a utilização da bicicleta como meio

de transporte), a maioria inclui técnicas seleccionadas para modificar os antecedentes sociocognitivos (da fase motivacional ou da fase volitiva) dos comportamentos (Abraham et al., 2016), abordados de forma mais detalhada no ponto 1.3 do segundo capítulo. Alguns exemplos de técnicas de mudança comportamental são apresentados de seguida.

2.1. As técnicas de mudança comportamental

Um conjunto relativamente vasto de técnicas de mudança comportamental (o ingrediente activo das intervenções; Michie et al., 2013) está disponível na literatura, facilitando uma das tarefas mais importantes da terceira etapa do MDI: a revisão e seleção das técnicas que têm maior probabilidade de ser eficientes na promoção de um determinado comportamento num conjunto específico de pessoas (destinatários da intervenção). Uma lista de técnicas distintas foi fidedignamente identificada a partir de uma série de intervenções de mudança comportamental, tendo sido apresentada por Abraham e Michie (2008) e ampliada por Abraham et al. (2011) e, posteriormente, por Michie et al. (2013)⁶⁷.

Na ilustração 3.1 encontram-se algumas destas técnicas (para uma lista mais completa, ainda que não exaustiva, ver Abraham et al., 2011, pp. 99-102), agrupadas segundo o alvo de mudança (e.g., atitudes, perceção de risco, motivação, autorregulação, competências sociais) e acompanhadas de uma breve descrição.

Técnicas idealizadas para...

...mudar atitudes	<p>Facultar informação sobre consequências materiais: Fornecer informação a respeito do que poderá acontecer se a pessoa executar o comportamento, incluindo os benefícios e custos (ou consequências negativas) da ação ou inação que, por sua vez, devem compreender a severidade percebida dos sintomas.</p> <p>Facultar informação sobre consequências emocionais: Dar informação acerca do que a pessoa poderá sentir se desempenhar ou não o comportamento, incluindo a satisfação e a antecipação do arrependimento.</p> <p>Induzir dissonância cognitiva: Gerar desconforto pela constatação da discrepância entre o comportamento comportamento (presente ou passado) da pessoa e as representações que tem de si ou dos seus valores. Dependendo do contraste criado, na resolução desta discrepância a pessoa pode avaliar mais ou menos favoravelmente o seu comportamento.</p>
-------------------	--

(cont.)

⁶⁷ A proposta mais recente, *BCT taxonomy v1*, é uma extensa (ainda que inacabada) taxonomia de 93 técnicas de mudança comportamental distintas, consensualmente acordadas, agrupadas em 16 categorias (e.g., antecedentes, associações, objetivos e planeamento, regulação, suporte social, etc.) (Michie et al., 2013).

(cont.)

...mudar percepção de risco	<p>Facultar informação sobre a suscetibilidade pessoal às consequências negativas: Personalizar a informação sobre as consequências negativas do comportamento a mudar, recorrendo à segunda pessoa gramatical (<i>tu, a senhora/o senhor, vós</i>) como na expressão <i>tu estás em risco</i>.</p> <p>Impelir a avaliação do próprio risco: Desafiar os participantes a avaliarem a sua vulnerabilidade e a severidade das consequências de um determinado comportamento de risco.</p>
... estabelecer objetivos e melhorar motivação	<p>Impelir a formação da intenção / de objetivos gerais: Encorajar a pessoa a edificar um objetivo geral ou uma resolução comportamental (e.g., na próxima semana, começo a exercitar-me mais).</p> <p>Impelir o planeamento / o estabelecimento de objetivos específicos: Induzir o planeamento detalhado do que a pessoa pretende fazer (e.g., frequência, intensidade, duração) e do contexto em que decorrerá (e.g., onde, quando, como, com quem).</p> <p>Impelir a identificação de barreiras / a resolução de problemas: Incentivar os participantes a antecipar barreiras (e.g., objetivos concorrentes ou falta de recursos) e a planear formas de as ultrapassar.</p> <p>Acordar um contrato comportamental: Estabelecer um acordo escrito sobre a resolução comportamental entre os participantes e terceiros (e.g., promotor da iniciativa).</p>
...melhorar a autoeficácia e a autorregulação	<p>Facultar instruções: Dizer aos participantes como desempenhar um comportamento ou comportamentos preparatórios.</p> <p>Modelar / Demonstrar o comportamento: Exibir o desempenho correto do comportamento desejado e a possibilidade de este ser reforçado positivamente (e.g., demonstração ao vivo ou através de um vídeo).</p> <p>Impelir o ensaio imagético do desempenho bem-sucedido: Conduzir os participantes a imaginarem-se a desempenhar progressivamente o comportamento corretamente em contextos relevantes.</p> <p>Argumentar para reforçar a autoeficácia: Expressar à pessoa que esta pode ser bem-sucedida no desempenho do comportamento, argumentando contra as suas dúvidas e afirmando garantias de sucesso.</p> <p>Desenvolver a reatribuição (adaptativa): Ajudar a pessoa a reinterpretar o insucesso e o sucesso (prévio) ao nível da atribuição causal.</p> <p>Impelir a prática: Estimular o ensaio ou a repetição do comportamento ou de comportamentos preparatórios numerosas vezes (no contexto de um grupo de trabalho e/ou como trabalho de casa).</p> <p>Estabelecer tarefas graduais: Estimular o planeamento de uma sequência lógica (ou de dificuldade crescente) de tarefas/ações que possibilitem (ao participante) a construção de <i>pequenos sucessos</i> na direção da sua resolução comportamental.</p> <p>Estimular a automonitorização do comportamento: Pedir aos participantes para manterem um registo de determinado comportamento (e.g. sob a forma de diário ou completando um questionário).</p> <p>Facultar feedback sobre o desempenho: Apreciar um comportamento registado ou observado (por comparação com determinados padrões estabelecidos pelo sujeito ou com o comportamento dos outros).</p>

(cont.)

(cont.)

<p>...estabelecer CAS recorrendo ao reforço positivo</p>	<p>Facultar encorajamento geral: Elogiar ou recompensar os participantes pelo esforço ou pelo desempenho, ainda que de modo não contingente ao desempenho de um determinado comportamento.</p> <p>Facultar reforço contingente: Elogiar ou recompensar os participantes apenas quando desempenham uma ação ou um conjunto de ações específicas.</p> <p>Estimular o discurso interno: Encorajar os participantes a falar (audível ou silenciosamente) para si mesmos antes ou durante o comportamento planeado de modo a instigar e apoiar a ação.</p> <p>Impelir a generalização: Uma vez executado o comportamento planeado numa situação particular, a pessoa deve ser encorajada ou ajudada a experimentar o mesmo noutras circunstâncias.</p>
<p>...estabelecer CAS recorrendo a estímulos ambientais</p>	<p>Ensinar a usar estímulos / pistas ambientais: Ensinar os participantes a identificar estímulos ambientais (e.g., horários, elementos do contexto) que podem ser usados para os lembrar de executar o comportamento desejado.</p> <p>Facultar estímulos / pistas depois da intervenção: Contactar os participantes (e.g., enviando carta/email, telefonando, visitando pessoalmente, marcando encontro) algum tempo depois da intervenção terminar.</p>
<p>...mudar estados emocionais na prontidão para agir</p>	<p>Apelar à excitação provocada pelo medo: Apresentação de informação que saliente os resultados negativos do comportamento de risco (e.g., doenças severas, morte) recorrendo à expressão verbal de ameaças e/ou imagens emotivas. Estas mensagens de apelo ao medo têm por objetivo estimular a ação no sentido pretendido.</p> <p>Promover a imaginação guiada na alteração do humor: Ensinar a pessoa a recorrer a imagens positivas (e.g., de cenários, emoções, concretizações) para aumentar o humor positivo e a confiança na iminência da ação.</p>
<p>... melhorar competências sociais</p>	<p>Instruir para resistir à pressão social: Envolve não só a identificação das pressões sociais (e das suas fontes) para o envolvimento em comportamentos de risco, como também a construção de competências e estratégias que devem ser usadas na resposta às pressões identificadas.</p> <p>Treinar a assertividade: Ensinar as pessoas a expressar honestamente as suas necessidades e os seus desejos de forma não agressiva, ainda que confiante.</p> <p>Treinar as competências de negociação: Ensinar as pessoas a perceber a perspetiva do outro e a procurar um acordo que permita às pessoas com necessidades / desejos conflituosos encontrar soluções que otimizam a concretização das pretensões de todos os envolvidos.</p>

Ilustração 3.1. Exemplos de técnicas de mudança comportamental agrupadas segundo o alvo de mudança. Adaptado de “Health Promotion”, por C. Abraham, G. Kok, H. Schaalma, e A. Luszczynska, em *IAAP Handbook of Applied Psychology* (pp.81-111), por P. Martin et al. (Eds.), 2011, Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Facilmente se percebe que uma boa parte destas técnicas deriva dos vários modelos de cognição social oportunamente apresentados (ver ponto 1.3 do segundo capítulo) ou, como antepõe Abraham et al. (2016), dos processos/mecanismos de mudança especificados por esses modelos e teorias. Outras (e.g., recurso ao reforço positivo, utilização de pistas ambientais; estabelecimento de objetivos, automonitorização) procedem dos princípios do condicionamento operante de Skinner (1938, citado por Abraham et al., 2016) ou da autorregulação (ver, e.g., Maes & Karoly, 2005).

Esta (proposta de) taxonomia, à semelhança de outras publicadas, revela-se de grande utilidade para o promotor da saúde: uma vez identificados os determinantes psicológicos do comportamento que deverão ser alvo da mudança, o promotor poderá focar-se na técnica ou no conjunto de técnicas correspondentes (Abraham et al., 2011).

Algumas abordagens standardizadas para o desenho da intervenção, como a entrevista motivacional (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 2009; Rollnick & Miller, 1995) ou a prevenção da recaída (Marlatt & Donovan, 2008; Marlatt & Gordon, 1985), ou alguns objetivos de intervenção, como a redução do stresse ou a melhoria da gestão do tempo, requerem a aplicação de uma combinação de técnicas de mudança comportamental (Abraham et al., 2011).

Apesar de ainda não ser possível especificar o quão eficaz é cada uma das técnicas (na promoção de um comportamento particular numa população específica), há no entanto estudos meta-analíticos (e.g., a meta-regressão de Michie, Abraham, Whittington, McAteer, & Gupta, 2009; a meta-análise de Webb & Sheeran, 2006; a meta-análise de Williams & French, 2011) que fornecem algumas pistas sobre a potencial eficácia de uma determinada técnica. Assim, por exemplo, na revisão sistemática de intervenções desenhadas para promover exercício físico e/ou uma alimentação saudável de Michie et. al (2009) averiguou-se que as intervenções que incluíam a técnica de automonitorização do comportamento e, pelo menos, uma destas quatro técnicas – impelir a formação da intenção ou o estabelecimento de objetivos, estimular a especificação de planos de ação, facultar feedback sobre o desempenho e rever objetivos anteriormente estabelecidos, em função da sua eficácia – eram em média duas vezes mais eficazes que as intervenções que não integravam estas técnicas.

A acumulação de evidência sobre a eficácia as técnicas de mudança comportamental, bem como a sua relativa parcimónia (que as torna intuitivas) e o seu baixo custo de

execução, parecem estar a captar a atenção dos promotores da saúde, que cada vez mais recorrem a estas técnicas nas suas intervenções (Abraham et al., 2011). A aferição da eficácia desta componente observável, replicável e irredutível da intervenção (Michie et al., 2013) é apenas um (ainda que importante) entre vários aspetos a ter em consideração na avaliação das intervenções, como se perceberá de seguida.

2.2. A avaliação da intervenção

A avaliação é uma profissão e uma disciplina relativamente recentes, ainda que uma prática antiga (para uma retrospectiva, desde as primeiras formas de avaliação formal até às novas tendências da atualidade, sem esquecer o período em que a avaliação se transformou numa profissão, ver Fitzpatrick, Sanders, & Worthen, 2011), dotada de uma gíria (e.g., avaliando, avaliador, avaliação, partes interessadas⁶⁸) e de uma vida (na medida em que esta prática institucionalizada se tornou mais frequente e universal) próprias (Mathison, 2005).

Segundo as palavras esclarecedoras de Trochim (1998, p. 248, citado por Mertens & Wilson, 2012), a avaliação:

(...) is a profession that uses formal methodologies to provide useful empirical evidence about public entities (such as programs, products, performance) in decision-making contexts that are inherently political and involve multiple often conflicting stakeholders, where resources are seldom sufficient, and where time-pressures are salient.

Com efeito, só a avaliação de uma intervenção permite aferir se esta produziu o efeito pretendido (ou outras consequências indesejadas: e.g., intervenção que se revelou onerosa ou perturbadora, do ponto de vista dos participantes), se algum dos seus aspetos pode ser melhorado (ou se existem alternativas melhores), se é pertinente e sustentável – numa só palavra, se tem valor/mérito – não só na perspetiva do avaliador, como de todas as partes interessadas (Fitzpatrick et al., 2011; Mertens & Wilson, 2012). E, apesar de ser

⁶⁸ Estes, e outros termos importantes da área, podem ser encontrados em *Encyclopedia of Evaluation* (Mathison, 2005): avaliando ou objeto da avaliação (e.g., pessoa, produto, ideia, desempenho, instituição); avaliador ou pessoa que conduz a avaliação pode ser interno ou externo, em função da sua ligação ao objeto avaliado (e.g., um avaliador interno de um programa participou também no seu desenho ou na sua implementação); avaliação formativa ou sumativa, consoante é conduzida durante o desenvolvimento / a implementação de um programa/produto (foca-se sobretudo nos processos) ou após o desfecho deste (foca-se particularmente nos resultados); partes interessadas representam todos aqueles que participam ou têm um particular interesse no objeto avaliado (e.g., patrocinadores, gestores, promotores, destinatários).

habitualmente anunciada como a última etapa de uma intervenção, o processo de avaliação emerge ao longo de todas as fases dessa mesma intervenção, devendo por isto ser planeado à medida que se desenha a iniciativa (Bartholomew et al., 2011; Rojo, 2002).

Existem várias abordagens (abordagens orientadas para o consumidor, o programa, a decisão ou para os participantes, de acordo com a mais recente categorização de Fitzpatrick et al., 2011) e modelos (e.g., modelo de avaliação da discrepância de Provus, modelos lógicos, modelo de avaliação da Universidade da Califórnia em Los Angeles de Alkin; ver Fitzpatrick et al., 2011; Mertens & Wilson, 2012) de avaliação de intervenções à disposição dos avaliadores (que optam amiúde pela combinação de diferentes abordagens numa perspetiva de avaliação mais eclética; Fitzpatrick et al., 2011). Não sendo a descrição das abordagens e dos modelos de avaliação de intervenções uma prioridade no âmbito deste trabalho, é oportuno mencionar um clássico muito referido na literatura da especialidade: a proposta CIPP (acrónimo de *context, input, process* e *product*), que foi desenvolvida no final da última década de 60, por Stufflebeam (Stufflebeam, 2007; Stufflebeam & Zhang, 2017), para ajudar os administradores a tomar decisões informadas em contextos educativos (Fitzpatrick et al., 2011).

É, portanto, um modelo que tem subjacente a noção de avaliação enquanto prática de aferição e de relato do valor, da utilidade (na resposta à necessidade dos participantes/beneficiários), da segurança, da probidade (i.e., da exatidão com que a estratégia planeada é implementada), da viabilidade, do alcance (i.e., da importância além contexto e prazo), entre outros, do objeto avaliado (e.g., programa de intervenção), bem como de lições aprendidas (uma vez que *“model’s main theme is that evaluation’s most important purpose is not to prove, but to improve”*), e propõe a avaliação isolada ou conjunta dos quatro (ou sete, quando incluídas subdivisões) elementos que estão na origem do acrónimo CIPP (Stufflebeam, 2007, p. 2). Assim e de um modo geral, estas quatro componentes da avaliação procuram saber, respetivamente, o que é necessário fazer (e.g., delimitação do contexto, identificação das necessidades dos beneficiários e de oportunidades relevantes para atender às necessidades, averiguação da pertinência dos objetivos da intervenção), como deve ser feito (e.g., identificação das estratégias e dos desenhos de procedimentos potencialmente capazes de alcançar os resultados desejados, análise crítica de abordagens alternativas em competição e seleção da mais relevante), se

está a ser feito (e.g., análise da qualidade de implementação do plano prático de intervenção, através da monitorização, documentação e apreciação das suas atividades) e se o feito foi bem-sucedido (e.g., aferição dos efeitos da intervenção, a partir da análise dos resultados obtidos) (Fitzpatrick et al., 2011; Mertens & Wilson, 2012; Stufflebeam, 2007).

Na operacionalização da versão mais recente deste modelo, a avaliação do produto é subdividida em outras quatro componentes – impacto⁶⁹, eficácia⁷⁰, sustentabilidade e *transferibilidade* – na tentativa de perceber, respetivamente, se foram alcançados os destinatários corretos, se as necessidades destes foram satisfeitas (e.g., aferição do intervalo, da qualidade e do alcance dos resultados), se os ganhos são sustentáveis (e.g., revisão dos dados sobre eficácia, custos e necessidades para ajuizar sobre a possibilidade e pertinência de prorrogar a intervenção) e se os mecanismos que produziram os ganhos podem ser adaptados a outros contextos (ver Stufflebeam, 2007; Stufflebeam & Zhang, 2017).

O avaliador dispõe hoje de uma grande variedade de desenhos de avaliação (e.g., quantitativos, qualitativos, mistos), com as respetivas técnicas de recolha (e.g., análise documental, inquérito, grupo de discussão/*focus group*, portefólio, observação) e de análise de dados (e.g., análise estatística, análise de conteúdo, análise de custo-benefício), sendo alguns mais adequados do que outros, em função da(s) componente(s) em apreciação (ver a proposta de Rojo, 2002, p. 214).

A avaliação do produto (resultados) de uma intervenção implica normalmente a comparação das medidas, recolhidas antes e depois da intervenção, dos diferentes grupos (e.g., grupo experimental vs. grupo controlo; grupo experimental, condição 1 vs. grupo experimental, condição 2). É desejado que as medidas pré-intervenção dos respetivos grupos não difiram entre si (idealmente através de uma estratégia de randomização) e que, na pós-intervenção, os grupos em comparação apresentem as diferenças colocadas em hipótese. A este propósito, Abraham (2010) esclarece que a credibilidade das estimativas

⁶⁹ Para outros autores (e.g., Jardim, 2007; Rojo, 2002), a avaliação do impacto de uma intervenção procura determinar as mudanças ocorridas (para lá dos limites estabelecidos na própria intervenção) nos participantes, quando inseridos no seu contexto de referência.

⁷⁰ Nem sempre rigorosamente utilizado, o conceito de eficácia (medida da capacidade de uma intervenção produzir os resultados planeados) distingue-se do de eficiência (medida da conversão de recursos – e.g., fundos, conhecimento, tempo – em resultados) (Jardim, 2007; Mathison, 2005).

de eficácia de uma intervenção depende de um conjunto de fatores, entre os quais: o controlo das variáveis parasitas (e.g., diferenças entre grupos que não resultam da intervenção), o poder estatístico do estudo, a utilização de medidas precisas e válidas, recurso à técnica *intention-to-treat analysis* em intervenções com alguma probabilidade de apresentarem uma taxa elevada de desistências.

3. Síntese

Ao longo deste capítulo, situado na charneira entre a reflexão teórica e a descrição dos estudos empíricos desta investigação, estabeleceu-se a fundamentação teórica que deve orientar qualquer iniciativa de promoção da saúde no contexto do ensino superior, em particular as intervenções de mudança comportamental.

Em primeiro lugar, apresentaram-se os princípios orientadores da prática de promoção da saúde no contexto das instituições pós-secundárias, emitidos por entidades estrangeiras diferentes (viz., ACHA e NHUN) com um propósito comum: promover a uniformização e a qualidade a nível regional, nacional e internacional. Para além de refletirem a conceção mais positiva e holística de saúde, estes princípios espelham ainda o importante papel dos ambientes de suporte à saúde na otimização do sucesso académico dos discentes e a necessidade de garantir práticas de promoção da saúde colaborativas, (teórica e empiricamente) fundamentadas e inclusas.

Posteriormente, sob a orientação dos princípios anteriores, procedeu-se à identificação e exposição de um modelo de planeamento de intervenções de mudança comportamental, que tem subjacente a abordagem socioecológica e participativa e ao qual se atribui grande utilidade para os promotores da saúde: o MdI de Bartholomew e colaboradores. Descreveram-se sucintamente as tarefas compreendidas em cada uma das suas seis etapas interativas e cumulativas – avaliação das necessidades, estabelecimento de objetivos, seleção de métodos e técnicas, construção do programa, planificação da sua adoção/implementação e da sua avaliação – e aprofundaram-se algumas questões relacionadas as tarefas da terceira e da última etapas.

Assim, citou-se a vantajosa proposta de taxonomia de técnicas de mudança comportamental de Abraham et al. (2011), que agrupa uma lista de técnicas (fidedignamente identificada a partir de um conjunto de intervenções disponíveis na literatura da especialidade) segundo o antecedente psicológico (do comportamento) alvo de

mudança, e enunciaram-se alguns exemplos daquele que é considerado o ingrediente ativo das intervenções (Michie et al., 2013).

Por fim, quanto à avaliação de uma intervenção, admitiu-se que esta emerge ao longo de todas as fases do planejamento de uma intervenção (apesar de ser anunciada como a última etapa do MdI) e mencionou-se, a título de exemplo, o modelo de avaliação CIPP de Stufflebeam, que propõe a avaliação isolada ou conjunta de quatro componentes (contexto, desenho, implementação e produto), com o propósito de aferir o mérito da intervenção, assim como todos os seus aspectos por aperfeiçoar.

Terminada a revisão teórica que serviu de base aos estudos empíricos que compõem esta investigação, transitar-se-á finalmente para a descrição detalhada dos mesmos, concretizada nos dois capítulos seguintes.

PARTE II

Contributo empírico

Comentário preambular

O método consiste na descrição detalhada e rigorosa de todas as ações – o que se fez, como e quando se fez, junto de quem e por quem foi feito ou quais os efeitos avaliados (Almeida & Freire, 2007) – necessárias ao desenvolvimento de uma investigação científica, de tal modo que qualquer um possa replicá-la com base na informação fornecida (Ribeiro, 1999) e verificar os fenómenos provisoriamente corroborados (Gil, 2006).

Tendo em consideração a problemática apresentada e a base teórica revista, realizou-se uma investigação que se processa ao longo de dois estudos, descritos nos próximos dois capítulos, com características metodológicas distintas. De acordo com a classificação apresentada por Ribeiro (1999)⁷¹, adotou-se um desenho/plano de investigação **observacional (descritivo, mas sobretudo analítico) transversal** para o primeiro estudo, uma vez que se desenvolveram procedimentos não só para descrever e registar fenómenos, como também para relacionar variáveis e diferenciar grupos, sem que houvesse manipulação, e recolheram-se dados num único momento. Para o segundo estudo, no que à avaliação do efeito da intervenção diz respeito, optou-se por um desenho/plano de investigação experimental, em bom rigor científico **quase experimental**, dado que se manipularam variáveis independentes de modo a produzir alterações nas variáveis dependentes, apesar das limitações de controlo experimental (e.g., nem todos os participantes foram distribuídos de modo aleatório pelos grupos experimentais e controlo, havendo no entanto o esforço de estabelecer um certo grau de equivalência entre os grupos) e conseqüente redução da validade interna e externa do estudo (Fortin, 2003).

Antes de se prosseguir com as respetivas descrições detalhadas, saliente-se que na condução de ambos os estudos foram respeitados os princípios éticos estabelecidos pelo Código de Ética da *American Psychological Association* [APA](APA, 2010a) e pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011). Desta forma, ainda na fase de desenho de cada um dos estudos, foram ponderados os benefícios (e.g., o contributo para o bem-estar dos participantes e para a ciência) e os prejuízos (e.g., o consumo de tempo ou a sobrecarga dos participantes) que deles poderiam resultar e foram feitos os seguintes esforços: a abreviação possível dos

⁷¹ Outras classificações são possíveis. Como realçam Almeida e Freire (2007), para descrever taxonomias de investigação em Psicologia podem ser utilizados vários critérios (e.g., a finalidade da investigação, a sua profundidade, os métodos e os procedimentos de recolha de dados utilizados), havendo por isso classificações múltiplas, dependendo do critério enfatizado pelo autor.

protocolos de avaliação e do desenho da intervenção, bem como a marcação da recolha de dados e da intervenção para períodos não contendentes com os ritmos académicos (e.g., período de avaliações, de férias, de festividades académicas). Na implementação dos estudos, a seleção dos participantes foi feita de forma equitativa (todas os candidatos que preencheram os critérios de inclusão previamente definidos foram selecionados), a tomada de decisão informada e voluntária acerca da participação foi promovida (tendo sido facultada para o efeito informação relevante: objetivos do estudo, duração da participação, procedimentos, despenalização da não-participação/desistência, etc.) e o anonimato e a confidencialidade da informação fornecida foi assegurada. Por fim, a fase da análise de dados e posterior divulgação dos resultados dos estudos decorreu de modo a proteger a integridade científica (e.g., apenas resultados verdadeiros e originais foram apresentados, o crédito autoral de ideias/palavras foi devidamente assumido, a devolução da informação aos participantes foi produzida sempre que solicitada).

Capítulo IV

Estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para a universidade.

1. Fundamentação, objetivos do estudo e hipóteses de investigação

Da revisão da literatura anterior sobressaiu que (1) o ingresso no ensino superior comporta mudanças, de natureza diversa, que podem conduzir a um novo estilo de vida, o qual compreende determinados comportamentos/attitudes de saúde, (2) o repertório de CAS explicam, em parte (uma vez que são fenómenos multideterminados), o estado de saúde e a qualidade de vida do estudante, (3) as variáveis anteriores fazem parte da complexa rede de fatores determinantes do sucesso académico (em sentido lato) do aluno, (4) qualquer intervenção de promoção da saúde no ensino superior visa apoiar o sucesso académico do estudante, através da melhoria do estado de saúde individual e comunitário, e (5) o planeamento de uma intervenção de promoção da saúde que se pretende eficaz compreende sempre o levantamento das necessidades da população-alvo. Este estudo pretende dar algumas respostas às questões que se levantam na etapa da avaliação das necessidades, bem como engrossar o corpo de conhecimento sobre o estilo de vida, a saúde/qualidade de vida e o sucesso académico do aluno em transição para o ensino superior.

Assim, definiram-se como **objetivos gerais** para este estudo transversal: (1) a caracterização do estilo de vida (dando particular ênfase à identificação das possíveis mudanças ocorridas) dos estudantes em transição para o ensino superior e (2) a análise do impacto do estilo de vida atual em algumas variáveis do âmbito da saúde e do sucesso académico.

Estes objetivos gerais desdobraram-se em **objetivos mais específicos**. Para a caracterização do estilo de vida do primeiranista, considerou-se pertinente avaliar:

1. Sete CAS (donde resultaria uma medida geral do estilo de vida) antes e depois da entrada no ensino superior, com base na perceção atual dos alunos.
2. As possíveis mudanças ocorridas com o processo de adaptação (ou de resposta à transição) no estilo de vida (particularmente nas medidas dos sete CAS e na medida geral), segundo a perceção atual dos alunos.
3. A variabilidade do estilo de vida atual (medida geral) em função das características sociodemográficas e escolares/académicas do primeiranista.

De um modo geral, esperava-se que a maioria dos alunos tivesse a percepção de que o seu estilo de vida tinha sofrido alterações durante o processo de adaptação, havendo um agravamento de CAS negativos, e que o estilo de vida atual variasse consoante as características do perfil do jovem.

Relativamente ao segundo objetivo geral, a análise do impacto do estilo de vida atual em variáveis de saúde e de sucesso acadêmico, considerou-se relevante avaliar:

1. Por um lado, o estado de saúde e a qualidade de vida dos estudantes e, por outro, a qualidade da sua adaptação (ou das suas vivências académicas adaptativas) e o seu desempenho escolar.

2. A percepção dos primeiranistas no que respeita ao impacto do atual estilo de vida (e tendo em consideração as possíveis mudanças ocorridas desde o ingresso no ensino superior) na sua saúde e no seu sucesso acadêmico e a sua intenção de mudança relativamente ao repertório atual de CAS.

3. A variabilidade das variáveis de saúde (estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso acadêmico (qualidade da adaptação e desempenho escolar) em função das características sociodemográficas e escolares/académicas do primeiranista.

4. A variabilidade das variáveis de saúde (estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso acadêmico (qualidade da adaptação e desempenho escolar) em função do estilo de vida atual (medida geral e determinados CAS) do primeiranista.

5. A associação entre o estilo de vida atual (medida geral e CAS) e as variáveis de saúde (estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso acadêmico (qualidade da adaptação e desempenho escolar).

6. A extensão da capacidade do estilo de vida atual (medida geral) explicar isoladamente (i.e., sem a influência de certas características sociodemográficas e académicas do primeiranista) as variáveis de saúde (estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso acadêmico (qualidade da adaptação e desempenho escolar).

Esperava-se, novamente de uma maneira geral, que os alunos percecionassem um impacto negativo na sua saúde e no seu sucesso acadêmico, decorrente do aumento de CAS negativos no seu estilo de vida, e que determinadas características do perfil do jovem e estilos de vida mais salutareis estivessem associados a níveis mais elevados nas variáveis de saúde e de sucesso acadêmico. Estimava-se também que o estilo de vida atual fosse uma

variável explicativa isolada estatisticamente significativa das variáveis de saúde e de sucesso académico.

Na sequência do quadro concetual e dos objetivos apresentados, puderam enunciar-se para este estudo as seguintes **hipóteses de investigação**:

H1: Há diferenças estatisticamente significativas entre o estilo de vida (viz., no índice cumulativo do estilo de vida [ICEV] e no CAS isolado) do estudante antes e depois do ingresso na universidade. Era provável que o ICEV do estudante na universidade fosse inferior ao seu ICEV anterior ao ingresso.

H2: Há um efeito estatisticamente significativo das variáveis do perfil sociodemográfico e escolar/académico do estudante (viz., género, nível socioeconómico, condição de caloiro/repetente, faculdade de pertença, condição de deslocado/não deslocado) nas variáveis ICEV atual, de saúde (viz., estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso académico (viz., desempenho académico e qualidade das vivências académicas adaptativas). De modo mais específico, era possível que os jovens do género masculino, provenientes de um nível socioeconómico baixo, repetentes ou deslocados tivessem estilos de vida menos saudáveis (com maior quantidade de CAS negativos para a saúde) no ensino superior. Suspeitava-se que os valores nas variáveis de saúde fossem melhores entre os alunos do género masculino, de nível socioeconómico superior ou que tivessem permanecido no seu local de origem. Supunha-se ainda que os estudantes do género feminino, de nível socioeconómico superior, caloiros, pertencentes à FMUC ou não deslocados tinham uma perceção melhor dos indicadores de sucesso académico.

H3: Há um efeito estatisticamente significativo do estilo de vida atual (viz., ICEV atual e determinados CAS) nas variáveis de saúde (viz., estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso académico (viz., desempenho académico e qualidade das vivências académicas adaptativas). Provavelmente os jovens com estilos de vida estilos de vida mais saltares apresentavam pontuações médias mais elevadas nas variáveis de saúde e de sucesso académico.

H4: Existem associações estatisticamente significativas entre o estilo de vida atual (viz., ICEV atual e CAS isolado) e as variáveis de saúde (viz., estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso académico (viz., desempenho académico e qualidade

das vivências académicas adaptativas). Novamente, era possível que os jovens com estilos de vida mais (menos) salutar apresentassem níveis mais (menos) elevados nas variáveis de saúde e de sucesso académico e vice-versa.

H5: O estilo de vida atual (viz., ICEV atual) é uma variável explicativa isolada estatisticamente significativo das variáveis de saúde (viz., estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso académico (viz., desempenho académico e qualidade das vivências académicas adaptativas).

2. Amostra

Tradicionalmente, distingue-se universo (geral) – conjunto de sujeitos, abstrato ou teórico, que apresenta pelo menos uma característica em comum (Gil, 2006) e ao qual o investigador pretende generalizar os resultados da investigação (Ribeiro, 1999) – de população (ou universo de trabalho), entendido como a operacionalização do universo geral (Ribeiro, 1999) ou o conjunto de indivíduos onde se quer estudar o fenómeno (Almeida & Freire, 2007). O **universo** deste estudo é constituído pelos alunos em transição e adaptação ao ensino superior e a sua **população-alvo** foi limitada aos jovens-adultos primeiranistas da UC do ano letivo 2009/2010.

Conforme era dado a conhecer pela publicação *UC em Números*, o total de candidatos colocados na UC por concurso geral no ano letivo 2009/2010 era de 3802 colocados (Administração da UC, 2011). Estimou-se a dimensão da população-alvo com base neste valor, uma vez que o número de candidatos colocados, por um lado, era superior ao número de alunos, simultaneamente jovens-adultos, que efetivamente frequentavam o primeiro ano mas, por outro, não contemplava os jovens-adultos primeiranistas que se encontravam a repetir o primeiro ano do mesmo curso ou ingressaram por concursos ou regimes especiais (e.g., maiores de 23 anos, praticantes desportivos de alto rendimento, bolseiros dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, mudança de curso, transferência de estabelecimento de ensino, etc.).

Naturalmente, perante a necessidade de reduzir custos e tempo (essenciais numa investigação viável) e dado o número elevado de elementos desta população, recorreu-se a uma **amostra** (subgrupo extraído da população) não probabilística (assim designada pelo facto de a probabilidade relativa de um qualquer elemento integrar a amostra ser desconhecida; Ribeiro, 1999) ou intencional (resultante da escolha dos investigadores, que

consideraram o grupo de indivíduos selecionado indicado, no que diz respeito à representatividade, para o estudo do fenómeno em causa; Almeida & Freire, 2007) heterogénea representativa (termo proposto para amostras em que alguns elementos da variável são intencionalmente escolhidos – neste estudo optou-se por juntar na mesma amostra grupos de primeiranistas de todas as faculdades da UC, apesar de os alunos não terem sido aleatoriamente escolhidos, nem a proporção de alunos por faculdade ter sido respeitado, como é habitual na amostragem por grupos – para garantirem a amplitude da representação da variável; Ribeiro, 1999). Não obstante as limitações deste método de amostragem (quanto à generalização das conclusões ao universo), é frequentemente utilizado nas Ciências Sociais, não só pelo seu interesse inquestionável, como também pela pertinência da informação recolhida e pela objetividade das conclusões extraídas, sobretudo se os cuidados metodológicos forem respeitados (Almeida & Freire, 2007; Gil, 2006).

2.1. Critérios de amostragem

Os critérios de inclusão que orientaram a seleção dos indivíduos foram os seguintes: (1) aluno matriculado no primeiro ano (primeiranistas) de um curso de graduação da UC, que (2) tivesse ingressado no ensino superior há, no máximo, 20 meses atrás, (3) com idade compreendida entre os 17 e os 25 anos e (4) sem filhos. O segundo critério foi definido de modo a incluir grupos particulares de primeiranistas (alunos que tinham mais do que uma matrícula no ensino superior ou que não ingressaram neste nível de ensino imediatamente após o término do ensino secundário) e, simultaneamente, diminuir a dificuldade de evocar memórias dos CAS do estilo de vida anterior ao ingresso. O terceiro e quarto critérios resultaram da necessidade de anular os efeitos das variáveis idade e parentalidade sobre as variáveis dependentes, bem como de obter uma amostra relativamente homogénea quanto à fase do ciclo de vida em que se encontravam os primeiranistas. O terceiro critério está em consonância com os limites utilizados na maioria dos estudos sobre jovens adultos ou adultos emergentes/novatos (Agudo, 2008) e estudantes tradicionais (Choy, 2002; Munro, 2011).

2.2. Refinamento da amostra

Estima-se que foram contactados 810 primeiranistas da UC do ano letivo 2009/2010

com o objetivo de solicitar a sua participação no estudo, desde que respeitassem os critérios de amostragem. Desses, apenas 603 alunos reuniam as condições necessárias à participação e voluntariaram-se para o preenchimento do protocolo de avaliação (taxa de resposta: 74.4%). Foram excluídos 57 alunos dos 603 participantes (9.5% da amostra inicial) por terem apresentado protocolos inválidos (respostas omissas a itens importantes ou respostas incongruentes que punham em causa a validade da informação recolhida). Deste modo, a amostra final contou com 546 inquiridos, cerca de 1/7 da população-alvo.

2.3. Caracterização da amostra

2.3.1. Características sociodemográficas dos participantes

Como se pode verificar pela leitura da tabela 4.1, os primeiranistas distribuía-se de forma aproximadamente equitativa pelos géneros, existindo um ligeiro predomínio de estudantes do género feminino (58.1%). O grupo etário mais frequente era o 17-19 anos (reuniu 94.1% dos participantes) e o valor médio da idade dos sujeitos situava-se nos 18.7 anos ($DP = 1.0$), estando a sua idade compreendida entre os 17 e os 24 anos. A totalidade da amostra era solteira e a grande maioria tinha nacionalidade portuguesa (96.0%) e era proveniente do Centro (71.8%), ainda que outras nacionalidades e proveniências estivessem representadas.

Relativamente à distribuição dos sujeitos em função do nível socioeconómico, e de acordo com a tipologia de Simões (1994), os níveis médio e baixo concentravam uma boa parte dos inquiridos (79.1%). Por fim, no que diz respeito à situação de dependência financeira dos primeiranistas, o grupo mais numeroso (96.3%) estava dependente dos pais (das suas fontes de rendimento), podendo alguns destes ser financiados simultaneamente por outras fontes como as indicadas na tabela em análise.

Tabela 4.1. Características sociodemográficas da amostra.

Variáveis sociodemográficas	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)
Género		
Feminino	317	58.1
Masculino	229	41.9
Estado Civil		
Solteiro	546	100
Nacionalidade		
Portuguesa	524	96.0
(da) Comunidade dos Países de Língua Portuguesa	13	2.4
(da) Europa	17	1.2
Outra	2	0.4

(cont.)

(cont.)

Variáveis sociodemográficas	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)
Proveniência		
NUTS II		
Norte	113	20.7
Centro	392	71.8
Lisboa	8	1.5
Alentejo	4	0.7
Algarve	6	1.1
Região Autónoma Açores	14	2.6
Região Autónoma Madeira	3	0.5
Estrangeiro	6	1.1
Nível Socioeconómico		
Baixo	186	34.1
Médio	246	45.1
Elevado	114	20.9
Dependência financeira		
Pais	427	78.2
+ Bolsa / empréstimo	75	13.7
+ Trabalho (<i>part-time</i>)	21	3.8
+ Trabalho (<i>full-time</i>)	1	0.2
+ Bolsa / empréstimo + Trabalho (<i>part-time</i>)	2	0.4
Total (pais)	526	96.3
Bolsa / empréstimo	14	2.6
+ Trabalho (<i>full-time</i>)	1	0.2
Total (bolsa / empréstimo)	92	16.8
Trabalho (<i>part-time</i>)	2	0.4
Total (trabalho <i>part-time</i>)	25	4.6
Trabalho (<i>full-time</i>)	2	0.4
Total (trabalho <i>full-time</i>)	4	.7
Outra (instituição acolhimento)	1	0.2
Total	546	100

Nota. N = 546. NUTS II = Nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos (nível II).

2.3.2. Características académicas dos participantes

A distribuição da amostra, de acordo com as variáveis relacionadas com a *entrada* no ensino superior, pode ser consultada na tabela 4.2, na qual se pode ler que a maioria dos alunos (94.3%) estava matriculada pela primeira vez neste nível de ensino⁷², ingressou na primeira opção de candidatura (73.4%) e encontrava-se deslocada, ou seja, o ingresso na universidade implicou a mudança do local de residência (72.2%). A frequência de deslocação à residência original (entendida como local de residência de onde saiu o

⁷² Perante o segundo critério de exclusão parece lógico deduzir que os alunos não matriculados no primeiro ano pela primeira vez estariam matriculados numa instituição do ensino superior pela segunda vez apenas.

estudante e aonde regressa fora dos períodos escolares) mais utilizada pelos primeiranistas era a semanal (57.1%), havendo ainda um número razoável de alunos a utilizar a modalidade quinzenal (8.6%).

Tabela 4.2. Características escolares/acadêmicas da amostra.

Variáveis escolares/acadêmicas	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)
Primeira matrícula no ensino superior		
Sim (caloiro)	515	94.3
Não (repetente com duas matrículas)	31	5.7
Faculdade (e curso) de pertença		
FPCEUC	134	24.6
Mestrado Integrado em Psicologia	48	8.8
Ciências da Educação	60	11.0
Serviço Social	26	4.8
FCTUC	124	22.7
Mestrado Integrado em Engenharia Eletrónica e Computadores	73	13.4
Engenharia Informática	33	6.0
Matemática	18	3.3
FEUC	62	11.4
Economia	61	11.2
Relações Internacionais	1	0.2
FCDEFUC	59	10.8
Ciências do Desporto	59	10.8
FMUC	58	10.6
Mestrado Integrado em Medicina	58	10.6
FDUC	45	8.2
Administração Público-Privada	26	4.7
Direito	19	3.5
FFUC	34	6.2
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	22	4.0
Farmácia Biomédica	12	2.2
FLUC	30	5.5
Jornalismo	16	2.9
História de Arte	14	2.6
Total	546	100
Prioridade de escolha do curso		
Primeira opção	401	73.4
Outras opções	145	26.6
Mudança do local de residência		
Sim (deslocado)	394	72.2
Não (não deslocado)	152	27.8
Frequência da deslocação à residência original		
Diariamente (não deslocado)	152	27.8
Semanalmente	312	57.1
Quinzenalmente	47	8.6
Mensalmente	12	2.2
Períodos de férias	23	4.2

Nota. N = 546.

Os grupos de participantes de maiores dimensões estavam matriculados nas faculdades de Psicologia e Ciências da Educação (24.6%) e de Ciências e Tecnologia

(22.7%) e os grupos menores pertenciam às faculdades de Letras e de Farmácia (ambas com aproximadamente 6% da amostra), ao passo que os restantes participantes se distribuíam de forma relativamente equitativa pelas quatro faculdades da UC remanescentes.

Relativamente à nota de ingresso dos alunos, os valores transformados da nota de ingresso dos alunos variaram entre os 52.5 e os 98.5 pontos e o seu valor médio estabeleceu-se nos 76.9 pontos ($DP = 8.8$), podendo ainda observar-se adiante o valor médio desta variável, em função da faculdade de pertença (tabela 4.16).

3. Variáveis, instrumentos de avaliação e procedimento de recolha de dados

3.1. Variáveis funcionais e esclarecimentos de operacionalização e de codificação

As variáveis derivam normalmente de conceitos mais amplos e abstratos (os construtos) devidamente operacionalizados ou definidos em termos mais concretos e observáveis e, em função do seu papel ou estatuto na investigação (explicitado aquando da formulação das hipóteses), elas podem ser designadas de independente, dependente, atributiva ou natural, intermédias e parasitas ou estranhas⁷³ (Almeida & Freire, 2007; Fortin, 2003). Em estudos correlacionais, nos quais se analisam as relações (que existem naturalmente) entre as variáveis sem que se manipulem as variáveis em estudo (Ribeiro, 1999), as variáveis independentes e dependentes assumem a designação de preditoras (ou explicativas) e critérios (ou resultado), respetivamente (Almeida & Freire, 2007).

Ainda que as hipóteses de investigação previamente mencionadas explicitem as variáveis e as suas relações no presente estudo, apresentam-se, seguidamente, as variáveis que foram selecionadas com base na revisão da literatura e nos objetivos de investigação, assim como as categorias das variáveis qualitativas e o intervalo de valores das

⁷³ Almeida e Freire (2007) descrevem estas variáveis da seguinte forma: a variável independente é a dimensão ou característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável (pode ainda ser denominada de activa, quando é efectivamente manipulável, ou atributiva, quando considera apenas as características naturais dos sujeitos); a dependente constitui a dimensão ou característica que surge ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente; a variável intermédia (pela sua condição de mediação entre os dois tipos de variáveis anteriores) pode ser alheia ao estudo, ainda que influencie os resultados; e a parasita ou estranha que está associada à variável independente e que afecta os resultados na dependente, contaminando-os.

quantitativas⁷⁴.

Variáveis sociodemográficas:

- **Género:** Feminino e Masculino;
- **Idade:** [17, 25] anos;
- **Estado civil:** Solteiro, Casado/União de facto, Divorciado/Separado e Viúvo;
- **Nacionalidade:** Portuguesa, da CPLP, da Europa e Outra;
- **Proveniência:** Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma [RA] Madeira, RA Açores (correspondentes às sete regiões portuguesas da nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos nível II) e Estrangeiro;
- **Nível socioeconómico:** Baixo, Médio e Elevado.

Antes de se avançar para o grupo de variáveis seguinte, é oportuno esclarecer que a variável nível socioeconómico resultou da análise e do cruzamento da informação facultada pelos alunos relativamente à sua situação de dependência financeira atual (quantidade e origem das fontes de rendimento e número de horas semanais da atividade laboral dos trabalhadores-estudantes) e às habilitações literárias, profissão e situação profissional dos seus pais (entidade que subsidiava mais de 96% da amostra). Cada caso foi analisado individualmente, à luz da tipologia estabelecida por Simões (1994)⁷⁵ e

⁷⁴ De acordo com a natureza da medida da variável, esta pode ser classificada de qualitativa, permitindo apenas descrever tipos/classes (dicotómicas e politómicas se tiverem duas categorias e três ou mais categorias, respectivamente), ou de quantitativa, portanto mensuráveis e que se podem exprimir em valores numéricos reportados a uma escala de medida ou de ordem (Almeida & Freire, 2007).

⁷⁵ A tipologia estabelecida por Simões (1994, pp. 285-286) condensa num índice único de nível socioeconómico dados de outros indicadores como as habilitações literárias e a profissão. Assim, o nível baixo inclui trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos (actualmente, assistentes operacionais), cozinheiros, empregados de mesa, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas, até ao 8º ano de escolaridade; no nível médio encontram-se profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações, empregados de escritório e de seguros, bancários, agentes de segurança, contabilistas, enfermeiros, assistentes sociais, professores do ensino básico e secundário, comerciantes e industriais, com habilitações desde o 9º ano de escolaridade até à formação superior; por fim, o nível elevado acolhe grandes proprietários ou empresários (agrícolas, do comércio e da indústria), quadros superiores (da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços), profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior), artistas, oficiais superiores das forças

utilizando determinados fatores de desempate na atribuição do nível (e.g., ser aluno bolsheiro ou trabalhador-estudante influenciou negativamente), e o nível socioeconómico atribuído aos alunos dependentes dos pais (ou equivalente) reflete o nível socioeconómico do elemento com melhores indicadores (habilitações, profissão e situação profissional).

Variáveis escolares/académicas:

- **Primeira matrícula no ensino superior:** Sim (caloiro) e Não (repetente);
- **Faculdade de pertença:** Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra [FCDEFUC], Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra [FCTUC], Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra [FDUC], Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra [FEUC], Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra [FFUC], Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra [FLUC], Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra [FMUC] e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra [FPCEUC];
 - **Prioridade de escolha do curso:** Primeira opção e Outras opções;
 - **Nota de ingresso:** [95, 200] pontos;
 - **Mudança do local de residência com o ingresso:** Sim (deslocado) e Não (não deslocado);
 - **Frequência da deslocação à residência original:** Diariamente (não deslocado), Semanalmente, Quinzenalmente, Mensalmente ou Períodos de férias.

Relativamente a este grupo de variáveis, importa acrescentar que Pestana e Gageiro (2008) defendem a utilidade da formação de categorias / classes quando se prevêem comportamentos homogéneos dentro de certos grupos. Neste sentido, e com o objetivo de ter categorias com efetivos mais expressivos, procedeu-se: (1) ao agrupamento da variável curso (em que os alunos se matricularam), em função da unidade orgânica da UC a que pertenciam, obtendo-se a variável faculdade de pertença (os cursos representados nesta amostra e a respetiva unidade orgânica podem ser consultados na tabela 4.2), e (2) à dicotomização (para Primeira Opção e Outras Opções) da variável prioridade de escolha do

militares e militarizadas, pilotos da aviação, do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à formação superior (licenciatura, mestrado, doutoramento).

curso, antes politômica.

Por sua vez, os resultados brutos da variável nota de ingresso foram transformados, de modo a variarem entre 0-100, através do seguinte enunciado matemático: $NT = [(NB - VM) / V] \times 100$, em que NT, NB, VM e V significam, respetivamente, Nota Transformada, Nota Bruta, Valor Mínimo e Variação.

Variáveis relativas à evolução de estilo de vida do primeiranista:

- Caracterização dos CAS do estilo de vida antes do ingresso e no ensino superior (atual)⁷⁶:

a) Comportamento alimentar:

- **Quantidade de refeições** principais e ligeiras (por dia):

[0, n] refeições;

- **Qualidade/diversidade nutricional** dos alimentos ingeridos: Fraca, Satisfatória e Boa;

b) Padrão sono-vigília:

- **Duração do sono** (num ciclo 24h): [0, 24] horas;

- **Qualidade do sono**: Fraca, Satisfatória e Boa;

c) Padrão de atividades físicas⁷⁷:

- **Frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas** (por semana): Raro, Ocasional e Frequente;

d) Padrão de consumo de substâncias psicoativas:

- Drogas ilícitas:

- **Frequência do consumo de drogas ilícitas** (por mês): Nunca, Rara, Ocasional e Frequente;

- Álcool:

- **Quantidade diária de bebidas com álcool**: [0, n] bebidas;

⁷⁶ De modo a evitar uma leitura repetitiva e fastidiosa das variáveis que integram os CAS do estilo de vida do aluno, nos dois momentos considerados, optou-se por fazer a enumeração destas variáveis apenas uma vez.

⁷⁷ Assumem-se as definições apresentadas no glossário de termos de Caspersen, Powell, e Christenson (1985), frequentemente citadas na literatura mais recente (e.g., Marks et al., 2015; Ribeiro, 2007; WHO, 2010): a atividade física diz respeito a qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em dispêndio de energia (o desporto, os jogos recreativos, a deslocação a pé ou a jardinagem são exemplos de oportunidades nas quais ocorre atividade física); o exercício físico é uma subcomponente da atividade física que requer movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, realizados com o propósito primário de manter ou melhorar a condição física, o desempenho físico ou a saúde.

- **Quantidade de dias num mês de consumo de álcool em excesso:**
[0, 30] dias;
- Tabaco:
 - **Quantidade diária de cigarros:** [0, n] cigarros;
- Cafeína:
 - **Quantidade diária de bebidas com cafeína:** [0, n] bebidas;
- e) Toma de medicamentos sem aconselhamento profissional:
 - **Frequência da automedicação** (por ano): Nunca, Rara, Ocasional e Frequente;
- f) Comportamento sexual:
 - **Frequência do uso de preservativo nas relações sexuais:** Nunca (abstinente), Rara, Frequente e Constante;
- g) Monitorização da saúde:
 - **Frequência com que monitoriza a saúde** (por ano): Nunca, Rara, Ocasional e Frequente;
- **ICEV antes do ingresso e na UC (atual):** [0, 13];
- Evolução do estilo de vida:
 - a) **Evolução do CAS isolado:** Manutenção negativa (para a saúde), Alteração negativa, Alteração positiva e Manutenção positiva;
 - b) **Evolução do ICEV:** [-13, 13];
- Perceção do estudante sobre o impacto da evolução do seu estilo de vida:
 - a) **Impacto no seu estado de saúde:** Sem impacto, Impacto positivo e Impacto negativo;
 - b) **Impacto na sua adaptação ao ensino superior:** Sem impacto, Impacto positivo e Impacto negativo;
 - c) **Impacto no seu rendimento académico:** Sem impacto, Impacto positivo e Impacto negativo;
- **Desejo do primeiranista em mudar algum CAS do seu repertório atual:**
teoricamente as categorias são tantas quantos os CAS, indicados isoladamente ou em conjugação com outros CAS.

Interessa clarificar, ainda em relação a este conjunto de variáveis, alguns conceitos e

a sua operacionalização, bem como a codificação de algumas variáveis.

A intensidade da atividade física foi definida e exemplificada (cf. Haskell et al., 2007): as atividades moderadas (e.g. caminhada rápida) e vigorosas (e.g., corrida) foram apresentadas como aquelas que provocavam, respetivamente, pequenas alterações no sistema cardiorrespiratório e alterações evidentes no sistema cardiorrespiratório e/ou sudção intensa. Às categorias da variável frequência/duração da prática de atividade física moderada ou vigorosa estavam associados valores específicos: menos de 45 minutos por semana de atividade física de qualquer intensidade (categoria rara); pelo menos 150 minutos por semana, de atividade de intensidade moderada, ou 75 minutos por semana, de atividade de intensidade vigorosa (categoria frequente) e qualquer outro valor entre os limites anteriores (categoria ocasional).

Os conceitos de drogas ilícitas e de bebidas com cafeína foram devidamente delimitados através de exemplos: haxixe, ecstasy e cocaína (exemplos de drogas ilícitas) e café/expresso/bica, *Coca-Cola* e bebidas energéticas (exemplos de bebidas com cafeína). O consumo de álcool em excesso traduziu-se no consumo de mais de 2 unidades de bebida padrão por dia, por parte do homem, ou de mais de 1 unidade de bebida padrão por dia, no caso da mulher.

Os dados relativos à variável frequência do uso de preservativo nas relações sexuais foram analisados em função da existência/mudança de parceiro sexual, tendo-se optado por reservar a categoria nunca para os abstinentes.

Também o conceito de monitorização da saúde foi delimitado através da exemplificação das atividades que incorpora: palpação (da mama, dos testículos), vacinação, avaliação médica de rotina (pelo médico de Medicina Geral e Familiar, pelo dentista), etc..

O ICEV – termo emprestado de Loureiro (2006) para designar uma medida geral do estilo de vida que condensasse as apreciações subjetivas (i.e., as medidas autorrelatadas) do sujeito acerca de cada um dos seus CAS – foi obtido a partir da recodificação das respostas do sujeito relativamente à caracterização de cada um dos CAS numa variável dicotómica do tipo CAS positivo (1 ponto) ou negativo (0 pontos), seguida do somatório da pontuação. Para a dicotomização dos CAS analisaram-se os casos um a um, à luz de critérios definidos pelos autores e orientados pela literatura existente sobre CAS

positivos⁷⁸: (a) 4 a 6 refeições diárias⁷⁹; (b) ingestão de alimentos com uma qualidade/diversidade boa ou, pelo menos, satisfatória (para as necessidades diárias); (c) sono diário com uma duração de 7-8h e (d) de qualidade boa ou, pelo menos, satisfatória; (e) prática de, pelo menos, 150 minutos por semana, de atividade física de intensidade moderada, ou 75 minutos por semana, de atividade física de intensidade vigorosa; (f) consumo nulo de substâncias psicoativas, exceto de (g) álcool [até ao limite de 24g de álcool (duas unidades de bebida padrão, aproximadamente) por dia, por parte do homem, ou de mais de 16g de álcool (ligeiramente mais do que uma unidade de bebida padrão) por dia, no caso da mulher] e de (h) cafeína [até ao limite de 300g (perto de duas chávenas de café cheias) por dia]; (i) automedicação nula ou rara (ainda que as recomendações na literatura aconselhem apenas medicação prescrita); (j) comportamentos sexuais seguros como a utilização constante de preservativo ou a abstinência sexual; e (k) monitorização da saúde frequente (no caso da automonitorização: palpação ou observação) ou, pelo menos, ocasional (sobretudo no que diz respeito às avaliações médicas de rotina).

A variável evolução do CAS isolado, que representa o desenvolvimento (alteração/manutenção) de cada um dos CAS e o sentido desse desenvolvimento, tendo em conta o seu efeito (positivo/negativo) potencial na saúde do aluno, entre os dois momentos considerados (antes do ingresso e na universidade), decorreu da comparação das duas medidas (relativas ao antes e depois do ingresso) utilizadas na caracterização dos CAS, sujeito a sujeito, e da classificação dos CAS em positivos/negativos segundo os critérios anteriormente mencionados. Por seu lado, a evolução do ICEV determinou-se por computação da diferença entre a variável ICEV atual e a variável ICEV antes do ingresso na UC.

Por fim, as categorias da variável desejo do primeiranista em mudar algum CAS do seu repertório atual foram reagrupadas em nove categorias: as sete categorias

⁷⁸ Os resultados de estudos como o *Alameda County Study* ou o *EPIC-Norfolk Study* (mencionados no Capítulo II) e as recomendações actuais de entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (ver *United Nations Office on Drugs and Crime*, 2012; WHO, 2007, 2010; WHO & *World Economic Forum*, 2008) ou os Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos (viz., *United States Department of Health and Human Services / National Institutes of Health*, 2005) e nacionais como o Instituto da Droga e da Toxicodpendência, Instituto Público (viz., IDT, 2010) ou o Instituto do Consumidor (viz., Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2004), entre outras, fundamentaram os critérios definidos.

⁷⁹ Intervalo de valores escolhido de modo a incluir as três refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar) e (até) três refeições ligeiras entre as anteriores.

correspondentes a cada um dos sete grupos CAS escolhidos para este estudo, a categoria múltiplos CAS e a categoria Outros.

Variáveis relacionadas com o sucesso acadêmico e os seus indicadores:

- **Participação em atividades extracurriculares:** Sem atividades extracurriculares, Múltiplas atividades extracurriculares, (Atividade extracurricular de natureza) Religiosa, Desportiva, Cultural, Recreativa, Política e de Solidariedade social;
- Perceção do estudante sobre o **grau de sucesso na adaptação ao ensino superior:** Nada, Muito pouco, Um pouco, Moderadamente e Muito;
- Indicadores de sucesso académico:
 - a) **Desempenho escolar:** [0, 200];
 - b) **Qualidade da adaptação** (das vivências adaptativas):
 - **Dimensão pessoal:** [13, 65];
 - **Dimensão interpessoal:** [13, 65];
 - **Dimensão carreira:** [13, 65];
 - **Dimensão estudo:** [13, 65];
 - **Dimensão institucional:** [8, 40].

Variáveis do âmbito da saúde do primeiranista:

- **Estado de saúde** percecionado:
 - a) **Componente físico:** [4, 15];
 - b) **Componente mental:** [4, 19];
- **Qualidade de Vida** percepcionada:
 - a) **Faceta Geral:** [2, 10];
 - b) **Domínio físico:** [7, 35];
 - c) **Domínio psicológico:** [6, 30];
 - d) **Domínio das relações sociais:** [3, 15];
 - e) **Domínio do meio ambiente:** [8, 40].

Quanto aos últimos dois grupos de variáveis, cabe ainda elucidar que a variável participação em atividades extracurriculares resultou da análise e do cruzamento da

informação facultada por dois itens (ausência/existência de uma/várias atividades extracurriculares e natureza das mesmas) e que o desempenho escolar foi obtido através de dados facultados pelos alunos relativamente à avaliação semestral e do cálculo da média ponderada (do produto resultante da multiplicação da média das classificações positivas obtidas pelo quociente da divisão do número de disciplinas realizadas pelo número de disciplinas previstas)⁸⁰. Note-se que, nas análises estatísticas subsequentes, os resultados brutos das variáveis desempenho escolar, qualidade da adaptação, estado de saúde e qualidade de vida (mais precisamente, das dimensões, dos componentes ou dos domínios das variáveis compósitas anteriores) foram transformados, de modo a variarem entre 0-100 (e serem mais facilmente comparáveis), através do seguinte enunciado matemático: $NT = [(NB - VM) / V] \times 100$, em que NT, NB, VM e V significam, respetivamente, Nota Transformada, Nota Bruta (da dimensão/componente/domínio), Valor Mínimo (ou valor mais baixo possível da dimensão/componente/domínio) e Variação (entre o valor mais alto e o mais baixo da dimensão/componente/domínio).

3.2. Instrumentos de avaliação: apresentação, descrição e características psicométricas

A qualidade da informação dos dados empíricos (utilizados na testagem das hipóteses) depende, parcialmente, da forma e dos meios como vão ser recolhidos (Almeida & Freire, 2007). Atualmente, o investigador dispõe de um conjunto alargado de técnicas⁸¹ (e.g., análise documental, inquérito por questionário/entrevista, observação, grupos de discussão) e de instrumentos (e.g., ficha de leitura, questionário, guião de entrevista, lista de verificação). Na sua seleção devem ser ponderados vários fatores (e.g., objetivos da investigação, amostra) e deve ser respeitada a exigência ética e deontológica de recorrer a instrumentos de avaliação relativamente aos quais existam estudos que documentem as suas qualidades psicométricas⁸² positivas de fiabilidade (também designada precisão,

⁸⁰ Não há medidas do desempenho escolar isentas de críticas (Gomes, 2006). A medida escolhida para este estudo penalizou os alunos que repartiram (ou repetiram) as provas de avaliações pelas diferentes épocas de exame (normal: exame escrito e oral; recurso; especial; etc.) por uma questão de boa gestão de recursos e que, no momento do preenchimento do protocolo, ainda não dispunham de todos os resultados.

⁸¹ As técnicas de recolha de dados podem ser definidas como um conjunto de procedimentos e instrumentos necessários à recolha, controlo e análise dos dados (Moresi, 2003).

⁸² A fiabilidade e a validade são as características (psico)métricas ou metrológicas mais vezes estudadas nos instrumentos de avaliação, podendo ainda ser fornecida informação sobre a sua sensibilidade (exprime o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de

fidelidade ou fidedignidade, expressa algo sobre o grau de confiança ou de exatidão da informação obtida e pode ser analisada através da consistência interna da medida e da estabilidade temporal dos seus resultados) e validade (descreve em que medida os resultados medem o que é pretendido medir e o conhecimento do avaliador acerca do que o instrumento está a medir) e que disponham de normas atualizadas e representativas (Simões, 2002).

O protocolo de avaliação utilizado para recolher os dados deste estudo (apêndice 1) compôs-se das versões reduzidas⁸³ de três questionários devidamente traduzidos (apenas para os instrumentos com versões originais estrangeiras) e validados para Portugal (e cuja utilização foi autorizada pelos seus autores) e um questionário elaborado pelos autores, apresentados detalhadamente abaixo. Para cada instrumento de avaliação são referidos, entre outros aspetos, os resultados da análise das suas características psicométricas no presente estudo, com o objetivo de verificar a sua adequação à amostra utilizada.

Questionário de Vivências Académicas (versão reduzida) [QVA-r]

Versões e autores: Segundo Soares, Almeida e Ferreira (2006), perante a carência de instrumentos de avaliação ajustados ao contexto cultural português, cobrindo as múltiplas variáveis pessoais e contextuais envolvidas, na investigação em torno da adaptação e do sucesso académicos dos estudantes do ensino superior em Portugal, investigadores portugueses construíram e validaram (duas versões de) um instrumento de autorrelato que procura avaliar as formas, processos e níveis de adaptação dos estudantes portugueses às exigências, pressões e desafios que a vida universitária envolve: o Questionário de Vivências Académicas [QVA], versão integral (Almeida & Ferreira, 1997), e o QVA-r, versão reduzida (Almeida et al., 1999), utilizada neste estudo. Atualmente existe ainda uma escala adaptada e validada para estudantes brasileiros, tanto na sua versão integral (Villar & Santos, 2001), como na reduzida (Granado, Santos, Almeida, Soares, & Guisande, 2005).

Indicações de utilização (população-alvo e objeto de avaliação): O QVA-r

realização) e usabilidade (informa sobre diversos aspectos: facilidade de aplicação, de correção, de interpretação, de standardização dos resultados, custo, etc.) (Almeida & Freire, 2007).

⁸³ Atendendo ao conjunto de instrumentos escolhido (e ao seu tempo de preenchimento) e às restrições de tempo de aula disponibilizado para a recolha de dados, optou-se por utilizar as versões reduzidas dos instrumentos, desenvolvidas para aplicações breves e com características psicométricas satisfatórias.

destina-se a estudantes do ensino superior (universitário e politécnico) e procura avaliar o modo como estes percebem as suas vivências académicas (as diversas experiências quotidianas, umas mais centradas no self, outras no curso, na instituição e no contexto social envolvente) para, a partir delas, inferir acerca da qualidade da sua adaptação ou ajustamento ao contexto do ensino superior (Soares, Almeida, & Ferreira, 2006).

Estrutura e cotação: A versão reduzida do instrumento integra 60 itens da versão integral, com um formato de resposta de tipo Likert de cinco níveis de resposta (*Nada em consonância comigo, totalmente em desacordo, nunca se verifica – Sempre em consonância comigo, totalmente de acordo, verifica-se sempre*), distribuídos numa estrutura de cinco dimensões (tabela 4.3): pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional. Existem itens positivos, cotados de 1 a 5, e negativos (viz., 4, 6, 9, 11, 13, 17, 18, 21, 26, 28, 30, 31, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 55 e 59), cotados inversamente, de modo a que quanto maior a pontuação em cada dimensão, mais positivas e satisfatórias são as vivências académicas em causa e mais positivamente se pode concluir pela adaptação ou ajustamento do estudante (Pinheiro, 2003).

Índices psicométricos obtidos nos estudos de validação: A construção/validação do QVA-r foi presidida por diversos critérios: a versão final do instrumento integra os itens que, do ponto de vista de validade de conteúdo, de dispersão e do poder discriminativo, se mostraram mais adequados (ver Almeida et al., 1999). Estudos posteriores com o QVA-r demonstram igualmente bons índices de validade dos itens (poder discriminativo) no seio da respetiva subescala: na subescala pessoal tais índices oscilaram entre .39 e .70, na subescala interpessoal entre .38 e .67, na subescala carreira entre .39 e .82, na subescala estudo entre .30 e .64 e na subescala institucional entre .17 e .61 (Soares et al., 2006).

Os estudos de avaliação da precisão do QVA-r (ver Almeida et al., 1999; Almeida, Soares, Salgueiro, Freitas, & Vasconcelos, 2004) foram realizados através da determinação da consistência interna, tendo os índices alfa de Cronbach superado os limiares críticos estabelecidos na literatura (Soares et al., 2006). Uma leitura da tabela 4.3, no qual se reúnem os valores de alfa de Cronbach das cinco dimensões do QVA-r encontrados no estudo de Almeida et al. (2004), permite concluir que todas as dimensões dos QVA-r apresentaram bons índices de consistência interna (quatro deles igual ou acima de .85), sendo o valor mais baixo de .72 para a dimensão institucional.

Para além dos procedimentos de validade de conteúdo utilizados nas fases iniciais de

construção do QVA-r, vários outros estudos foram conduzidos para apreciar a sua validade empírica (por referência a critério) e de construto (validade fatorial) (viz., Soares et al., 2006). A análise da validade interna do QVA-r, conseguida através do estudo da estrutura fatorial dos resultados nas cinco subescalas (ver Almeida et al., 2004), mostrou que os cinco fatores identificados explicam cerca de 45% da variância total.

Tabela 4.3. Dimensões e itens do QVA-r e valores da sua consistência interna num estudo de validação de Almeida et al. (2004).

Dimensão	Descrição	Itens	α Cronbach
Pessoal [DPes]	Dimensão dita mais pessoal e emocional da adaptação académica que inclui itens essencialmente associados às perceções de bem-estar, tanto físico como psicológico, e de autoestima, assim como outras facetas do <i>self</i> e da identidade do aluno.	Nº itens: 13. Itens: 4, 9, 11, 13, 17, 21, 23, 26, 28, 39, 45, 52, 55.	.87
Interpessoal [DIntp]	Dimensão dita mais interpessoal da adaptação, que inclui o relacionamento com os pares, o estabelecimento de relações de amizade e de intimidade e o envolvimento em atividades extracurriculares.	Nº itens: 13. Itens: 1, 6, 19, 24, 27, 30, 33, 36, 38, 40, 42, 43, 59.	.86
Carreira [DCar]	A dimensão curso-carreira engloba itens que procuram avaliar a adaptação ao curso (ou a satisfação com a escolha do curso), ao projeto vocacional (relacionado com o curso frequentado) e às perspetivas de carreira (ou as perceções de realização socioprofissional com a formação).	Nº itens: 13. Itens: 2, 5, 7, 8, 14, 18, 20, 22, 37, 51, 54, 56, 60.	.91
Estudo [DEst]	Dimensão que 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.	Nº itens: 13. Itens: 10, 25, 29, 31, 32, 34, 35, 41, 44, 47, 49, 53, 57.	.85
Institucional [DInst]	Fator institucional integra itens mais relacionados com o interesse do estudante pela instituição, o desejo de nela prosseguir os seus estudos, o conhecimento e a perceção da qualidade dos serviços e estruturas existentes.	Nº itens: 8. Itens: 3, 12, 15, 16, 46, 48, 50, 58.	.72

Normas, critérios ou parâmetros: Não existem normas para as subescalas do QVA-r. Os seus autores dão várias sugestões para apreciação dos resultados: recurso à ponderação direta dos valores obtidos através da comparação com a média e desvios-padrão dos resultados facultados (ver Soares et al., 2006), consideração do valor intermédio de cada subescala (calculado multiplicando o número de itens de cada subescala por 3, valor central na escala Likert de 5 pontos), ou análise do conteúdo dos itens pontuados de uma forma mais discrepante pelos alunos, em face dessa pontuação média no item ou do valor obtido na subescala.

Índices psicométricos no presente estudo: Para análise da distribuição e da

sensibilidade dos resultados nos itens do QVA-r determinaram-se frequências, medidas de tendência central (médias, medianas e modas) e de dispersão (desvios-padrão, variância, mínimos e máximos), índices de assimetria e de curtose⁸⁴ de todos os itens. Registaram-se respostas em todas as alternativas de resposta que cada item oferecia e verificou-se que a maioria dos coeficientes de assimetria e de curtose dos itens do QVA-r se situavam entre -1.00 e 1.00. Apenas os itens 12 (assimetria = -1.32; curtose = 2.09), 16 (assimetria = -1.37; curtose = 1.20), 46 (assimetria = -1.24; curtose = 0.07), 50 (assimetria = -1.52; curtose = 2.31) e 51 (assimetria = -1.21; curtose = 0.67) apresentaram índices ligeiramente acentuados, reveladores de uma distribuição com assimetria negativa e curtose positiva.

Em face da existência de informação prévia sobre a estrutura fatorial deste instrumento, procedeu-se a uma análise fatorial confirmatória do modelo de cinco fatores, a qual revelou resultados contraditórios: que se alguns índices indicaram um ajustamento adequado (RMSEA = .054, $p = .001$) ou sofrível ($\chi^2_{(1700)} = 2.58$; CFI = .807), outros houve que apontaram para uma má qualidade de ajustamento [GFI = .767; $\chi^2_{(1700)} = 4382.30$, $p < .001$]⁸⁵. Efetuou-se então, depois de avaliada a adequação da amostra e da matriz de correlações à análise fatorial (viabilizadas pelo valor do coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin [KMO], que excedeu o mínimo recomendado, e pelo teste de esfericidade de Bartlett, que revelou uma probabilidade de significância estatística adequada), o estudo da dimensionalidade⁸⁶ deste questionário através de uma análise em componentes principais⁸⁷,

⁸⁴ Os coeficientes de assimetria e de curtose informam-nos da assimetria relativamente a valores centrais (média ou mediana) encontrada na distribuição geral dos resultados e do grau de elevação ou achatamento do gráfico da distribuição dos resultados, respectivamente. Numa distribuição normal ou gaussiana dos resultados os desvios acima e abaixo da média anulam-se quando somados e o gráfico da distribuição assume a forma de um sino (curva mesocúrtica), obtendo-se coeficientes de assimetria e curtose próximos de zero (Pestana & Gageiro, 2008).

⁸⁵ Sem negligenciar a abundância de estatísticas e índices de qualidade de ajustamento e a relativa disparidade de valores de referência, as escolhas feitas neste âmbito fundamentaram-se na opinião de Marôco (2010).

⁸⁶ A verificação da dimensionalidade de um instrumento deve fundamentar-se em termos teóricos e empíricos. Em termos empíricos, a maioria dos autores recorre à análise fatorial dos itens com o objectivo de saber quantos e quais os fatores que o instrumento está a avaliar, assim como de identificar que itens se encontram associados a cada fator (Almeida & Freire, 2007).

⁸⁷ O método das componentes principais é um dos métodos de estimação mais usados para a extração dos fatores (ou componentes principais), constituindo um procedimento estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais, correlacionadas entre si, noutro conjunto com um menor número de variáveis e designadas por componentes principais, que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais, reduzindo a complexidade de interpretação dos dados. Através deste método, as componentes principais são calculadas por ordem decrescente de importância, isto é, pela máxima variância

seguida de rotação ortogonal de tipo Varimax⁸⁸, com restrição a cinco fatores, tendo emergido uma matriz explicativa de 46.1% da variância.

A tabela 4.4 sistematiza a distribuição dos itens do QVA-r pelos diferentes fatores e as respectivas saturações principais (por ordem decrescente de peso no fator) após rotação, bem como os valores próprios iniciais (antes da rotação), a percentagem da variância explicada inicial e o valor da consistência interna de cada um dos fatores.

É de salientar que os valores obtidos na variância explicada por cada uma das componentes principais (e pelo seu conjunto) foram muito próximos de estudos de validação anteriores (ver Almeida et al., 2004; Seco et al., 2005) e que os itens saturam, com valores acima de .30, nos fatores previstos, com exceção dos itens 29 e 15. O item 29 obteve uma saturação principal modesta (.30) no fator estudo e o item 15, pertencente à dimensão institucional em soluções fatoriais anteriores, alcançou nesta solução uma saturação superior no fator estudo (.32). O item 26 revelou-se fatorialmente complexo (saturação em mais do que um fator), com uma saturação secundária assinalável, acima de .40, no fator interpessoal. Como a escala já foi submetida a diversos estudos psicométricos, optou-se pela manutenção de todos os itens e nos fatores previstos originalmente. Confirmada a estrutura de cinco fatores obtida por Almeida et al. (1999) ou, mais recentemente, por Almeida et al. (2004), procedeu-se à análise da consistência interna⁸⁹ dos resultados nos itens através da leitura do coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das subescalas⁹⁰. Os valores do coeficiente obtidos (tabela 4.4), próximos dos valores divulgados pelos autores dos estudos de validação anteriores, apontam para a uniformidade e coerência entre as respostas dos sujeitos, uma vez que se situaram acima de .70, para

dos dados que conseguem explicar. A variância das componentes designa-se por valor próprio, raiz característica ou *eigenvalue*. (Pestana & Gageiro, 2008)

⁸⁸ A rotação dos fatores é um procedimento que tem por principal objectivo maximizar as saturações ou cargas (covariância existente entre o fator e a variável/item) dos itens nos respectivos fatores, podendo ser ortogonal (rotação que produz fatores ortogonais ou independentes entre si, sendo o método Varimax o mais usado) ou oblíqua (rotação que produz fatores correlacionados, sendo o método Promax o mais usado) (Almeida & Freire, 2007; Kahn, 2006). A literatura aponta diversos valores para critério limite mínimo de saturação: entre .50 (*cutoff* mais elevado) e .30 (*cutoff* mais baixo, utilizado sempre que há interesse, teoricamente fundamentado, em reter um número mais elevado de variáveis) (Almeida & Freire, 2007; Kahn, 2006; Pestana & Gageiro, 2008).

⁸⁹ Grau de uniformidade ou de coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens da escala e da subescala de pertença (Almeida & Freire, 2007). Os valores do coeficiente alfa de Cronbach abonatórios de uma boa consistência interna devem situar-se acima de .80 (Kline, 2000) ou dentro do intervalo aconselhado por vários autores: .70 a .90 (Almeida & Freire, 2007; Streiner & Norman, 1995).

⁹⁰ Como as subescalas são distintas, com baixa correlação entre si, estudaram-se separadamente.

todas as subescalas, e acima do critério mais exigente (.80), para quatro das subescalas do QVA-r.

Tabela 4.4. Distribuição dos itens do QVA-r pelos fatores e valores de saturação, raiz característica, variância explicada e consistência interna.

Fator 1 Carreira	Fator 2 Pessoal	Fator 3 Interpessoal	Fator 4 Estudo	Fator 5 Institucional
Escolha de curso (Item 7) .84	Pensamentos tristes (Item 39) .77	Convívio extra- aulas (Item 40) .78	Sistematização da informação (It.49) .71	Apreço pela instituição (It.12) .65
Curso e aptidões (Item 37) .80	Tristeza e abatimento (It.9) .75	Grupo de amigos (Item 24) .75	Prioridades e tempo (Item 41) .66	Interesse pela instituição (It.46) .59
Curso de sonho (Item 56) .75	Desorientação ou confusão (It.11) .73	Amizade e colegas (Item 27) .74	Trabalho em dia (Item 34) .66	Permanência na instituição (It.16) .58
Curso e realização profissional (It.22) .71	Ansiedade (Item 55) .73	Iniciativa no convívio (Item 42) .70	Gestão de tempo (Item 10) .64	Permanência na instituição (It.3) .54
Curso e gostos (Item 54) .70	Angústia (Item 28) .73	Colegas e crescimento (It.19) .67	Competências de estudo (Item 53) .64	Infra-estruturas da instituição (It.58) .53
Competências e área vocacional (Item 8) .70	Pessimismo (Item 17) .72	Facilidade na amizade (Item 1) .67	Bons apontamentos (Item 44) .62	Cidade da instituição (It.50) .45
Razões da escolha do curso (Item 5) .69	Controlo (Item 13) .69	Amizade e género (Item 33) .65	Ritmo de trabalho (Item 25) .59	Biblioteca da instituição (It.48) .38
Mudança de curso (Item 60) .63	Humor (Item 4) .60	Amizade e estabilidade (It.43) .63	Avaliação e tempo (Item 35) .56	Serviços da instituição (It.15) .29
Desilusão com curso (Item 51) .57	Debilidade física (Item 45) .54	Relações íntimas (Item 59) .60	Eficácia e avaliação (Item 47) .53	-
Envolvimento no curso (Item 14) .56	Isolamento (Item 26) .51	Amizade e simpatia (Item 38) .57	Plano diário (Item 32) .50	-
Percurso vocacional e expetativas (It.20) .55	Cansaço e sonolência (It.21) .49	Iniciativa no contato (Item 36) .53	Concentração (Item 31) .46	-
Valores e carreira (Item 2) .53	Dificuldade nas decisões (It.52) .45	Acompanhamento de colegas (Item 6) .45	Pontualidade (Item 57) .31	-
Curso e acesso (Item 18) .49	Autoconfiança (Item 23) .38	Ajuda de colegas (Item 30) .41	Uso da biblioteca (Item 29) .30	-
Valor próprio				
13.10	4.40	4.19	3.84	2.13
Variância explicada (%)				
21.83	7.34	6.98	6.40	3.55
α Cronbach				
.91	.90	.89	.84	.74

Nota. $N = 546$. Avaliação prévia da adequação da amostra e da matriz de correlações à análise fatorial: $KMO = .923$; teste de Bartlett: $\chi^2_{(1770)} = 15094.16, p < .001$.

Averiguou-se ainda a contribuição particular de cada item para a consistência interna da subescala de pertença, determinando-se a variação dos coeficientes alfa de Cronbach perante a exclusão dos itens, e o poder discriminativo ou validade interna dos itens, avaliado através da análise dos coeficientes de correlação de Pearson entre cada item e o total corrigido (excluindo o item)⁹¹. Os resultados evidenciaram a validade interna dos itens, dado que todos estes apresentaram correlações item-total (corrigido) acima do critério mais exigente de Kline ($.35 \leq r \leq .83$), exceto os itens 15 ($r = .28$), 29 ($r = .21$), 48 ($r = .26$) e 57 ($r = .24$). No mesmo sentido, à exceção dos itens 29, 48 e 57, cuja exclusão fez subir de modo desprezável (variação $\leq .01$) o coeficiente alfa de Cronbach da sua subescala, todos os outros mostraram contribuir para a consistência interna da subescala de pertença.

Versão em Português Europeu do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [WHOQOL-Bref]

Versões e autores: Com o propósito de (1) ampliar a avaliação das dimensões da saúde (além indicadores tradicionais de saúde), (2) desenvolver um instrumento de avaliação da qualidade de vida mais universal, que privilegiasse uma perspectiva transcultural, e (3) introduzir uma preocupação humanística nos cuidados de saúde, no sentido de acautelar a crescente tendência mecanicista da medicina, centrada apenas na erradicação da doença e dos sintomas, o WHOQOL Group, através de um projeto em que colaboraram 15 centros de investigação mundial e seguindo um método próprio, desenvolveu o instrumento WHOQOL na sua versão extensa (o WHOQOL-100; WHOQOL Group, 1994) e abreviada (o WHOQOL-Bref; WHOQOL Group, 1998) (Li et al., 2009; Paredes, 2006; WHO, 1998b). Presentemente o WHOQOL (nas duas versões) encontra-se traduzido, validado e disponível em mais de 40 idiomas (para uma revisão, cf. Simões, Sousa, Vilar, & Paredes, 2010), incluindo o português europeu. A Versão em Português Europeu do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100; Canavarró et al., 2006) e a Versão em Português Europeu do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref; Vaz Serra et al., 2006), utilizada neste estudo, foram

⁹¹ Segundo os critérios apontados por alguns autores (Pasquali, 2003; Streiner & Norman, 1995), são *bons* itens aqueles que se correlacionam acima de .20 com o total corrigido ou, adoptando um critério mais exigente, acima de .30 (Kline, 2000). De acordo com Pasquali (2003), se os itens, quando retirados, fazem aumentar o alfa global, significa que não contribuem para a sua consistência interna do instrumento.

desenvolvidos pelo Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida⁹², admitido pelo WHOQOL-Group em 2005.

Indicações de utilização (objeto de avaliação e população-alvo): A Versão em Português Europeu do WHOQOL-Bref é uma medida genérica, multidimensional e de essência transcultural, que permite uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (foca-se nos aspetos gerais da qualidade de vida e não em sintomas, consequências de estados de doença específicos ou efeitos adversos dos tratamentos, ainda que avalie o impacto deste últimos nas facetas e domínios significativos da qualidade de vida), podendo ser utilizada num largo espetro de perturbações psicológicas e físicas, bem como em indivíduos saudáveis da população portuguesa (Vaz Serra et al., 2006; WHOQOL Group, 1998).

Estrutura e cotação: Tal como a versão original (WHOQOL-Bref; WHOQOL Group, 1998), esta versão do instrumento é constituída por 26 questões (itens), organizadas em quatro domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), que avaliam 24 facetas específicas e uma faceta geral da qualidade de vida (avaliada por dois itens), como mostra a tabela 4.5.

Tabela 4.5. Dimensões e facetas da versão em português de Portugal do WHOQOL-Bref e valores da sua consistência interna num estudo de validação original (Vaz Serra et al., 2006).

Domínio	Facetas	Itens	α Cronbach
-	Faceta geral (FG) de avaliação global da qualidade de vida: Perceção geral de qualidade de vida e Perceção geral de saúde.	Nº itens: 2. Itens: 1, 2.	-
Físico [DFís]	Dor e desconforto; Dependência de medicação ou tratamentos; Energia e fadiga; Mobilidade; Sono e repouso; Atividades da vida diária; Capacidade de trabalho.	Nº itens: 7. Itens: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.	.87
Psicológico [DPsi]	Sentimentos positivos; Espiritualidade, religião, crenças pessoais; Pensamento, aprendizagem, memória e concentração; Imagem corporal e aparência; Autoestima; Sentimentos negativos.	Nº itens: 6. Itens: 5, 6, 7, 11, 19, 26.	.84
Relações Sociais [DRçS]	Relações pessoais; Atividade sexual; Apoio social.	Nº itens: 3. Itens: 20, 21, 22.	.64
Ambiente [DAmb]	Segurança física; Ambiente físico (poluição, barulho, trânsito, clima); Recursos económicos; Oportunidades para adquirir novas informações e competências; Participação e/ou oportunidade de recreio e lazer; Ambiente no lar; Disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais; Transporte.	Nº itens: 8. Itens: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.	.78

⁹² Mais recentemente este centro desenvolveu outras versões nacionais, baseadas no WHOQOL-100, que avaliam a qualidade de vida de pessoas infetados pelo VIH/SIDA (ver Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2011).

Cada uma das facetas específicas é avaliada por um item (no caso das facetas específicas) ou dois (no caso da faceta geral), correspondente a uma questão ou duas, formuladas para um formato de resposta de tipo Likert de 5 pontos, e com uma escala de intensidade (*Nada – MUITÍSSIMO*), capacidade (*Nada – Completamente*), frequência (*Nunca – Sempre*) e avaliação (*Muito insatisfeito – Muito satisfeito; Muito má – Muito boa*) (Vaz Serra et al., 2006; WHOQOL Group, 1998). Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo (havendo, no entanto, facetas – avaliadas pelos itens 3, 4 e 26 – que estão formuladas negativamente, pelo que é necessário recodificá-las em sentido inverso), donde as pontuações mais altas representam melhor perceção de qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006).

Índices psicométricos obtidos no estudo de validação: Segundo os autores dos estudos psicométricos, os critérios utilizados na seleção dos itens da Versão em Português Europeu do WHOQOL-Bref foram simultaneamente conceituais e psicométricos, uma vez que atenderam à sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, à sua relação com o modelo geral de qualidade de vida e à sua capacidade discriminativa (Vaz Serra et al., 2006; WHOQOL Group, 1998).

Os estudos de avaliação da precisão do instrumento abrangeram a análise da sua consistência interna e da sua estabilidade temporal. Os valores do coeficiente alfa de Cronbach obtidos para o conjunto dos quatro domínios, para os 26 itens e para os domínios individualmente considerados (tabela 4.5) foram abonatórios de uma boa consistência interna, tendo variado entre .64 (domínio das relações sociais) e .87 (domínio físico) e, para o conjunto dos 26 itens, alcançado os .92. Os coeficientes de correlação teste-reteste encontrados foram também, na sua maioria, satisfatórios (todos acima .65). A inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias das aplicações do instrumento acusou a boa estabilidade temporal da Versão em Português Europeu do WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006).

No que se prende com a validade discriminante, verificou-se que este instrumento discriminava bem os indivíduos da população normal dos indivíduos com patologia médica associada em todos os domínios, assim como na faceta geral da qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006).

Em relação à validade de construto, constatou-se que os quatro domínios desta versão se correlacionavam de forma significativa entre si e com a faceta geral da qualidade

de vida e que da regressão linear múltipla dos quatro domínios em relação à faceta geral resultou um modelo linear com todos os domínios da versão em português de Portugal do WHOQOL-Bref que explicava 58.8% da variância.

Normas, critérios ou parâmetros: Não existem valores normativos para a população portuguesa. Os valores seguintes, encontrados na amostra de controlo (população saudável) pelos autores dos estudos psicométricos da Versão em Português Europeu do WHOQOL-Bref, foram utilizados como valores normativos: $M_{(FG)} = 71.5$, $DP_{(FG)} = 13.3$; $M_{(DFis)} = 77.5$, $DP_{(DFis)} = 12.3$; $M_{(DPsi)} = 72.4$, $DP_{(DPsi)} = 13.5$; $M_{(DRçS)} = 70.4$, $DP_{(DRçS)} = 14.5$; $M_{(DAmb)} = 64.9$, $DP_{(DAmb)} = 12.2$ (Vaz Serra et al., 2006).

Índices psicométricos no presente estudo: Calcularam-se frequências, medidas de tendência central e de dispersão, índices de assimetria e de curtose de todos os itens, para analisar a distribuição e a sensibilidade dos resultados nos itens deste instrumento. Os resultados descritivos ($n = 532$) evidenciaram a utilização de todas as alternativas de resposta da maioria dos itens (os itens 1, 2, 13 e 17 só não registaram respostas na alternativa correspondente ao extremo inferior), bem como a simetria e a mesocurtose da curva de distribuição dos resultados em quase todos os itens. Apenas os itens 4 (assimetria = -1.37; curtose = 1.66), 5 (assimetria = -1.29; curtose = 2.36) e 15 (assimetria = -1.10; curtose = 1.37) apresentaram índices de assimetria e de curtose que ultrapassaram ligeiramente a unidade, reveladores de uma distribuição com assimetria negativa e curtose positiva.

Seguindo as indicações de Skevington e Wright (2001) relativamente a uma boa validade de construto e os procedimentos do estudo original de validação nacional do instrumento, para o estudo da validade de construto da Versão em Português Europeu do WHOQOL-Bref, determinaram-se as correlações entre os diferentes domínios do instrumento e entre estes e a faceta geral e, posteriormente, realizou-se uma regressão linear múltipla dos domínios do instrumento em relação à faceta geral (tabela 4.6), no sentido de testar a capacidade preditora de cada um desses domínios em relação à qualidade de vida geral.

Verificou-se que os quatro domínios se correlacionavam de forma significativa ($p < .01$) entre si e com a faceta geral, oscilando as correlações entre fracas e moderadas: o valor mais baixo foi encontrado entre o domínio das relações sociais e a faceta geral ($r = .32$) e o mais elevado foi encontrado entre os domínios físico e psicológico ($r = .60$). Na

tabela 4.6 pode observar-se que apenas os domínios físico, psicológico e ambiente parecem ter uma boa capacidade preditora em relação à qualidade de vida geral, de acordo com um modelo linear explicativo de 41.5% da variância. Deste modo, nesta amostra, o domínio das relações sociais revelou-se o domínio mais frágil dentro da estrutura de domínios da Versão em Português Europeu do WHOQOL-Bref, muito provavelmente devido ao reduzido número de itens que o compõem e ao facto de um desses itens ser relativo à satisfação com a vida sexual (quando a amostra deste estudo comporta uma percentagem considerável de jovens-adultos que ainda não iniciou a sua atividade sexual).

Tabela 4.6. Regressão linear múltipla dos diferentes domínios da versão em português de Portugal do WHOQOL-Bref em relação à qualidade de vida geral (faceta geral) e valores da consistência interna de cada um dos domínios.

Domínios da Qualidade de Vida	β ($N = 530$)	p ($N = 530$)	α Cronbach ($N = 532$)
DFís	.265	< .001	.73
DPsi	.294	< .001	.79
DRçS	.015	.696	.66
DAmb	.192	< .001	.74

Nota. Percentagem de variância explicada: 41.47 % [$F_{(4, 525)} = 92.98, p < .001$].

A análise da consistência interna dos resultados nos itens foi feita, mais uma vez, através da leitura do coeficiente do alfa de Cronbach para escala e para cada uma das subescalas. Os valores obtidos no presente estudo são abonatórios de uma boa consistência interna: $\alpha = .89$, para o conjunto dos 26 itens do instrumento, e $.66 \leq \alpha \leq .79$ (tabela 4.6), quando os quatro domínios são individualmente considerados. Apenas o coeficiente relativo ao domínio das relações sociais, à semelhança do estudo de validação original, ficou um pouco abaixo do limiar mínimo (.70) estabelecido por alguns autores (Almeida & Freire, 2007; Streiner & Norman, 1995). Por fim, a contribuição particular de cada item para a consistência interna da escala e da subescala de pertença e a validade interna dos itens foram ainda apreciados. Como todos os itens apresentaram correlações item-total (corrigido) acima de .29 ($.29 \leq r \leq .65$) e a exclusão de cada um dos itens não aumentou o coeficiente alfa de Cronbach da escala, concluiu-se pela boa validade interna dos itens, assim como pela sua importância ou contribuição individual para a consistência interna desta versão do WHOQOL-Bref. Resultados similares foram obtidos para cada uma das suas subescalas: todos os itens que compõem as subescalas encontravam-se correlacionados acima de .30 com o total corrigido e os coeficientes alfa de Cronbach de cada uma das subescalas diminuíram quando excluído cada um dos itens, exceto o 21,

ficando assim demonstrada a importância de cada um deles para a homogeneidade do domínio. Optou-se pela manutenção do item 21 (cuja exclusão favoreceria a consistência interna da subescala: $\alpha = .74$), devido aos valores aceitáveis da correlação item-total corrigido ($r = .36$), sendo o seu comportamento acautelado em futuras análises.

Questionário do Estado de Saúde [SF-8]

Versões e autores: Num período em que as medidas positivas do estado de saúde se tornavam instrumentos indiscutíveis de avaliação da saúde (décadas 70 e 80) realizaram-se dois estudos, *The Rand Health Insurance Study* e o *Medical Outcomes Study* [MOS], no âmbito dos quais foram desenvolvidas técnicas para examinar o estado de saúde (viz., a saúde física, a saúde mental, a saúde social e a perceção geral de saúde) das pessoas, de que são exemplo o *General Health Rating Index* e o *Functioning and Well-Being Profile*, e as formas reduzidas (*short forms* [SF]) dessas técnicas (Ribeiro, 2005). Assim, e depois de sucessivas tentativas para construir e aperfeiçoar questionários reduzidos que permitissem uma avaliação compreensiva do estado de saúde, apareceu o *MOS 36-Item Short-Form Health Survey* (Ware & Sherbourne, 1992), *36-Item Short-Form Health Survey*, *SF-36 Health Survey* ou simplesmente SF-36 (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993), versão⁹³ 1.0 (a mais estudada) e 2.0. Apesar de este instrumento constituir uma forma reduzida, novas versões reduzidas do SF-36 surgiram a partir dele, com igual valor de aplicação, pela mão do mesmo grupo Ware e colaboradores: o SF-12 e, posteriormente, o SF-8, cuja versão portuguesa de Ribeiro (2005) foi utilizada neste estudo.

Indicações de utilização (objeto de avaliação e população-alvo): A versão portuguesa do SF-8, à semelhança da versão que lhe deu origem, é um questionário de autorrelato breve e genérico para a avaliação do estado de saúde de indivíduos a partir dos 14 anos de idade com ou sem doença, diferindo por isso de outras medidas que se destinam especificamente a um grupo de idade, a uma doença particular ou a um tratamento específico (Meneses, Ribeiro, & Silva, 2002; Ribeiro, 2005; Ware & Gandek, 1998).

Assim como o SF-36, o SF-8 foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos (prática clínica, investigação, estudos da população em geral e avaliações de

⁹³ A diferença entre as duas versões consiste principalmente na alteração do número de alternativas de resposta a alguns itens, que passam de duas para cinco, podendo ainda a versão 1.0 ser designada de *RAND 36 Item Health Survey 1.0* ou *SF-36 Health Survey*, em função da organização (*RAND* ou *Medical Outcomes Trust*) que a assume (Ribeiro, 2005).

políticas de saúde), podendo ser autoadministrado ou a administração ser assistida por um entrevistador devidamente treinado para o efeito, no âmbito de uma entrevista pessoal ou por telefone (Meneses et al., 2002; Ribeiro, 2005; Ware et al., 1993).

Estrutura e cotação: A versão portuguesa do SF-8 é constituída por oito questões (itens), distribuídos por oito dimensões ou domínios (funcionamento físico, funcionamento social, desempenho físico, desempenho emocional, saúde mental, vitalidade, dor corporal e saúde em geral) que, por sua vez, se associam a dois componentes, o físico e o mental, como exposto na tabela 4.7 (Ribeiro, 2005). O mesmo autor indica que cada uma das dimensões é avaliada por um item e cada um dos componentes engloba quatro itens, cujas respostas variam entre duas e seis alternativas. Os itens e as escalas são cotados de tal modo (os itens negativos – 1, 5 e 7 – estão cotados inversamente, sendo obrigatório recodificá-los antes de computar as notas das escalas) que um resultado mais elevado indica um melhor estado de saúde, em cada uma das dimensões (Ribeiro, 2005). Os resultados de cada componente devem expressar-se entre 0 e 100 (valores limítrofes que expressam pior e melhor perceção de saúde), recorrendo ao enunciado matemático já apresentado para a transformação das notas.

Índices psicométricos obtidos no estudo de validação: Ribeiro (2005), autor do processo de validação da versão portuguesa das três versões do instrumento em estudo⁹⁴, replicou o procedimento original de validação. Começou por inspecionar a validade dos itens, procurando aqueles que melhor prediziam a escala a que pertenciam (a este respeito, note-se que o item escolhido para a dimensão vitalidade da versão portuguesa foi diferente do da versão original e que as correlações entre o item e a escala total corrigida variaram entre .56 e .60, para o componente físico, e entre .50 e .63, para o componente mental). Procedeu à análise fatorial confirmatória das dimensões, através de uma análise de componentes principais com rotação Varimax e critério Kaiser, para dois fatores (que no seu conjunto explicaram 60.0% da variância total), e à análise da consistência interna para as duas subescalas, alcançando valores no coeficiente alfa de Cronbach acima de .70, como mostra a tabela 4.7. Por fim, no estudo da sensibilidade da versão portuguesa do SF-8, Ribeiro (2005) comparou as diferenças entre grupos de sujeitos sem doença e com doença crónica e entre grupos de géneros diferentes e concluiu que o este estudo seguia o padrão

⁹⁴ Ainda que os primeiros dados psicométricos sobre a versão portuguesa do MOS SF-36 tenham sido publicados em 2000 (Ferreira, 2000a, 2000b) num estudo com limitações óbvias de validação, decorrentes da amostra utilizada: mulheres grávidas.

dos outros países (os indivíduos do género masculino e os não doentes têm melhores níveis de perceção de saúde) e que esta versão era uma alternativa válida à versão portuguesa do SF-36.

Tabela 4.7. Componentes, dimensões, itens da escala SF-8 e valores da sua consistência interna no estudo de validação original.

Componente	Dimensão	Itens	α Cronbach
Física [CF]	Saúde geral; Funcionamento físico; Desempenho físico; Dor corporal.	Nº itens: 4.	.71
		Itens: 1, 2, 3, 5.	
Mental [CM]	Desempenho emocional; Vitalidade; Saúde mental; Funcionamento social.	Nº itens: 4.	.72
		Itens: 4, 6(a), 6(b), 7.	

Normas, critérios ou parâmetros: Ribeiro determinou valores normativos para todas as versões (ver Ribeiro, 2005, pp. 128-132). Na tabela seguinte (tabela 4.8) podem ser encontrados os valores normativos da versão portuguesa do SF-8.

Tabela 4.8. Resultados da mediana (percentil 50), dos percentis 25 e 75 para o grupo não doente, do género masculino e feminino e do grupo etário dos 15-24 anos, para cada um dos componentes do SF-8.

Percentil	Grupo não doente					
	Grupo etário: 15-24		Género			
			Masculino		Feminino	
	CF	CM	CF	CM	CF	CM
P25	61.7	53.3	61.7	60.0	50.0	53.3
P50 (Mediana)	78.3	66.7	78.3	73.3	70.0	66.7
P75	86.7	80.0	86.7	86.7	86.7	80.0

Índices psicométricos no presente estudo: No estudo da distribuição e da sensibilidade dos resultados nos itens determinaram-se, mais uma vez, frequências, medidas de tendência central e de dispersão, índices de assimetria e de curtose dos itens da versão portuguesa do SF-8. Constatou-se que todas as alternativas de resposta foram utilizadas e que a maioria dos coeficientes de assimetria e de curtose dos itens do SF-8 se situavam entre -1.00 e 1.00. Os itens 2 (assimetria = -2.09; curtose = 3.48) e 3 (assimetria = -1.52; curtose = 0.32) manifestaram, sobretudo o primeiro, índices mais acentuados, reveladores de uma distribuição assimétrica negativa e com curtose positiva.

Perante a existência de informação prévia sobre a estrutura fatorial deste instrumento, começou por se proceder a uma análise fatorial confirmatória do modelo de dois fatores, a qual revelou que a estrutura original não se mantinha na presente amostra – se alguns índices indicaram um ajustamento sofrível (CFI = .830, GFI = .875), outros houve que apontaram para uma má qualidade de ajustamento [$\chi^2_{(19)} = 352.88$, $p < .001$;

$\chi^2/gf = 18.57$; $RMSEA = .180$, $p < .001$]. Avançou-se então, depois de avaliada a adequação da amostra e da matriz de correlações à análise fatorial (ver coeficiente KMO e teste de Bartlett na tabela 4.9), para o estudo da dimensionalidade do questionário através de uma análise em componentes principais, seguida de rotação ortogonal de tipo Varimax, com restrição a dois fatores, tendo emergido uma matriz explicativa de 59.8% da variância.

Tabela 4.9. Distribuição dos itens do SF-8 pelos fatores e valores de saturação, raiz característica, variância explicada e consistência interna.

Fator 1 Mental	Fator 2 Físico
Saúde mental (Item 6b) .80	Funcionamento físico (Item 2) .96
Vitalidade (Item 6a) .71	Desempenho físico (Item 3) .96
Funcionamento social (Item 7) .68	Dor corporal (Item 5) .39
Desempenho emocional (Item 4) .55	Saúde geral (Item 1) .21
Valor próprio	
3.18	1.61
Variância explicada (%)	
39.75	20.09
α Cronbach	
.69	.70

Nota. $N = 546$. Avaliação prévia da adequação da amostra e da matriz de correlações à análise fatorial: $KMO = .717$; teste de Bartlett: $\chi^2_{(28)} = 1977.37$, $p < .001$.

A tabela anterior (tabela 4.9) sistematiza a distribuição dos itens da versão portuguesa do SF-8 pelos diferentes fatores e as respectivas saturações principais (por ordem decrescente de peso no fator) após rotação, bem como os valores próprios iniciais (antes da rotação), a percentagem da variância explicada inicial e o valor da consistência interna de cada um dos fatores.

Note-se que os valores alcançados na variância explicada por cada uma das componentes principais foram relativamente diferentes do estudo de validação original (viz., Ribeiro, 2005), no qual o fator físico se assumia o mais preponderante. Por sua vez, os itens saturaram, com valores acima de .30, nos fatores previstos, com exceção do item 1 (pertencente ao fator físico em soluções fatoriais anteriores, alcançou nesta solução uma saturação superior no fator mental: .77), e o item 4 revelou-se fatorialmente complexo, com uma saturação secundária assinalável, acima de .40, no outro fator. Optou-se pela manutenção de todos os itens e nos fatores previstos originalmente, perante os resultados satisfatórios de estudos anteriores (e.g., Mestre, 2010; Ribeiro, 2005).

Confirmada a estrutura de dois fatores alcançada no estudo de validação nacional,

procedeu-se à análise do grau de uniformidade e coerência entre as respostas dos sujeitos através da leitura do coeficiente alfa de Cronbach de cada uma das subescalas e da escala (uma vez que as suas subescalas se correlacionavam de forma significativa: $r = .52$, $p < .001$). Os coeficientes adquiridos são abonatórios de uma consistência interna aceitável, tendo em consideração o reduzido número de itens deste instrumento: $\alpha = .78$, para o total de itens da versão portuguesa do SF-8, e próximos de $.70$ (tabela 4.9), quando as subescalas são individualmente consideradas. Averiguou-se ainda a validade interna dos itens e a sua contribuição particular para a consistência interna da escala e da subescala de pertença. Assim, os itens da escala revelaram-se bons itens, na medida em que apresentaram correlações item-total (corrigido) acima de $.27$ ($.27 \leq r \leq .62$) e a exclusão de cada um não aumentou o coeficiente alfa de Cronbach da escala ou, no caso do item 5, aumentou de modo quase desprezável (variação $\leq .01$). No mesmo sentido, os itens de cada uma das subescalas evidenciaram boa validade interna, com correlações item-total (corrigido) acima de $.30$ ($.30 \leq r \leq .57$), e a sua importância para a consistência interna das subescalas de pertença, uma vez que os coeficientes alfa de Cronbach de cada uma das subescalas diminuíram quando excluído cada um dos itens ou, no caso do item 1, aumentou subtilmente (variação $\leq .01$).

Questionário de estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior, versão A [QESST_A]

Caracterização: Questionário de autorrelato, composto por 25 questões (algumas das quais com subalíneas, perfazendo um total de 61 itens) do tipo aberto, fechado e semi-aberto⁹⁵, que foi construído pelos autores, com o objetivo de obter informações pertinentes ao estudo não fornecidas pelos outros instrumentos, nomeadamente⁹⁶:

- As características sociodemográficas e escolares/académicas do primeiranista, já mencionadas no ponto 3.1. deste capítulo (15 itens de resposta

⁹⁵ As questões do tipo aberto não têm alternativas de resposta impostas, ao contrário das do tipo fechado, que têm um repertório de respostas indicado (podendo ainda ser, consoante o número de respostas e a existência de uma ordem entre elas, do tipo fechado dicotómico, de múltipla escolha ou escalar). As questões do tipo semi-aberto ou misto apresentam um repertório indicado, ao qual o respondente pode acrescentar outras alternativas de resposta (Almeida & Freire, 2007; Hill & Hill, 2008).

⁹⁶ Foram colhidas, através deste questionário, mais variáveis (e.g., o peso e a altura do aluno, a sua perceção geral do estado de saúde e do grau de sucesso nos seus processos de transição e adaptação ao superior, entre outras) do que as mencionadas nas hipóteses de investigação deste estudo. A sua exclusão do estudo prendeu-se sobretudo com a falta de exatidão da informação fornecida pelas medidas escolhidas para as avaliar.

aberta, mista e fechada com várias alternativas);

- A participação do aluno em atividades extracurriculares (três itens, um do tipo misto e dois do tipo fechado, com três alternativas de resposta);

- A percepção do estudante relativamente ao grau de sucesso no seu processo de adaptação/ajustamento ao ensino superior (um item formulado para uma escala de intensidade de resposta tipo Likert, com cinco opções: *Muito a Nada*);

- O apoio recebido e desejado pelo estudante (dois itens do tipo misto);

- A avaliação semestral (as disciplinas frequentadas, as disciplinas às quais não obtiveram aprovação e as classificações positivas obtidas) de modo a determinar o desempenho escolar do estudante;

- A caracterização (sobretudo em termos de frequência), em dois momentos diferentes (antes do ingresso e na UC), de sete CAS⁹⁷ do estilo de vida, nomeadamente: comportamento alimentar (quatro itens, dois do tipo aberto e os outros do tipo fechado escalar com três opções de resposta), padrão sono-vigília (quatro itens, dois do tipo aberto e os outros do tipo fechado escalar com três opções de resposta), padrão de atividades físicas (dois itens do tipo fechado escalar com três opções de resposta), consumo de substâncias psicoativas como o álcool, a nicotina, a cafeína e as drogas ilícitas (10 itens, oito do tipo aberto e dois do tipo fechado escalar com três opções de resposta), automedicação (dois itens do tipo fechado escalar com três opções de resposta), comportamento sexual (quatro itens do tipo fechado escalar com três opções de resposta) e monitorização da saúde (dois itens do tipo fechado escalar com três opções de resposta). Os itens são cotados de modo a permitir não só a caracterização dos CAS, antes e depois do ingresso na universidade, mas também a determinação do ICEV e da evolução do estilo de vida (quando os CAS são considerados isoladamente ou no seu conjunto);

- A percepção do estudante sobre o impacto das alterações (no seu estilo de vida, avaliadas anteriormente) no respetivo estado de saúde, processo de adaptação e desempenho escolar (três itens do tipo fechado com três opções de resposta) e o seu desejo de mudar algum dos CAS reportados (um item formulado para resposta

⁹⁷ O conjunto de CAS selecionado para incluir esta secção do questionário baseou-se em instrumentos da área, como a secção A da versão portuguesa do EHBS (Geada et al., 1994) ou o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 2004).

mista);

- O peso e a altura do estudante (dois itens de resposta aberta);
- Uma medida subjetiva e global do estado de saúde física e psicológica (dois itens formulados para uma escala de avaliação de resposta tipo Likert, com cinco opções: *Excelente a Má*).

4. Procedimentos de recrutamento e de recolha de dados

Os participantes foram recrutados em contexto de sala de aula (depois de terminada a aula, em boa parte dos casos transversal a várias cursos da mesma faculdade, e antes de os alunos saírem da sala), em todas as faculdades da UC, durante o segundo semestre letivo 2009/2010 (entre os meses de março e maio de 2010). A recolha dos dados foi feita através do preenchimento individual do protocolo de avaliação descrito no ponto anterior e sob a supervisão da investigadora, que distribuiu os protocolos de avaliação em função da sala e do número de alunos presentes (de modo a diminuir perturbações no preenchimento, incitadas pelo ruído proveniente do exterior da sala ou pelos comentários colaterais entre os participantes), esclareceu todas as dúvidas suscitadas, cronometrou o tempo de preenchimento (limite de tempo estabelecido previamente: 30 minutos), recolheu e verificou os inquéritos um a um. Em conformidade com as exigências éticas, a recolha de dados foi precedida do consentimento da direção das faculdades participantes, assim como dos professores que cederam parte da aula, e dos alunos, aos quais foram apresentados o tema da investigação e os critérios de amostragem e garantidos o carácter voluntário da participação, o anonimato e a confidencialidade das respostas (apêndices 2, 3 e 4).

5. Tratamento dos dados

O tratamento estatístico dos dados processou-se no programa IBM SPSS (v. 20.0).

Para a descrição e sumarização dos dados (estatística descritiva), determinaram-se frequências simples (absolutas e relativas) e medidas de tendência central (médias, medianas e modas), de dispersão (desvios-padrão e mínimos/máximos), de posição e da forma (quartis e coeficientes de assimetria e curtose, respetivamente).

No âmbito do estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação utilizados (apresentado no ponto 3.2), efetuaram-se, depois de terem sido encontradas as estatísticas descritivas dos itens (para a distribuição e a sensibilidade dos resultados nos

itens), análises de componentes principais com rotação Varimax (após a obtenção de resultados insatisfatórios nas análises fatoriais confirmatórias prévias) e regressões lineares múltiplas (para a validade de construto), e calcularam-se coeficientes alfa de Cronbach (para a consistência interna) e coeficientes de correlação r de Pearson (para a validade interna do item).

O teste de hipóteses sobre as diferenças entre as variáveis do estilo de vida do estudante (CAS isolado e ICEV) antes e depois do ingresso na universidade fez-se com recurso ao teste t de Student para amostras emparelhadas ou à sua alternativa não paramétrica (teste de Wilcoxon), dependendo da natureza da medida das variáveis.

O mesmo teste t de Student para amostras emparelhadas foi ainda usado para saber se as diferenças entre as médias das variáveis rácio desempenho escolar e nota de ingresso eram estatisticamente significativas.

Já no estudo dos fatores sociodemográficos e escolares/acadêmicos de variabilidade do estilo de vida atual e das variáveis de saúde e de sucesso acadêmico, aplicaram-se testes F da análise da variância multivariada [MANOVA] ou univariada [ANOVA], dependendo do número de variáveis dependentes estudadas simultaneamente. Na análise univariada, perante a violação dos pressupostos para utilização da estatística paramétrica, empregou-se o equivalente não paramétrico da ANOVA para mais de duas amostras independentes (teste de Kruskal-Wallis). Os testes de comparações múltiplas (viz., teste de Bonferroni e teste de H. S. D. de Tukey, quando havia homogeneidade da variância entre os grupos, ou teste T_2 de Tamhane, perante a inexistência de homogeneidade da variâncias, ou testes múltiplos de U de Mann-Whitney com correção de Bonferroni, no seguimento da utilização de teste de Kruskal-Wallis) usados posteriormente serviram para localizar as diferenças entre grupos (somente na presença de fatores com mais de dois níveis).

Na avaliação do efeito dos fatores ICEV e prática de atividades físicas (atuais) nas variáveis de saúde, bem como do efeito dos fatores ICEV e consumo de álcool em excesso (também no ensino superior) nos indicadores de sucesso acadêmico, aplicaram-se novamente testes F da (M)ANOVA (dependendo do número de variáveis dependentes estudadas simultaneamente) com dois fatores (2x2).

Por fim, no estudo da relação entre o estilo de vida atual e as variáveis de saúde e de sucesso acadêmico determinaram-se medidas de associação (coeficientes de correlação, como o produto-momento de Pearson, r , ou a sua alternativa não paramétrica, ρ (Rho) de

Spearman, dependendo da natureza da medida das variáveis, e coeficientes de determinação, r^2 e ρ^2) entre ICEV/CAS (atuais) e estado de saúde, qualidade de vida, desempenho académico e qualidade das vivências académicas adaptativas – a interpretação da intensidade das associações obedeceu aos critérios sugeridos por Pestana e Gageiro (2008). Na continuação do estudo da relação anterior executaram-se análises de regressão linear múltipla hierárquica de modo a contabilizar a capacidade do ICEV atual (assumida como variável explicativa de interesse) explicar as variáveis de saúde e de sucesso académico (assumidas como variáveis resultado), quando controladas determinadas características sociodemográficas e académicas do primeiranista.

A escolha entre testes paramétricos e não paramétricos foi precedida da análise dos pressupostos para a utilização dos testes mais exigentes. Assim, procurou-se respeitar os pressupostos habitualmente exigidos para recorrer a testes paramétricos (ver Almeida & Freire, 2007; Cohen, 2008; Pestana & Gageiro, 2008): nível de medida (variáveis medidas numa escala intervalar ou de razão⁹⁸), independência das observações, normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias (ou, em alternativa, número semelhante de sujeitos nos diferentes grupos a comparar; consideraram-se grupos de dimensão semelhante aqueles cujo quociente entre a maior dimensão e a menor era inferior a 1.5). Na análise da variância multivariada, houve ainda o cuidado de garantir os pressupostos da homogeneidade das matrizes de variância-covariância, restrição na multicolinearidade (e singularidade) entre variáveis dependentes e da ausência de observações aberrantes (*outliers*) e influentes, para além dos referidos acima. Já na análise de regressão múltipla hierárquica, acautelaram-se os pressupostos da linearidade entre variáveis preditoras (ou explicativas) e critério (ou resultado) e da restrição na multicolinearidade (e singularidade) entre preditoras, para além dos já mencionados (homocedasticidade, independência, normalidade e do controlo de observações aberrantes e influentes).

No estudo da normalidade de uma distribuição consideraram-se as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de forma (coeficientes de assimetria e de curtose), bem como testes de aderência à normalidade (Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors, e Shapiro-Wilk) e gráficos Q-Q plot. Nalguns casos, perante a

⁹⁸ Esta restrição não é absoluta, uma vez que é possível recorrer a variáveis artificiais (*dummy*), tal como aconteceu nas análises de regressão.

robustez dos testes paramétricos a violações menores de normalidade, aceitaram-se distribuições assimétricas e não mesocúrticas, desde que os coeficientes de curtose e assimetria não excedessem substancialmente a unidade e as dimensões dos grupos em comparação fossem suficientemente grandes.

Na verificação da homogeneidade da variância ou da homocedasticidade foram considerados os valores do teste de Levene e do teste de Box (para a igualdade das matrizes de covariância) ou a relação (representada graficamente) entre resíduos estandardizados e os valores estimados da variável critério.

A análise da multicolinearidade (e da singularidade) concretizou-se através da observação da matriz de correlações e da determinação dos valores de tolerância (e do seu inverso, mais conhecido por VIF).

A identificação de observações aberrantes e influentes foi feita com base na análise de resíduos, dos valores *leverage* e da distância de Cook. Recorreu-se à remoção destas observações sempre que a qualidade do ajustamento do modelo era promovida.

Para que a presença de um efeito estatístico fosse considerado significativo, utilizou-se o nível de significância convencionado, desde a proposta de Ronald Fisher, de .05. Em conformidade com a recomendação da APA (2010), os valores dos testes de estatística inferencial foram acompanhados dos respetivos valor-*p* (ou probabilidade de significância) e (valor absoluto do) tamanho ou magnitude do efeito. Este último, entendido como uma estatística descritiva que serve de importante complemento ao teste de significância estatística (Ellis, 2010), foi calculado a partir de enunciados matemáticos⁹⁹ (e.g., *d* de Cohen) ou, quando possível, extraído diretamente do *output* do SPSS (e.g., eta quadrado parcial ou η_p^2). A interpretação da magnitude do efeito procurou obedecer aos critérios frequentemente apontados na literatura (e.g., Cohen, 1988, citado por Loureiro & Gameiro, 2011; Cohen, 1992; Ellis, 2010; Hopkins, 2002): magnitudes pequenas ($\phi \geq .10$, $r \geq .10$, $d \geq .20$, $R^2 \geq .02$, $\eta^2 \geq .01$), magnitudes médias ($\phi \geq .30$, $r \geq .30$, $d \geq .50$, $R^2 \geq .13$, $\eta^2 \geq .06$) e magnitudes elevadas ($\phi \geq .50$, $r \geq .50$, $d \geq .80$, $R^2 \geq .26$, $\eta^2 \geq .14$).

⁹⁹ Estes enunciados matemáticos, encontrados na literatura (e.g., Conboy, 2003; Courtina & Nouri, 2000; Loureiro & Gameiro, 2011), utilizam estatísticas como *t*, *Z*, χ^2 , *M* ou MQ_{erro} , dadas pelos *outputs* do programa SPSS.

6. Resultados

De modo a dar resposta aos objetivos estabelecidos para este estudo, e uma vez delineado o perfil dos sujeitos relativamente às características sociodemográficas e escolares/académicas (ponto 2.3 do presente capítulo), procedeu-se ao estudo descritivo das restantes variáveis e aos testes de hipóteses, obtendo-se os resultados a seguir detalhados.

6.1. Alterações no estilo de vida, impacto percebido e desejo de mudança do primeiranista

A tabela 4.10 resume os dados descritivos da caracterização dos sete CAS na amostra (antes e depois do ingresso no ensino superior) e da evolução do estilo de vida (medida geral e CAS isolado) dos 546 primeiranistas. Numa primeira leitura destes dados sobressaiu o seguinte: por um lado, todos os CAS estudados pareciam ter registado variações entre as medidas relativas aos dois momentos comparados e, por outro, estas aparentes variações (1) nem sempre representavam alterações de comportamento negativas para a saúde (ao contrário do que aconteceu para a maioria dos alunos na variável frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas), dado que nas variáveis duração do sono e qualidade/diversidade nutricional a diminuição observada nas medidas de tendência central se traduziu em alterações de comportamento positivas para a saúde para um número expressivo de pessoas (entre 33.2% e 48.0% da amostra), ou (2) não exprimiam o grande número de alunos (entre 47.1% e 88.1% da amostra) que mantiveram um estilo de vida saudável na transição (sobretudo ao nível das 10 variáveis restantes).

Tabela 4.10. Caracterização do estilo de vida (anterior e atual) e distribuição da amostra pelas categorias da evolução do estilo de vida.

Estilo de vida	Medidas obtidas para o estilo de vida		Evolução do estilo de vida	
	Anterior	Atual		
	$M \pm DP$ (Min - Max) ou % (f_o)		$M \pm DP$ (Min - Max) ou % (f_o)	
Comportamento alimentar				
Quantidade de refeições principais e ligeiras (refeições/dia)	4.3 \pm 0.8 (2 - 8)	4.1 \pm 1.0 (2 - 12)	MN 5.9 (32) AP 11.7 (64)	AN 17.8 (97) MP 64.7 (353)
Qualidade/diversidade nutricional dos alimentos ingeridos	Fraca: 4.4 (24) Satisf: 24.9 (136) Boa: 70.7 (386)	Fraca: 13.2 (72) Satisf: 56.8 (310) Boa: 30.0 (164)	MN 3.5 (19) AP 48.0 (262)	AN 9.7 (53) MP 38.8 (212)

(cont.)

(cont.)

Estilo de vida	Medidas obtidas para o estilo de vida		Evolução do estilo de vida	
	Anterior	Atual		
	$M \pm DP$ (Min - Max) ou % (f_o)		$M \pm DP$ (Min - Max) ou % (f_o)	
Padrão sono-vigília				
Duração do sono (horas/dia)	8.1 \pm 1.2 (2 - 13)	7.0 \pm 1.2 (1 - 12)	MN 5.5 (30) AP 33.2 (181)	AN 33.0 (180) MP 28.4 (155)
Qualidade do sono	Fraca: 2.2 (12) Satisf: 29.9 (163) Boa: 67.9 (371)	Fraca: 15.0 (82) Satisf: 54.0 (295) Boa: 31.0 (169)	MN 1.8 (10) AP 34.8 (190)	AN 13.2 (72) MP 50.2 (274)
Padrão de atividades físicas				
Frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas (por semana)	Rara: 9.7 (53) Ocasn: 29.5 (161) Freqt: 60.8(332)	Rara: 39.9 (218) Ocasn: 37.4 (204) Freqt: 22.7 (124)	MN 14.5 (79) AP 11.0 (60)	AN 62.8 (343) MP 11.7 (64)
Padrão de consumo de substâncias psicoativas				
Consumo de bebidas com álcool (bebidas/dia)	0.3 \pm 0.8 (0 - 5)	0.8 \pm 1.4 (0 - 10)	MN 1.1 (6) AP 16.3 (89)	AN 10.3 (56) MP 72.3 (395)
Consumo de álcool em excesso (dias/mês)	1.3 \pm 2.5 (0 - 25)	2.6 \pm 4.0 (0 - 25)	MN 14.3 (78) AP 1.5 (8)	AN 37.2 (203) MP 47.1 (257)
Consumo de tabaco (cigarros/dia)	1.1 \pm 3.0 (0 - 25)	1.7 \pm 3.9 (0 - 25)	MN 6.8 (37) AP 0.5 (3)	AN 15.4 (84) MP 77.3 (422)
Consumo de cafeína (bebidas/dia)	0.8 \pm 1.0 (0 - 8)	1.3 \pm 1.3 (0 - 7)	MN 2.4 (13) AP 30.8 (168)	AN 12.3 (67) MP 54.6 (298)
Frequência do consumo de drogas ilícitas (por mês)	Nunca: 88.3 (482) Rara: 7.5 (41) Ocasn: 2.9 (16) Freqt: 1.3 (7)	Nunca: 88.6 (484) Rara: 6.0 (33) Ocasn: 3.3 (18) Freqt: 2.0 (11)	MN 8.1 (44) AP 0.5 (3)	AN 3.3 (18) MP 88.1 (481)
Toma de medicamentos sem aconselhamento profissional				
Frequência da automedicação (por ano)	Nunca: 34.2 (187) Rara: 47.1 (257) Ocasn: 16.1 (88) Freqt: 2.6 (14)	Nunca: 33.9 (185) Rara: 44.0 (240) Ocasn: 17.9 (98) Freqt: 4.2 (23)	MN 16.7 (91) AP 1.3 (7)	AN 5.5 (30) MP 76.6 (418)
Comportamento sexual				
Frequência do uso de preservativo nas relações sexuais	Abstin: 19.6 (107) Rara: 20.1 (110) Freqt: 12.5 (68) Const: 47.8 (261)	Abstin: 19.2 (105) Rara: 19.2 (105) Freqt: 12.3 (67) Const: 49.3 (269)	MN 28.6 (156) AP 2.4 (13)	AN 2.9 (16) MP 66.1 (361)
Monitorização da saúde				
Frequência com que monitoriza a saúde (por ano)	Nunca: 0.7 (4) Rara: 27.7 (151) Ocasn: 46.7 (255) Freqt: 24.9 (136)	Nunca: 0.5 (3) Rara: 34.4 (188) Ocasn: 42.1 (230) Freqt: 22.9 (125)	MN 25.6 (140) AP 7.5 (41)	AN 9.4 (51) MP 57.5 (314)
ICEV	10.3 \pm 1.6 (5 - 13)	9.1 \pm 2.0 (0 - 13)	-1.1 \pm 1.6 (3 - -7)	

Nota. N = 546. MN = Manutenção negativa (para a saúde), AN = Alteração negativa, AP = Alteração positiva, MP = Manutenção positiva, Satisf = Satisfatória, Ocasn = Ocasional, Freqt = Frequente, Abstin = Abstinente, Const = Constante.

A análise inferencial confirmou que o número médio de refeições diárias (4) sofreu um ligeiro decréscimo estatisticamente significativo ($t_{(545)} = 5.66, p < .001, d = 0.24$) ainda que, de acordo com os dados descritivos atinentes à evolução deste CAS, a maioria dos alunos (76.4%) tenha mantido ou alterado o seu número de refeições para um intervalo saudável (4 a 6). De forma semelhante, a qualidade/diversidade nutricional dos alimentos ingeridos também diminuiu (40.7% da amostra declarou ter deixado de usufruir de uma alimentação boa) de forma estatisticamente significativa ($Z = -12.86, p < .001, r = .55$), apesar da maior parte dos respondentes (86.8%) ter mantido ou alterado este comportamento de forma (ainda) positiva para a saúde (i.e., apresentando uma alimentação com uma qualidade/diversidade boa ou, pelo menos, satisfatória para as suas necessidades).

A duração do sono diário e a sua qualidade parecem ter sido afetadas no mesmo sentido: a transição para a universidade implicou uma redução estatisticamente significativa ($t_{(545)} = 17.30, p < .001, d = 0.74$) de mais de 1h na duração média de descanso diário e uma diminuição estatisticamente significativa ($Z = -13.05, p < .001, r = .56$) de qualidade (aproximadamente 37% dos alunos deixou de usufruir de um nível bom de qualidade). Não obstante o declínio, os novos comportamentos não se assumiam de risco para a saúde da maior parte dos jovens da amostra (mais de 61% continuou ou começou a dormir 7 a 8 horas por dia e 85% manteve ou passou a ter um sono qualitativamente bom ou, pelo menos, satisfatório para as suas necessidades).

O padrão de atividades físicas sofreu igualmente uma queda estatisticamente significativa ($Z = -13.12, p < .001, r = .56$) ao nível da frequência/duração da prática com a transição (cerca de 38% da amostra mudou da categoria prática frequente para as restantes, particularmente para a categoria prática rara, que engrossou em 30.2%) e reuniu o maior número de respondentes (62.8%) na categoria alteração negativa. Deste modo, um total de 77.3% dos alunos afirmou ter alterado/conservado a frequência e a duração da sua prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas para/em níveis insuficientes (i.e., rara ou ocasional).

Em sentido contrário, o consumo das substâncias psicoativas analisadas aumentou com o ingresso na universidade, sendo as variações nas medidas de tendência central estatisticamente significativas para todas as variáveis (consumo diário de álcool: $t_{(545)} = -10.41, p < .001, d = 0.45$; consumo mensal de álcool em excesso: $t_{(545)} = -11.16,$

$p < .001$, $d = 0.48$; consumo diário de tabaco: $t_{(545)} = -5.67$, $p < .001$, $d = 0.24$; consumo diário de cafeína: $t_{(545)} = -10.85$, $p < .001$, $d = 0.46$), exceto para o consumo de drogas ilícitas ($Z = -1.58$, $p = .115$, $r = .07$). Relativamente às substâncias psicoativas, verificou-se ainda que a maioria dos primeiranistas (exceto no consumo excessivo de álcool, no qual há apenas uma maioria relativa de 47.1%) preservou um padrão de consumo saudável: não consumia substâncias ilícitas (88.1%), tinha um consumo diário de álcool nulo ou moderado (i.e., até ao limite de 24g ou 16g de álcool por dia) (72.3%), não fumava (77.3%) e ingeria até 300g de cafeína por dia (54.6%).

A automedicação também aumentou significativamente ($Z = -4.42$, $p < .001$, $r = .19$) aquando da transição para o ensino superior, apesar de 77.9% dos alunos ter alterado (para) ou mantido uma frequência de toma salutar (i.e., nula ou rara).

No que diz respeito ao comportamento sexual confirmou-se que o incremento da atividade sexual foi acompanhado pelo aumento estatisticamente significativo ($Z = -2.12$, $p = .034$, $r = .09$) da frequência do uso de preservativo. No entanto, a grande maioria dos alunos (94.7%) manteve o padrão de utilização deste contraceptivo e, simultaneamente, meio de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis: os (66.1%) que exibiam um comportamento positivo para a saúde (i.e., uma utilização constante de preservativo ou a prática da abstinência) antes do ingresso no ensino superior continuaram a fazê-lo, assim como os (28.6%) que manifestavam um comportamento de risco (i.e., uma utilização irregular).

Embora a frequência da monitorização da saúde tenha diminuído significativamente ($Z = -3.98$, $p < .001$, $r = .17$) com a transição, sobressai novamente a constância no padrão comportamental/atitudinal para um número significativo de alunos (83.1%): os que já monitorizavam a sua saúde de forma frequente ou ocasional (57.5%) mantiveram essa frequência no novo contexto, bem como aqueles que o faziam de forma rara ou nula (25.6%).

Por fim, a diferença entre as médias da medida geral do estilo de vida (ICEV) antes e na universidade mostrou-se estatisticamente significativa ($t_{(545)} = 16.58$, $p < .001$, $d = 0.71$), refletindo uma diminuição no conjunto de CAS salutaras com a transição. Em média, a amostra passou a exibir um repertório diminuído em aproximadamente um CAS positivo no ensino superior.

Quanto à autoperceção do primeiranista desta amostra relativamente ao impacto que a evolução do seu estilo de vida teve no seu estado de saúde, 56.4% ($n = 308$) admitiu que as mudanças de estilo de vida tiveram um impacto percebido negativo ($n = 249$, 45.6%) ou positivo ($n = 59$, 10.8%) no seu estado de saúde, em face dos restantes 43.6% ($n = 238$) que negaram ter percepcionado qualquer impacto na sua saúde. Por seu lado, relativamente ao impacto que as alterações nos CAS do seu estilo de vida tiveram nos indicadores do seu sucesso académico, a maioria negou ter percepcionado qualquer impacto no seu processo de adaptação/ajustamento à universidade ($n = 288$, 52.7%) ou no seu rendimento académico ($n = 266$, 48.7%). Os restantes alunos admitiram contudo um impacto percebido negativo ou positivo no seu processo de adaptação/ajustamento ao ensino superior (negativo: $n = 127$, 23.3%; positivo: $n = 131$, 24.0%), assim como no seu rendimento académico (negativo: $n = 214$, 39.2%; positivo: $n = 66$, 12.1%).

Tabela 4.11. Dados descritivos do desejo manifesto de mudança de CAS do repertório atual.

Mudança desejada	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)
Iniciar ou aumentar a prática de exercício/atividade desportiva ⁽¹⁾	67	33.3
+ Outras mudanças: (2) (3)	28	13.9
Total (padrão de atividades físicas)	95	47.3
Aumentar a qualidade e/ou a duração do sono ⁽²⁾	35	17.4
+ Outras mudanças: (1) (3) (4)	22	10.9
Total (padrão sono-vigília)	57	28.4
Aumentar a qualidade e/ou diversidade nutricional das refeições ⁽³⁾	18	9.0
+ Outras mudanças: (1) (2) (4) (6)	28	13.9
Total (comportamento alimentar)	46	22.9
Diminuir consumo de SPA (e.g., tabaco, álcool, drogas ilícitas) ⁽⁴⁾	16	8.0
+ Outras mudanças: (2) (3)	6	3.0
Total (padrão de consumo de SPA)	22	11.0
Aumentar o uso do preservativo nas interações sexuais ⁽⁵⁾	1	0.5
+ Outras mudanças: -	0	0.0
Total (comportamento sexual)	1	0.5
Aumentar a (auto e hetero) monitorização da saúde ⁽⁶⁾	0	0.0
+ Outras mudanças: (3)	1	0.5
Total (monitorização da saúde)	1	0.5
Múltiplos CAS	42	20.9
Outras mudanças (não categorizadas)	22	10.9
Total (subamostra)	201	100

Nota. SPA = Substâncias psicoativas.

Apenas 201 alunos (36.8%) responderam afirmativamente à questão sobre o desejo de mudar algum dos CAS do seu atual estilo de vida. Entre as respostas afirmativas destacaram-se os 95 inquiridos (47.3%) que desejavam iniciar ou aumentar a prática de exercício físico ou de uma atividade desportiva (destes, 67 mencionaram esta atividade isoladamente e os restantes 28 referiram esta atividade em conjugação com mudanças no

comportamento alimentar e/ou no padrão de sono-vigília). Registaram-se ainda, no contexto desta amostra, pretensões de aumentar a qualidade e/ou a duração do sono e a qualidade/diversidade nutricional dos alimentos ingeridos, diminuir o consumo de substâncias psicoativas (particularmente tabaco e álcool) ou fomentar o uso de preservativo e a monitorização da saúde (tabela 4.11).

Cruzando alguns dos dados anteriores, foi possível verificar a seguinte informação:

- Dos 249 inquiridos que percecionaram um impacto negativo no seu estado de saúde, apenas 138 (55.4% da subamostra de 249 alunos) responderam afirmativamente à questão sobre o desejo de mudar algum dos CAS do seu atual estilo de vida, tendo os maiores grupos de alunos selecionado a prática de exercício físico ou de uma atividade desportiva ($n = 66$, 47.8% da subamostra de 138 alunos) e a qualidade e/ou da duração do sono ($n = 43$, 31.2% da subamostra de 138 alunos) como CAS a fomentar;

- De forma semelhante, uma boa parte dos inquiridos que percecionaram um impacto negativo no seu processo de adaptação/ajustamento à universidade ($n = 127$) ou no seu rendimento académico ($n = 214$) não manifestou intenção de mudar qualquer CAS do seu atual estilo de vida ($n = 59$, 46.5% da subamostra de 127 alunos, e $n = 105$, 49.1% da subamostra de 214 estudantes, respetivamente), havendo contudo um número considerável de alunos que elegeram a prática de exercício físico ou de uma atividade desportiva ($n = 34$, 26.8% da subamostra de 127 alunos, e $n = 49$, 22.9% da subamostra de 214 estudantes, respetivamente) e a qualidade e/ou da duração do sono ($n = 22$, 17.3% da subamostra de 127 alunos, e $n = 38$, 17.8% da subamostra de 214 estudantes, respetivamente) como CAS a estimular.

- Finalmente, 85 dos 95 alunos que desejavam iniciar ou aumentar a prática de exercício físico ou de uma atividade desportiva (89.5% da subamostra) tinham alterado a frequência/duração da prática de atividades físicas para níveis insuficientes (i.e., rara ou ocasional) com a transição para o ensino superior.

6.2. Estilo de vida atual, saúde e sucesso académico do primeiranista

6.2.1. Dados descritivos das variáveis de saúde e de sucesso académico

Em relação às variáveis de saúde do primeiranista (estado de saúde e qualidade de vida), as descritivas expostas na tabela 4.12 mostraram que a amostra tinha, de uma forma geral, uma boa perceção do seu estado de saúde e valores mais elevados no componente

físico do que no mental. Quando comparados os valores alcançados com os normativos, para o grupo etário dos 15-24 anos (tabela 4.8), verificou-se que a mediana do componente físico era ligeiramente mais baixa (em 1.9 pontos) que a normativa e que o valor mediano do componente mental era mais elevado (em 6.6 pontos) que o normativo respetivo.

Tabela 4.12. Dados descritivos do estado de saúde e da qualidade de vida do primeiranista.

Medidas	Estado de Saúde		Qualidade de Vida				
	CF	CM	FG	DFís	DPsi	DRçS	Damb
$M \pm DP$	75.2 ± 17.9	71.5 ± 18.6	72.6 ± 15.0	71.6 ± 12.7	71.5 ± 14.9	73.2 ± 16.7	69.9 ± 12.1
<i>Mdn</i>	76.4	73.3	75.0	71.4	75.0	75.0	68.8
Min Max	9.1 100.0	13.3 100.0	25.0 100.0	25.0 100.0	8.3 100.0	16.7 100.0	31.3 100.0
<i>N</i>	546	546	536	535	536	535	536

Também os valores médios da faceta geral e dos quatro domínios da qualidade de vida foram reveladores de uma boa perceção deste conceito, tendo o domínio das relações sociais obtido a pontuação média mais elevada e o domínio ambiente alcançado a pontuação mais baixa. Estes valores situaram-se ligeiramente acima dos valores considerados normativos, exceto nos domínios físico (diferença de 5.9 pontos) e psicológico (diferença de 0.9 pontos).

Tabela 4.13. Dados descritivos atinentes à participação em atividades extracurriculares.

Participação em atividades extracurriculares	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)
Atividade extracurricular de natureza:		
Desportiva ⁽¹⁾	113	20.7
+ Outras atividades: (2) (3) (4) (5)	24	4.4
Total (desportiva)	137	25.1
Cultural ⁽²⁾	41	7.5
+ Outras atividades: (1) (3) (4) (6)	41	7.5
Total (cultural)	82	15.0
Religiosa ⁽³⁾	21	3.8
+ Outras atividades: (1) (2) (3) (4) (6)	17	3.1
Total (religiosa)	38	6.9
Recreativa ⁽⁴⁾	8	1.5
+ Outras atividades: (1) (2) (3)	28	5.1
Total (recreativa)	36	6.6
Política ⁽⁵⁾	8	1.5
+ Outras atividades: (1) (2) (3)	6	1.1
Total (política)	14	2.6
Solidariedade social ⁽⁶⁾	6	1.1
+ Outras atividades: (1) (2) (3)	8	1.5
Total (solidariedade social)	14	2.6
Múltiplas atividades extracurriculares	47	8.6
Sem atividades extracurriculares	302	55.3
Total	546	100

Quanto às variáveis relacionadas com o sucesso académico (como o envolvimento

em atividades extracurriculares) e os seus indicadores (qualidade das vivências académicas adaptativas e desempenho escolar), os dados descritivos mostraram-se, de uma forma geral, positivos. Aproximadamente 45% da amostra ($n = 244$) participava, pelo menos, numa atividade extracurricular, sobretudo de natureza desportiva (25.1%) e cultural (15.0%), havendo ainda pequenos grupos de alunos que ocupavam os seus tempos livres com uma ou mais atividades de outra natureza (tabela 4.13). A frequência desta participação foi ainda classificada pelos respondentes de frequente (com liderança: $n = 44$, 8.1%; sem liderança: $n = 94$, 17.2%), moderada ($n = 90$, 16.5%) ou escassa ($n = 16$, 2.9%).

Tabela 4.14. Dados descritivos do desempenho escolar e da qualidade da adaptação.

Medidas	Desempenho Escolar	Qualidade da Adaptação				
		DPes	DIntp	DCar	DEst	Dinst
$M \pm DP$	53.7 \pm 21.1	63.0 \pm 19.3	69.4 \pm 16.4	72.3 \pm 18.0	53.8 \pm 14.5	72.4 \pm 14.9
<i>Mdn</i>	57.8	63.5	71.2	75.0	53.8	75.0
Min Max	0.0 92.5	9.6 100.0	5.8 100.0	1.9 100.0	13.5 96.2	15.6 100.0
<i>N</i>	546	546	546	546	546	546

Por seu lado, os valores da amostra em cada uma das subescalas do QVA-r revelaram-se superiores aos valores intermédios¹⁰⁰ utilizados para apreciação dos resultados, tendo as subescalas carreira e institucional obtido as pontuações mais elevadas do conjunto e a subescala estudo evidenciado o resultado médio mais baixo (tabela 4.14).

Tabela 4.15. Dados descritivos (gerais e em função da faculdade de pertença) da nota de ingresso e do desempenho escolar dos alunos que participaram no estudo.

Faculdade da UC	Nota de Ingresso		Desempenho Escolar	
	<i>n</i>	$M \pm DP$	<i>n</i>	$M \pm DP$
FPCEUC	131	73.2 \pm 6.4	134	55.3 \pm 15.3
FCTUC	121	77.4 \pm 8.8	124	52.1 \pm 27.7
FEUC	61	75.8 \pm 8.0	62	40.0 \pm 23.0
FCDEFUC	58	71.8 \pm 4.2	59	57.2 \pm 16.1
FMUC	56	91.2 \pm 3.3	58	66.2 \pm 11.8
FDUC	45	76.1 \pm 5.8	45	45.0 \pm 16.6
FFUC	33	82.6 \pm 2.6	34	63.6 \pm 15.1
FLUC	30	71.1 \pm 10.1	30	49.5 \pm 20.8
Total/Geral	535	76.9 \pm 8.8	546	53.7 \pm 21.1

Já o valor médio transformado do desempenho escolar da amostra, situou-se nos 53.7 pontos, um pouco acima do valor intermédio utilizado para apreciação dos resultados (50.0), ainda que a dispersão dos dados tenha sido elevada ($DP = 21.1$), e próximo do valor

¹⁰⁰ Aceitou-se a segunda sugestão dos autores da escala (ver ponto 3.2 deste capítulo), que propõe a consideração do valor intermédio de cada subescala para apreciação dos resultados (valores intermédios brutos: 27.0, para a subescala institucional, e 39.0, para as restantes subescalas; valores intermédios transformados: 50.0 para todas as subescalas).

médio da dimensão estudo. Quando a variável desempenho escolar foi analisada em função da faculdade de pertença e comparada com a variável nota de ingresso (tabela 4.15), constatou-se que o valor médio transformado do desempenho oscilou entre os 39.8 ($DP = 22.9$), para o grupo da FEUC, e os 66.5 ($DP = 11.7$), para o grupo da FMUC. Não surpreendentemente, a média das medidas de desempenho escolar revelou-se mais baixa que a média das notas de ingresso ($t_{(534)} = 29.15, p < .001, d = 1.25$) e foi encontrada uma associação positiva e moderada entre as medidas ($r = .49, r^2 = .24, p < .001$).

6.2.2. Estudo dos fatores sociodemográficos e académicos de variabilidade do estilo de vida atual, da saúde e do sucesso académico

Averiguou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas de género, nível socioeconómico, condição de caloiro/repetente, faculdade de pertença, condição de deslocado/não deslocado nas variáveis¹⁰¹ ICEV atual, estado de saúde, qualidade de vida, desempenho escolar e qualidade da adaptação.

Relativamente à variável **género** (tabela 4.16), detetaram-se diferenças estatisticamente significativas na perceção do estado de saúde (componente físico: $F_{(1, 540)} = 8.49, p = .004, \eta^2 = .02$; componente mental: $F_{(1, 540)} = 10.24, p = .004, \eta^2 = .02$), da qualidade de vida no domínio das relações sociais ($F_{(1, 520)} = 8.25, p = .004, \eta^2 = .02$) e da qualidade das vivências adaptativas em dois domínios (pessoal: $F_{(1, 541)} = 18.80, p < .001, \eta^2 = .03$; e do estudo: $F_{(1, 541)} = 15.33, p < .001, \eta^2 = .03$), apresentando o género masculino valores médios significativamente mais elevados nas medidas do estado de saúde e da qualidade das vivências académicas pessoais e o género feminino médias significativamente mais elevadas nas medidas da qualidade de vida relacionada com as relações sociais e da qualidade das vivências académicas de estudo.

¹⁰¹ É importante assinalar que a escolha do conjunto de variáveis dependentes submetidas a análise da variância multivariada procurou respeitar os pressupostos da multicolinearidade e da singularidade (pelo que se elegeram grupos de variáveis dependentes apenas fraca ou moderadamente correlacionadas) e preservar o poder estatístico dos testes (justificação subjacente à tentativa de reduzir o número de variáveis dependentes consideradas em simultâneo), ao mesmo tempo que garantia alguma coerência do ponto de vista do significado dos conceitos. Por conseguinte, as variáveis do estado de saúde (especificamente, estado de saúde física e psicológica – variáveis moderadamente correlacionadas entre si: $r = .52, p < .001$), da qualidade de vida (em específico, faceta geral e domínios da qualidade de vida – variáveis fraca ou moderadamente correlacionadas entre si: $.31 \leq r \leq .61, p < .001$) e da qualidade da adaptação (concretamente, cada uma das dimensões da qualidade das vivências académicas adaptativas – variáveis fraca ou moderadamente entre si: $.21 \leq r \leq .47, p < .001$) constituíram grupos autónomos de variáveis.

Tabela 4.16. Estilo de vida atual, variáveis de saúde e de sucesso acadêmico em função do gênero.

Variáveis		<i>n</i>	<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>F</i> (<i>gl1</i> , <i>gl2</i>)	<i>p</i>	η^2	
ICEV atual	Masculino	229	9.0 ± 2.1	1.04 (1, 544)	.309	< .01	
	Feminino	317	9.2 ± 2.0				
Estado de Saúde	CF	Masculino	228	78.0 ± 17.2	8.49 (1, 540)	.004^a	.02
		Feminino	314	73.6 ± 17.3			
	CM	Masculino	228	74.8 ± 18.5	10.24 (1, 540)	.001^a	.02
		Feminino	314	69.8 ± 17.5			
Qualidade de Vida	FG	Masculino	217	73.4 ± 16.1	0.36 (1, 520)	.550 ^b	< .01
		Feminino	305	72.7 ± 13.6			
	DFís	Masculino	217	73.0 ± 13.6	2.51 (1, 520)	.114 ^b	< .01
		Feminino	305	71.3 ± 11.4			
	DPsi	Masculino	217	73.5 ± 15.2	3.54 (1, 520)	.061 ^b	< .01
		Feminino	305	71.2 ± 13.0			
	DRçS	Masculino	217	71.2 ± 17.6	8.25 (1, 520)	.004^b	.02
		Feminino	305	75.3 ± 14.8			
	DAmb	Masculino	217	71.1 ± 12.1	2.67 (1, 520)	.103 ^b	< .01
		Feminino	305	69.4 ± 11.6			
Desempenho Escolar							
	Masculino	229	53.0 ± 22.5	0.36 (1, 544)	.548	< .01	
	Feminino	317	54.1 ± 20.0				
Qualidade da Adaptação	DPes	Masculino	229	67.3 ± 19.7	18.80 (1, 541)	< .001^c	.03
		Feminino	314	60.1 ± 18.3			
	DIntp	Masculino	229	69.2 ± 15.4	0.17 (1, 541)	.683 ^c	< .01
		Feminino	314	69.8 ± 16.3			
	DCar	Masculino	229	72.6 ± 17.7	0.04 (1, 541)	.837 ^c	< .01
		Feminino	314	72.2 ± 17.9			
	DEst	Masculino	229	51.0 ± 14.7	15.33 (1, 541)	< .001^c	.03
		Feminino	314	55.9 ± 13.9			
	DInst	Masculino	229	72.2 ± 14.6	0.26 (1, 541)	.611 ^c	< .01
		Feminino	314	72.6 ± 15.2			

Nota. *N* = 546, exceto na análise do estado de saúde (excluídos quatro valores aberrantes), da qualidade de vida (excluídos 13 valores aberrantes e registro de 12 valores ausentes) e da qualidade da adaptação (excluídos três valores aberrantes).

^aProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .025$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .023, $F_{(2, 539)} = 6.29$, $p = .002$, $\eta^2 = .02$. ^bProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .046, $F_{(5, 516)} = 5.00$, $p < .001$, $\eta^2 = .05$. ^cProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .097, $F_{(5, 537)} = 11.57$, $p < .001$, $\eta^2 = .10$.

Não obstante a monotonia dos dados descritivos do fator **nível socioeconómico** de variabilidade (i.e., quase invariavelmente as médias dos três grupos organizavam-se do seguinte modo: $NSE_{\text{alto}} > NSE_{\text{médio}} > NSE_{\text{baixo}}$), os testes revelaram diferenças estatisticamente significativas apenas nas variáveis estado de saúde mental ($F_{(2, 541)} = 4.23, p = .015, \eta^2 = .02$), qualidade de vida geral ($F_{(2, 518)} = 8.11, p < .001, \eta^2 = .03$) e seus domínios psicológico ($F_{(2, 518)} = 4.67, p = .010, \eta^2 = .02$) e ambiente ($F_{(2, 518)} = 23.55, p < .001, \eta^2 = .08$) e desempenho escolar ($F_{(2, 538)} = 7.86, p < .001, \eta^2 = .03$), conforme se pode ler nas tabelas 4.17 e 4.18.

Tabela 4.17. Estilo de vida atual e variáveis de saúde em função da categoria do nível socioeconómico.

Variáveis		<i>n</i>	<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>F</i> (<i>gl1, gl2</i>)	<i>p</i>	η^2	
ICEV atual							
	NSE baixo	186	9.1 ± 2.0	0.25 (2, 542)	.778	< .01	
	NSE médio	246	9.2 ± 2.0				
	NSE elevado	113	9.1 ± 2.0				
CF							
Estado de Saúde	NSE baixo	186	72.6 ± 18.7	3.45 (2, 541)	.032 ^a	.01	
	NSE médio	245	76.4 ± 16.3				
	NSE elevado	113	77.3 ± 18.2				
	CM						
	NSE baixo	186	68.7 ± 19.2	4.23 (2, 541)	.015^a	.02	
	NSE médio	245	72.6 ± 17.3				
NSE elevado	113	74.7 ± 18.8					
FG							
Qualidade de Vida	NSE baixo	183	70.6 ± 14.4	8.11 (2, 518)	< .001^b	.03	
	NSE médio	238	73.1 ± 14.3				
	NSE elevado	100	77.8 ± 14.5				
	DFís						
	NSE baixo	183	70.8 ± 12.3	2.74 (2, 518)	.066 ^b	.01	
	NSE médio	238	72.1 ± 11.5				
	NSE elevado	100	74.4 ± 13.5				
	DPsi						
	NSE baixo	183	69.9 ± 15.3	4.67 (2, 518)	.010^b	.02	
	NSE médio	238	72.4 ± 12.9				
	NSE elevado	100	75.2 ± 14.8				
	DRçS						
	NSE baixo	183	72.4 ± 16.2	0.94 (2, 518)	.391 ^b	< .01	
	NSE médio	238	73.9 ± 15.9				
	NSE elevado	100	75.0 ± 16.9				
	DAmb						
	NSE baixo	183	66.7 ± 10.4	23.55 (2, 518)	< .001^b	.08	
	NSE médio	238	70.1 ± 11.5				
NSE elevado	100	76.3 ± 12.0					

Nota. *N* = 546, exceto na análise do estilo de vida (excluído um valor aberrante), do estado de saúde (excluídos dois valores aberrantes) e da qualidade de vida (excluídos 13 valores aberrantes e registo de 12 valores ausentes). NSE = Nível socioeconómico.

^aProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .025$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .019, $F_{(4, 1082)} = 2.57, p = .037, \eta^2 < .01$. ^bProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .096, $F_{(10, 1030)} = 5.21, p < .001, \eta^2 = .05$.

Com a ajuda dos testes de comparações múltiplas foi possível identificar as diferenças estatisticamente significativas entre os pares de médias. Assim, os resultados médios do grupo nível elevado mostraram-se significativamente superiores aos do grupo nível baixo nas variáveis estado de saúde mental ($p = .020$, $d = 0.31$), qualidade de vida geral ($p < .001$, $d = 0.50$) e seus domínios psicológico ($p = .008$, $d = 0.35$) e ambiente ($p < .001$, $d = 0.86$) e desempenho escolar ($p < .001$, $d = 0.49$). Na comparação com o grupo nível médio, as médias do grupo nível elevado voltaram a demarcar-se significativamente na faceta geral ($p = .021$, $d = 0.32$) e no domínio ambiente ($p < .001$, $d = 0.53$) da qualidade de vida, bem como no desempenho académico ($p < .001$, $d = 0.43$). Os grupos nível médio e nível baixo apresentaram valores médios significativamente diferentes ($NSE_{\text{médio}} > NSE_{\text{baixo}}$) somente no domínio ambiente da qualidade de vida ($p = .008$, $d = 0.30$).

Tabela 4.18. Indicadores de sucesso académico em função da categoria do nível socioeconómico.

Variáveis	<i>n</i>	<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>F</i> (<i>gl1</i> , <i>gl2</i>)	<i>p</i>	η^2
Desempenho Escolar					
NSE baixo	186	52.1 ± 19.7	7.86 (2, 538)	< .001	.03
NSE médio	246	52.7 ± 22.0			
NSE elevado	109	61.0 ± 17.0			
Qualidade da Adaptação					
DPes					
NSE baixo	186	60.4 ± 19.2	3.53 (2, 543)	.030 ^a	.01
NSE médio	246	63.4 ± 18.3			
NSE elevado	114	66.4 ± 21.3			
DIntp					
NSE baixo	186	67.9 ± 16.8	2.34 (2, 543)	.097 ^a	< .01
NSE médio	246	69.3 ± 17.0			
NSE elevado	114	72.1 ± 13.9			
DCar					
NSE baixo	186	70.5 ± 17.8	1.39 (2, 543)	.251 ^a	< .01
NSE médio	246	73.4 ± 17.9			
NSE elevado	114	72.6 ± 18.3			
DEst					
NSE baixo	186	53.5 ± 14.1	0.09 (2, 543)	.917 ^a	< .01
NSE médio	246	53.8 ± 14.2			
NSE elevado	114	54.2 ± 15.9			
DInst					
NSE baixo	186	70.9 ± 15.4	1.46 (2, 543)	.232 ^a	< .01
NSE médio	246	73.4 ± 14.4			
NSE elevado	114	72.7 ± 15.2			

Nota. $N = 546$, exceto na análise do desempenho escolar (excluídos cinco valores aberrantes).

^aProbabilidade de significância associada ao F univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)].
Teste multivariado: Traço de Pillai = .022, $F_{(10, 1080)} = 1.22$, $p = .272$, $\eta^2 = .01$.

Apenas a medida geral do estilo de vida ($F_{(1, 544)} = 6.40$, $p = .012$, $\eta^2 = .01$) e os resultados académicos ($F_{(1, 544)} = 6.38$, $p = .012$, $\eta^2 = .01$) se mostraram significativamente diferentes entre os **caloiros** e os **repetentes** (tabela 4.19).

Tabela 4.19. Estilo de vida atual, variáveis de saúde e de sucesso académico em função da condição de caloiro/repetente.

Variáveis		<i>n</i>	<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>F</i> (<i>gl1</i> , <i>gl2</i>)	<i>p</i>	η^2
ICEV atual						
	Caloiro	515	9.2 ± 2.0	6.40	.012	.01
	Repetente	31	8.2 ± 2.0	(1, 544)		
Estado de Saúde	CF					
	Caloiro	513	75.5 ± 17.5	1.03	.310 ^a	< .01
	Repetente	31	72.1 ± 19.5	(1, 542)		
	CM					
	Caloiro	513	72.0 ± 18.4	1.89	.170 ^a	< .01
	Repetente	31	67.3 ± 18.0	(1, 542)		
Qualidade de Vida	FG					
	Caloiro	503	72.5 ± 14.8	<0.01	.981 ^b	< .01
	Repetente	31	72.6 ± 18.1	(1, 532)		
	DFís					
	Caloiro	503	71.8 ± 12.6	1.20	.274 ^b	< .01
	Repetente	31	69.2 ± 13.6	(1, 532)		
DPsi						
Caloiro	503	71.8 ± 15.0	2.17	.141 ^b	< .01	
Repetente	31	67.7 ± 13.0	(1, 532)			
DRçS						
Caloiro	503	73.0 ± 16.8	1.00	.319 ^b	< .01	
Repetente	31	76.1 ± 16.5	(1, 532)			
DAmb						
Caloiro	505	70.0 ± 12.0	0.08	.781 ^b	< .01	
Repetente	31	69.4 ± 14.6	(1, 532)			
Desempenho Escolar						
	Caloiro	515	54.2 ± 20.9	6.38	.012	.01
	Repetente	31	44.4 ± 22.1	(1, 544)		
Qualidade da Adaptação	DPes					
	Caloiro	515	63.0 ± 19.3	0.01	.915 ^c	< .01
	Repetente	31	62.7 ± 19.5	(1, 544)		
	DIntp					
	Caloiro	515	69.3 ± 16.4	0.18	.674 ^c	< .01
	Repetente	31	70.6 ± 16.0	(1, 544)		
DCar						
Caloiro	515	72.4 ± 17.9	0.37	.543 ^c	< .01	
Repetente	31	70.3 ± 19.5	(1, 544)			
DEst						
Caloiro	515	53.8 ± 14.5	0.02	.877 ^c	< .01	
Repetente	31	53.4 ± 14.9	(1, 544)			
DInst						
Caloiro	515	72.3 ± 14.9	0.42	.519 ^c	< .01	
Repetente	31	74.1 ± 15.6	(1, 544)			

Nota. *N* = 546, exceto na análise do estado de saúde (excluídos dois valores aberrantes) e da qualidade de vida (registo de 12 valores ausentes).

^aProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .025$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .004, $F_{(2, 541)} = 1.00$, $p = .367$, $\eta^2 < .01$. ^bProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .014, $F_{(5, 528)} = 1.47$, $p = .200$, $\eta^2 = .01$. ^cProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .003, $F_{(5, 540)} = 0.33$, $p = .896$, $\eta^2 < .01$.

O grupo de repetentes alcançou valores médios significativamente mais baixos nas variáveis ICEV e desempenho escolar que o grupo de alunos inscritos pela primeira vez no ensino superior – tendência que se verificou nas restantes variáveis, exceto nas relações sociais da qualidade de vida e na qualidade da adaptação interpessoal e institucional, ainda que a probabilidade de significância associada aos testes fosse superior ao nível de significância estabelecido.

Quanto ao fator de variabilidade **faculdade de pertença** (tabelas 4.20 a 4.23), observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis estado de saúde física ($F_{(7, 516)} = 3.35, p = .002, \eta^2 = .04$), qualidade de vida no domínio das relações sociais ($F_{(7, 513)} = 2.86, p = .006, \eta^2 = .04$), desempenho escolar ($\chi^2_{(7)} = 75.42, p < .001, \eta^2 = .14$) e qualidade da adaptação em três domínios (carreira: $F_{(7, 529)} = 5.49, p < .001, \eta^2 = .07$; do estudo: $F_{(7, 529)} = 2.85, p = .006, \eta^2 = .04$; e institucional: $F_{(7, 529)} = 8.88, p < .001, \eta^2 = .11$).

Tabela 4.20. Estilo de vida atual e estado de saúde em função da faculdade de pertença.

Variáveis		<i>n</i>	<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>F</i> (<i>gl1</i> , <i>gl2</i>)	<i>p</i>	η^2
ICEV atual	FPCEUC	134	9.2 ± 2.1	1.56 (7, 537)	.145	.02
	FCTUC	124	9.0 ± 1.8			
	FEUC	62	8.9 ± 2.0			
	FCDEFUC	59	9.6 ± 2.2			
	FMUC	58	9.2 ± 1.8			
	FDUC	44	8.8 ± 2.0			
	FFUC	34	9.5 ± 1.7			
	FLUC	30	8.5 ± 2.1			
Estado de Saúde	CF			3.35 ^a (7, 516)	.002	.04
	FPCEUC	128	75.8 ± 13.1			
	FCTUC	121	78.2 ± 15.6			
	FEUC	59	79.1 ± 13.0			
	FCDEFUC	58	69.7 ± 16.8			
	FMUC	55	78.7 ± 16.3			
	FDUC	42	76.2 ± 19.1			
	FFUC	34	77.6 ± 16.3			
	FLUC	27	84.6 ± 12.9			
	CM			2.09 ^a (7, 516)	.043	.03
	FPCEUC	128	69.6 ± 16.9			
	FCTUC	121	73.4 ± 18.5			
	FEUC	59	75.5 ± 14.3			
	FCDEFUC	58	75.1 ± 17.4			
FMUC	55	73.6 ± 15.1				
FDUC	42	73.5 ± 19.8				
FFUC	34	67.1 ± 19.9				
FLUC	27	79.3 ± 15.6				

Nota. *N* = 546, exceto na análise do estilo de vida (excluído um valor aberrante) e do estado de saúde (excluídos 22 valores aberrantes). ^aProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .025$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .080, $F_{(14, 1032)} = 3.09, p < .001, \eta^2 = .04$.

Como mostra a tabela 4.20, o valor médio do estado de saúde física dos alunos da FCDEFUC demarcou-se negativamente dos demais valores médios. Os testes de comparações múltiplas revelaram que este grupo apresentou uma média significativamente mais baixa que a dos colegas da FLUC ($p < .001$, $d = 1.00$), FEUC ($p = .021$, $d = 0.63$), FCTUC ($p = .013$, $d = 0.52$) e da FMUC ($p = .039$, $d = 0.54$).

Tabela 4.21. Qualidade de vida em função da faculdade de pertença.

	Qualidade de Vida				
	FG	DFís	DPsi	DRçS	DAmb
	<i>M ± DP</i>				
FPCEUC (<i>n</i> = 131)	72.6 ± 13.7	72.2 ± 10.7	71.5 ± 12.8	75.1 ± 13.3	68.0 ± 11.1
FCTUC (<i>n</i> = 116)	72.2 ± 16.7	71.1 ± 13.7	70.7 ± 15.5	68.8 ± 17.1	71.1 ± 12.3
FEUC (<i>n</i> = 59)	73.3 ± 13.6	72.9 ± 11.0	70.7 ± 14.4	76.3 ± 14.7	71.8 ± 11.9
FCDEFUC (<i>n</i> = 56)	74.3 ± 12.9	71.6 ± 12.7	72.6 ± 13.9	74.1 ± 13.7	69.1 ± 10.0
FMUC (<i>n</i> = 54)	74.5 ± 15.4	70.4 ± 13.6	72.9 ± 12.0	75.0 ± 15.5	71.1 ± 12.5
FDUC (<i>n</i> = 44)	72.7 ± 17.3	71.7 ± 14.6	74.1 ± 16.1	76.7 ± 17.8	70.0 ± 14.1
FFUC (<i>n</i> = 32)	70.3 ± 15.1	70.0 ± 11.7	70.1 ± 12.8	72.4 ± 15.8	70.7 ± 12.9
FLUC (<i>n</i> = 29)	75.0 ± 11.1	78.6 ± 11.0	78.9 ± 15.9	79.0 ± 19.2	70.6 ± 10.8
	<i>F</i> _(7, 513)				
	0.44 ^a	1.58 ^a	1.50 ^a	2.86 ^a	0.99 ^a
	<i>p</i>				
	.876	.138	.165	.006	.437
	η^2				
	.01	.02	.02	.04	.01

Nota. *N* = 521 (excluídos 13 valores aberrantes e registo de 12 valores ausentes).

^aProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)].
Teste multivariado: Traço de Pillai = .119, $F_{(35, 2565)} = 1.79$, $p = .003$, $\eta^2 = .02$.

No que concerne à qualidade de vida, os dados descritivos organizados na tabela anterior (tabela 4.21) apontavam os alunos da FLUC como o grupo com os valores médios mais elevados na maioria das dimensões da qualidade de vida. No entanto, os testes de comparações múltiplas confirmaram apenas uma diferença estatisticamente significativa entre as médias do par FCTUC-FPCEUC ($p = .041$, $d = 0.42$) relativamente ao domínio das relações sociais (FPCEUC > FCTUC).

Em relação ao desempenho escolar (as medianas de cada um dos grupos podem ser consultadas na tabela 4.22), os testes múltiplos de *U* de Mann-Whitney (com correção de Bonferroni) acusaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as

medidas de desempenho escolar (1) da FMUC (grupo com a maior mediana) e de cinco faculdades (FDUC: $U = 325.00$, $p < .001$, $r = .64$; FEUC: $U = 548.00$, $p < .001$, $r = .60$; FCDEFUC: $U = 955.00$, $p < .001$, $r = .38$; FPCEUC: $U = 2075.00$, $p < .001$, $r = .37$; e FLUC: $U = 479.50$, $p < .001$, $r = .37$), (2) da FEUC (grupo com a menor mediana) e de outras quatro faculdades (FFUC: $U = 410.00$, $p < .001$, $r = .50$; FCDEFUC: $U = 966.00$, $p < .001$, $r = .41$; FPCEUC: $U = 2389.50$, $p < .001$, $r = .34$; e FCTUC: $U = 2678.00$, $p < .001$, $r = .25$) para além da FMUC, (3) da FFUC (grupo com a segunda maior mediana) e de outras duas faculdades (FDUC: $U = 295.00$, $p < .001$, $r = .52$; e FPCEUC: $U = 1524.50$, $p = .003$, $r = .23$) para além da FEUC, e ainda (4) da FDUC (grupo com a segunda menor mediana) e de outras duas faculdades (FCDEFUC: $U = 598.00$, $p < .001$, $r = .47$; e FPCEUC: $U = 1886.50$, $p < .001$, $r = .28$) para além das já enunciadas FMUC e FFUC.

Tabela 4.22. Desempenho escolar em função da faculdade de pertença.

Variáveis	<i>n</i>	<i>Md</i>	$\chi^2_{(7)}$	<i>p</i>	η^2
Desempenho Escolar					
FPCEUC	134	58.6	75.42	< .001	.14
FCTUC	124	60.5			
FEUC	62	37.8			
FCDEFUC	55	62.8			
FMUC	58	70.0			
FDUC	45	48.3			
FFUC	34	65.0			
FLUC	30	51.2			

Nota. $N = 546$.

De acordo com os dados descritivos da tabela 4.23, os estudantes da FMUC e da FCDEFUC obtiveram os valores médios mais elevados nas medidas da dimensão carreira da qualidade da adaptação. Os primeiros diferenciaram-se de forma estatisticamente significativa dos estudantes da FFUC ($p = .004$, $d = 0.95$), FEUC ($p < .001$, $d = 0.93$), FLUC ($p = .033$, $d = 0.87$), FPCEUC ($p < .001$, $d = 0.85$), FDUC ($p = .004$, $d = 0.82$) e da FCTUC ($p < .001$, $d = 0.70$), como indicaram os testes de comparações múltiplas. Os mesmos testes revelaram ainda que os alunos da FCDEFUC se diferenciaram de forma estatisticamente significativa nesta dimensão dos alunos da FEUC ($p = .018$, $d = 0.65$) e da FPCEUC ($p = .002$, $d = 0.61$).

Na mesma tabela (tabela 4.23) é possível ver que os primeiranistas pertencentes à FPCEUC sobressaíram dos demais pela pontuação obtida na qualidade das vivências adaptativas de estudo, ainda que a diferença entre as médias tivesse sido estatisticamente significativa apenas nos pares FPCEUC-FEUC ($p = .019$, $d = 0.53$) e FPCEUC-FCTUC

($p = .014$, $d = 0.42$).

No que concerne à qualidade da adaptação institucional (tabela 4.23), os testes de comparações múltiplas indicaram que a média do grupo FCDEFUC era significativamente menor que as dos grupos FFUC ($p < .001$, $d = 1.53$), FMUC ($p < .001$, $d = 1.42$), FCTUC ($p < .001$, $d = 1.21$), FLUC ($p < .001$, $d = 1.11$), FEUC ($p < .001$, $d = 1.01$) e FPCEUC ($p < .001$, $d = 0.88$).

Tabela 4.23. Qualidade da adaptação em função da faculdade de pertença.

	Qualidade da Adaptação				
	DPes	DIntp	DCar	DEst	DInst
	<i>M ± DP</i>				
FPCEUC (<i>n</i> = 131)	60.5 ± 18.7	70.0 ± 15.5	69.4 ± 19.5	57.6 ± 13.9	72.6 ± 15.0
FCTUC (<i>n</i> = 124)	65.8 ± 19.5	69.3 ± 13.8	72.3 ± 18.2	51.5 ± 15.0	75.6 ± 12.6
FEUC (<i>n</i> = 60)	60.5 ± 19.1	69.6 ± 15.7	70.3 ± 14.8	50.2 ± 14.2	72.7 ± 11.7
FCDEFUC (<i>n</i> = 58)	67.2 ± 15.8	67.9 ± 14.9	78.9 ± 11.7	52.8 ± 11.7	61.0 ± 11.2
FMUC (<i>n</i> = 56)	65.1 ± 17.4	73.5 ± 15.2	83.1 ± 12.7	53.2 ± 14.9	77.5 ± 11.9
FDUC (<i>n</i> = 45)	61.3 ± 20.7	67.1 ± 20.3	71.3 ± 16.2	56.8 ± 15.1	70.6 ± 19.4
FFUC (<i>n</i> = 33)	60.8 ± 17.5	69.7 ± 15.3	68.9 ± 17.1	55.9 ± 13.4	78.2 ± 11.2
FLUC (<i>n</i> = 30)	68.7 ± 23.2	71.0 ± 19.1	68.7 ± 20.6	55.3 ± 13.8	75.1 ± 14.2
	<i>F</i> (7, 529)				
	1.85 ^a	0.80 ^a	5.49 ^a	2.85 ^a	8.88 ^a
	<i>p</i>				
	.076	.584	< .001	.006	< .001
	η^2				
	.02	.01	.07	.04	.11

Nota. *N* = 537 (excluídos nove valores aberrantes).

^aProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)].
 Teste multivariado: Traço de Pillai = .328, $F_{(35, 2645)} = 5.30$, $p < .001$, $\eta^2 = .07$.

Por fim, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no ICEV atual ($F_{(1, 543)} = 9.83$, $p = .002$, $\eta^2 = .02$), na faceta geral ($F_{(1, 526)} = 7.56$, $p = .006$, $\eta^2 = .01$) e no domínio ambiente da qualidade de vida ($F_{(1, 526)} = 17.48$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$) entre as categorias da variável condição de **deslocado/não deslocado** (tabela 4.24), apresentando os alunos não deslocados valores médios significativamente mais elevados nestas variáveis que o grupo que se deslocou da sua área de residência para estudar na UC – padrão que se repetiu na maioria das restantes variáveis, ainda que a probabilidade de significância associada aos testes fosse superior ao nível de significância estabelecido.

Tabela 4.24. Estilo de vida atual, variáveis de saúde e de sucesso acadêmico em função da condição de deslocado/não deslocado.

Variáveis		<i>n</i>	<i>M ± DP</i>	<i>F</i> (<i>gl1, gl2</i>)	<i>p</i>	η^2	
ICEV atual	Deslocado	394	9.0 ± 2.0	9.83 (1, 543)	.002	.02	
	Não deslocado	151	9.6 ± 2.0				
Estado de Saúde	CF	Deslocado	392	74.7 ± 17.6	1.71 (1, 542)	.192 ^a	< .01
		Não deslocado	152	76.9 ± 17.7			
	CM	Deslocado	392	71.3 ± 18.5	0.63 (1, 542)	.429 ^a	< .01
		Não deslocado	152	72.7 ± 18.0			
Qualidade de Vida	FG	Deslocado	387	71.7 ± 14.6	7.56 (1, 526)	.006^b	.01
		Não deslocado	141	75.7 ± 15.0			
	DFís	Deslocado	387	71.5 ± 12.5	0.67 (1, 526)	.415 ^b	< .01
		Não deslocado	141	72.5 ± 12.5			
	DPsi	Deslocado	387	71.4 ± 14.6	0.71 (1, 526)	.401 ^b	< .01
		Não deslocado	141	72.6 ± 14.3			
	DRçS	Deslocado	387	73.4 ± 16.4	0.28 (1, 526)	.597 ^b	< .01
		Não deslocado	141	72.5 ± 17.2			
	DAMB	Deslocado	387	68.7 ± 11.6	17.48 (1, 526)	< .001^b	.03
		Não deslocado	141	73.5 ± 11.8			
Desempenho Escolar							
	Deslocado	394	53.3 ± 20.8	0.43 (1, 544)	.515	< .01	
	Não deslocado	152	54.6 ± 21.9				
Qualidade da Adaptação	DPes	Deslocado	392	62.4 ± 19.4	1.99 (1, 541)	.159 ^c	< .01
		Não deslocado	151	65.0 ± 18.6			
	DIntp	Deslocado	392	69.5 ± 16.1	<0.01 (1, 541)	.926 ^c	< .01
		Não deslocado	151	69.7 ± 15.6			
	DCar	Deslocado	392	72.8 ± 17.9	0.81 (1, 541)	.370 ^c	< .01
		Não deslocado	151	71.3 ± 17.5			
	DEst	Deslocado	392	53.9 ± 13.9	0.07 (1, 541)	.792 ^c	< .01
		Não deslocado	151	53.6 ± 15.9			
	DInst	Deslocado	392	72.1 ± 15.2	1.27 (1, 541)	.259 ^c	< .01
		Não deslocado	151	73.7 ± 13.5			

Nota. *N* = 546, exceto na análise do estilo de vida (excluído um valor aberrante), do estado de saúde (excluídos dois valores aberrantes), da qualidade de vida (excluídos seis valores aberrantes e registro de 12 valores ausentes) e da qualidade da adaptação (excluídos três valores aberrantes).

^aProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .025$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .003, $F_{(2, 541)} = 0.86$, $p = .424$, $\eta^2 < .01$. ^bProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .054, $F_{(5, 522)} = 5.96$, $p < .001$, $\eta^2 = .05$. ^cProbabilidade de significância associada ao *F* univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .014, $F_{(5, 537)} = 1.50$, $p = .187$, $\eta^2 = .01$.

6.3. Impacto do estilo de vida atual nas variáveis de saúde e de sucesso académico do primeiranista

A avaliação do impacto do estilo de vida do primeiranista nas variáveis de saúde e de sucesso académico, quer por intermédio da comparação de grupos diferentes quanto ao estilo de vida atual¹⁰², quer pela análise da associação entre as variáveis em causa (estilo de vida atual e variáveis saúde/sucesso académico) e pela estimação da capacidade explicativa do estilo de vida atual¹⁰³, assumiu-se pertinente.

6.3.1. Variabilidade do estado de saúde e da qualidade de vida em função da medida geral do estilo de vida e da prática de atividades físicas no ensino superior

Começou-se por avaliar a existência de diferenças nas variáveis do estado de saúde e, posteriormente, da qualidade de vida entre grupos com ICEV's diferentes ($ICEV > 9$ e $ICEV \leq 9$) e comportamentos opostos (CAS^+ e CAS^-) no que respeita ao padrão de atividades físicas.

¹⁰² É importante assinalar novamente que na escolha do conjunto de variáveis dependentes submetidas a análise da variância multivariada pesaram os argumentos já apresentados (ver ponto 6.2.2 deste capítulo), pelo que as variáveis que compõem o estado de saúde, a qualidade de vida e a qualidade da adaptação constituíram grupos autónomos de variáveis dependentes. Na escolha dos fatores pesou sobretudo a necessidade de perceber a importância de apresentar um determinado estilo de vida (mais ou menos saudável), aliado a comportamentos como a prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas (CAS mais afetado com a transição para o ensino superior, tendo ainda sido mencionado como aquele a fomentar por boa parte da amostra) ou o consumo excessivo de álcool (CAS que registou o segundo maior decréscimo com a transição). Desta forma, foram comparados entre si quatro grupos, resultantes da divisão ocasionada pelos fatores medida geral do estilo de vida (grupo com ICEV acima da mediana vs. grupo com ICEV abaixo ou igual à mediana) e frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas (grupo com CAS positivo vs. grupo com CAS negativo) ou consumo excessivo de álcool (grupo com CAS positivo vs. grupo com CAS negativo).

¹⁰³ Deve também ser assinalado que, relativamente à análise da regressão linear múltipla hierárquica, a escolha das variáveis explicativas prendeu-se com os três factos seguintes. Algumas variáveis do perfil sociodemográfico e académico do primeiranista seriam, de acordo com a literatura (ver, e.g., Almeida, Guisande, et al., 2006; Andrade et al., 2011; Costa & Leal, 2008; Bruinsma & Jansen, 2007; Martinho, 2006; Pacheco, 2008; Ribeiro, 2005; Ruthig et al., 2011; Vaez & Laflamme, 2003), correlatos e preditores das variáveis de saúde e de sucesso académico em estudo. As mesmas variáveis do perfil sociodemográfico e académico partilhariam, em princípio, variância única com a variável explicativa de interesse, o ICEV atual do primeiranista, e como tal a influência daquelas deveria ser controlada. O ICEV atual era uma variável composta (que resultava da combinação de vários CAS) e, por respeito à assunção da multicolinearidade, não devia entrar na equação de regressão juntamente com os CAS considerados isoladamente. Deste modo, o primeiro bloco de variáveis explicativas a entrar nas equações de regressão foi sempre constituído por variáveis do perfil sociodemográfico e académico, enquanto o segundo bloco continha o ICEV atual – todas as variáveis explicativas estavam significativamente correlacionadas (ou tinham coeficientes de correlação próximos do limiar de significância) com as variáveis resultado.

Em relação ao primeiro conjunto de variáveis (**componentes do estado de saúde**) e observando os dados descritivos da tabela 4.25, percebeu-se que os alunos com um estilo de vida mais saudável ($ICEV > 9$) tinham registado resultados médios aparentemente superiores, na percepção da saúde física (79.7 ± 15.3) e psicológica (76.3 ± 15.8), aos do grupo que integrava menos CAS positivos no seu estilo de vida (71.2 ± 18.8 e 67.6 ± 19.4 , respetivamente). De forma semelhante, os praticantes frequentes de atividades físicas moderadas ou vigorosas (CAS positivo) pareciam ter alcançado pontuações médias superiores nas duas variáveis dependentes (CF: 77.7 ± 16.4 ; CM: 73.4 ± 17.5), quando comparados com os primeiranistas do grupo oposto (CF: 74.6 ± 18.0 ; CM: 71.3 ± 18.4).

Tabela 4.25. Dados descritivos das variáveis do âmbito da saúde em função do estilo de vida e da prática de atividades físicas.

Variáveis dependentes	Fatores				
	Estilo de vida	Prática de atividades físicas			
		CAS ⁺	CAS ⁻	Total	
	<i>M ± DP (n)</i>				
Estado de Saúde	CF	ICEV > 9	80.1 ± 14.2 (87)	79.4 ± 15.8 (175)	79.7 ± 15.3 (262)
		ICEV ≤ 9	71.8 ± 19.8 (36)	71.1 ± 18.6 (245)	71.2 ± 18.8 (281)
		Total	77.7 ± 16.4 (123)	74.6 ± 18.0 (420)	75.3 ± 17.7 (543)
	CM	ICEV > 9	77.4 ± 15.4 (87)	75.8 ± 16.0 (175)	76.3 ± 15.8 (262)
		ICEV ≤ 9	63.9 ± 18.9 (36)	68.2 ± 19.5 (245)	67.6 ± 19.4 (281)
		Total	73.4 ± 17.5 (123)	71.3 ± 18.4 (420)	71.8 ± 18.2 (543)
Qualidade de Vida	FG	ICEV > 9	78.1 ± 14.0 (84)	76.7 ± 13.7 (171)	77.2 ± 13.8 (255)
		ICEV ≤ 9	75.4 ± 15.2 (34)	67.6 ± 14.1 (238)	68.6 ± 14.4 (272)
		Total	77.3 ± 14.3 (118)	71.4 ± 14.6 (409)	72.7 ± 14.7 (527)
	DFís	ICEV > 9	75.7 ± 12.4 (84)	75.5 ± 10.8 (171)	75.6 ± 11.4 (255)
		ICEV ≤ 9	68.1 ± 12.0 (34)	68.2 ± 12.6 (238)	68.2 ± 12.5 (272)
		Total	73.5 ± 12.7 (118)	71.3 ± 12.4 (409)	71.8 ± 12.5 (527)
	DPsi	ICEV > 9	74.9 ± 13.0 (84)	74.7 ± 13.2 (171)	74.7 ± 13.1 (255)
		ICEV ≤ 9	65.6 ± 16.9 (34)	69.3 ± 14.9 (238)	68.8 ± 15.2 (272)
		Total	72.2 ± 14.8 (118)	71.5 ± 14.5 (409)	71.7 ± 14.5 (527)
	DRçS	ICEV > 9	75.7 ± 15.6 (84)	75.0 ± 15.5 (171)	75.3 ± 15.5 (255)
		ICEV ≤ 9	67.4 ± 19.8 (34)	71.7 ± 17.1 (238)	71.2 ± 17.5 (272)
		Total	73.3 ± 17.2 (118)	73.1 ± 16.5 (409)	73.1 ± 16.7 (527)
	DAmb	ICEV > 9	74.2 ± 10.7 (84)	72.7 ± 10.4 (171)	73.2 ± 10.5 (255)
		ICEV ≤ 9	66.9 ± 11.4 (34)	66.9 ± 12.4 (238)	66.9 ± 12.2 (272)
		Total	72.1 ± 11.4 (118)	69.3 ± 11.9 (409)	69.9 ± 11.9 (527)

Foi possível perceber ainda que os alunos que exibiam um estilo de vida mais saudável e, simultaneamente, o CAS positivo relativamente ao padrão de atividades físicas, reportaram (à primeira vista) os melhores resultados médios na percepção da saúde física (80.1 ± 14.2) e psicológica (77.4 ± 15.4) dos quatro grupos em comparação. No entanto, os

piores resultados médios nestas variáveis dependentes davam mostras de pertencer a grupos diferentes: aos estudantes que integravam menos CAS positivos no seu estilo de vida e praticavam, ao mesmo tempo, atividades físicas moderadas ou vigorosas em níveis insuficientes (CF: 71.1 ± 18.6) e aos estudantes com um estilo de vida menos saudável e simultaneamente praticantes frequentes de atividades físicas (CM: 63.9 ± 18.9).

Ainda que os dados descritivos fossem sugestivos de efeitos principais e de interação entre fatores, a análise inferencial subsequente apontou para uma realidade diferente. Os resultados dos testes multivariados evidenciaram efeitos multivariados estatisticamente significativos no conjunto de variáveis do estado de saúde apenas para o fator (medida geral do) estilo de vida (Traço de Pillai = .057, $F_{(2, 538)} = 16.28$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .06$), não se verificando o mesmo para o fator prática de atividades físicas (Traço de Pillai = .002, $F_{(2, 538)} = 0.56$, $p = .572$, $\eta_p^2 < .01$) nem para a interação entre os dois (Traço de Pillai = .006, $F_{(2, 538)} = 1.53$, $p = .217$, $\eta_p^2 < .01$). Os testes univariados (tabela 4.26) confirmaram o efeito estatisticamente significativo do estilo de vida do primeiranista na autoperceção do seu estado de saúde física ($F_{(1, 539)} = 19.04$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .03$) e psicológica ($F_{(1, 539)} = 28.82$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .05$).

Tabela 4.26. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: componentes do estado de saúde).

Fatores	Variáveis dependentes		$F_{(1, 539)}$	p	η_p^2
Estilo de vida	Estado de Saúde	CF	19.04	< .001	.03
		CM	28.82	< .001	.05
Prática de atividades físicas	Estado de Saúde	CF	0.13	.717	< .01
		CM	0.47	.496	< .01
Interação entre fatores	Estado de Saúde	CF	< 0.01	.980	< .01
		CM	2.28	.132	< .01

Nota. $N = 543$ (excluídos três valores aberrantes). $\alpha = .025$ (correção de Bonferroni).

Assim, somente os grupos com estilos de vida opostos diferiram significativamente entre si, apresentando os alunos com um estilo de vida mais saudável percepções significativamente mais positivas do estado de saúde física e psicológica.

Quanto às variáveis **faceta geral e domínios da qualidade de vida**, os dados descritivos da tabela 4.25 mostravam que os alunos com um estilo de vida mais saudável (ICEV > 9) reportaram resultados médios aparentemente superiores, na faceta geral (77.2 ± 13.8) e nos quatro domínios da qualidade de vida (DFís: 75.6 ± 11.4 ; DPsi: 74.7 ± 13.1 ; DRçS: 75.3 ± 15.5 ; DAmb: 73.2 ± 10.5), aos do grupo que integrava menos

CAS positivos no seu estilo de vida (FG: 68.6 ± 14.4 ; DFís: 68.2 ± 12.5 ; DPsi: 68.8 ± 15.2 ; DRçS: 71.2 ± 17.5 ; DAmb: 66.9 ± 12.2). De igual forma, os praticantes frequentes de atividades físicas moderadas ou vigorosas (CAS positivo) registraram pontuações médias que pareciam ligeiramente superiores nas cinco variáveis dependentes (FG: 77.3 ± 14.3 ; DFís: 73.5 ± 12.7 ; DPsi: 72.2 ± 14.8 ; DRçS: 73.3 ± 17.2 ; DAmb: 72.1 ± 11.4), quando comparados com os primeiranistas do grupo oposto (FG: 71.4 ± 14.6 ; DFís: 71.3 ± 12.4 ; DPsi: 71.5 ± 14.5 ; DRçS: 73.1 ± 16.5 ; DAmb: 69.3 ± 11.9).

Os mesmos dados descritivos indicavam também que os alunos que exibiam um estilo de vida mais saudável e, simultaneamente, o CAS positivo relativamente ao padrão de atividades físicas, reportaram (à primeira vista) os melhores resultados médios na percepção da qualidade de vida (FG: 78.1 ± 14.0 ; DFís: 75.7 ± 12.4 ; DPsi: 74.9 ± 13.0 ; DRçS: 75.7 ± 15.6 ; DAmb: 74.2 ± 10.7) dos quatro grupos em comparação. Todavia, os piores resultados médios nestas variáveis dependentes pareciam pertencer a grupos diferentes: aos estudantes que integravam menos CAS positivos no seu estilo de vida e praticavam, ao mesmo tempo, atividades físicas moderadas ou vigorosas em níveis insuficientes (FG: 67.6 ± 14.1 ; DAmb: 66.9 ± 12.4) e aos estudantes com um estilo de vida menos saudável e simultaneamente praticantes frequentes de atividades físicas (DFís: 68.1 ± 12.0 ; DPsi: 65.6 ± 16.9 ; DRçS: 67.4 ± 19.8).

Tabela 4.27. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: faceta geral e domínios da qualidade de vida).

Fatores	Variáveis dependentes	$F_{(1, 523)}$	p	η_p^2	
Estilo de vida	Qualidade de Vida	FG	13.76	< .001	.03
		DFís	30.37	< .001	.06
		DPsi	20.69	< .001	.04
		DRçS	9.62	.002	.02
		DAmb	25.48	< .001	.05
Prática de atividades físicas	Qualidade de Vida	FG	8.31	.004	.02
		DFís	< 0.001	.996	< .01
		DPsi	1.22	.270	< .01
		DRçS	0.95	.330	< .01
		DAmb	0.38	.538	< .01
Interação entre fatores	Qualidade de Vida	FG	3.90	.049	< .01
		DFís	0.02	.899	< .01
		DPsi	1.46	.228	< .01
		DRçS	1.74	.187	< .01
		DAmb	0.34	.559	< .01

Nota. $N = 527$ (excluídos sete valores aberrantes e registo de 12 valores ausentes). $\alpha = .010$ (correção de Bonferroni).

Os dados anteriores pareciam apontar para a existência de efeitos principais

(sobretudo do fator estilo de vida) e de interações entre fatores e os resultados dos testes multivariados evidenciaram efeitos multivariados estatisticamente significativos no conjunto de variáveis da qualidade de vida para os fatores (medida geral do) estilo de vida (Traço de Pillai = .067, $F_{(5, 519)} = 7.49$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .07$) e prática de atividades físicas (Traço de Pillai = .036, $F_{(5, 519)} = 3.85$, $p = .002$, $\eta_p^2 = .04$), bem como para a interação entre os dois (Traço de Pillai = .024, $F_{(5, 519)} = 2.52$, $p = .029$, $\eta_p^2 = .02$). Porém, os testes univariados (tabela 4.27) confirmaram somente o efeito estatisticamente significativo do estilo de vida do primeiranista na faceta geral ($F_{(1, 523)} = 13.76$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .03$) e nas dimensões da qualidade de vida (DFís: $F_{(1, 523)} = 30.37$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .06$; DPsi: $F_{(1, 523)} = 20.69$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .04$; DRçS: $F_{(1, 523)} = 9.62$, $p = .002$, $\eta_p^2 = .02$; DAmb: $F_{(1, 523)} = 25.48$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .05$) e o efeito estatisticamente significativo da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas na faceta geral da qualidade de vida ($F_{(1, 523)} = 8.31$, $p = .004$, $\eta_p^2 = .02$). Ainda que os testes multivariados tivessem sido sensíveis ao efeito multivariado da interação entre os dois fatores, a probabilidade de significância dos testes univariados subsequentes foi sempre superior ao nível de significância estipulado com a correção de Bonferroni ($\alpha = .010$).

Comprovou-se, deste modo, a existência de algumas diferenças estatisticamente significativas entre grupos com estilos de vida diferentes e práticas contrastantes de atividades físicas: os primeiros grupos diferiram significativamente em todas as variáveis da qualidade de vida (os alunos com um estilo de vida mais saudável apresentaram percepções significativamente mais positivas da faceta geral e das dimensões da qualidade de vida), os segundos diferiram significativamente na faceta geral da qualidade de vida (os praticantes frequentes de atividades físicas moderadas ou vigorosas apresentaram percepções significativamente mais positivas da faceta geral da qualidade de vida).

6.3.2. Variabilidade do sucesso acadêmico em função da medida geral do estilo de vida e do consumo excessivo de álcool no ensino superior

Prosseguiu-se com a análise de variância, procurando identificar, desta vez, a existência de diferenças nas variáveis da qualidade da adaptação e, posteriormente, no desempenho escolar entre grupos com ICEV's diferentes ($ICEV > 9$ e $ICEV \leq 9$) e comportamentos opostos (CAS^+ e CAS^-) quanto ao consumo mensal de álcool em excesso.

Observando os dados descritivos (tabela 4.28) atinentes ao primeiro conjunto de

variáveis (**dimensões da qualidade da adaptação**), verificou-se que o grupo de estudantes com um estilo de vida mais saudável ($ICEV > 9$), à semelhança do que ocorreu nas variáveis do âmbito da saúde, alcançara resultados médios aparentemente superiores em todas as dimensões da qualidade da adaptação (DPes: 67.8 ± 17.7 ; DIntp: 70.2 ± 15.0 ; DCar: 74.8 ± 17.3 ; DEst: 57.0 ± 13.8 ; DInst: 73.8 ± 13.3), quando comparado com os alunos que exibiam menos CAS positivos no seu estilo de vida (DPes: 59.3 ± 19.4 ; DIntp: 69.3 ± 16.3 ; DCar: 70.7 ± 17.3 ; DEst: 51.2 ± 14.4 ; DInst: 71.9 ± 15.1). Já os alunos que declararam ter hábitos de consumo de álcool em excesso (CAS negativo) obtiveram (à primeira vista) valores médios superiores, em quatro das cinco variáveis dependentes (DPes: 64.6 ± 17.9 ; DIntp: 72.1 ± 14.5 ; DCar: 73.8 ± 16.4 ; DInst: 74.1 ± 13.8), aos apresentados pelos alunos que exibiam o CAS oposto (DPes: 62.3 ± 20.2 ; DIntp: 67.1 ± 16.5 ; DCar: 71.5 ± 18.4 ; DInst: 71.4 ± 14.7). O grupo com consumo nulo de álcool em excesso apenas se destacara do grupo com CAS negativo na dimensão estudo (56.0 ± 14.9 e 52.2 ± 13.6 , respetivamente).

Tabela 4.28. Dados descritivos dos indicadores de sucesso académico em função do estilo de vida e do consumo de álcool em excesso.

Variáveis dependentes	Fatores				
	Estilo de vida	Consumo de álcool em excesso			
		CAS ⁺	CAS ⁻	Total	
<i>M ± DP (n)</i>					
Qualidade da Adaptação	DPes	ICEV > 9	66.5 ± 18.3 (175)	70.5 ± 16.1 (86)	67.8 ± 17.7 (261)
		ICEV ≤ 9	53.4 ± 21.0 (83)	61.9 ± 18.0 (191)	59.3 ± 19.4 (274)
		Total	62.3 ± 20.2 (258)	64.6 ± 17.9 (277)	63.5 ± 19.0 (535)
	DIntp	ICEV > 9	67.2 ± 15.4 (175)	76.3 ± 12.1 (86)	70.2 ± 15.0 (261)
		ICEV ≤ 9	67.0 ± 18.6 (83)	70.3 ± 15.2 (191)	69.3 ± 16.3 (274)
		Total	67.1 ± 16.5 (258)	72.1 ± 14.5 (277)	69.7 ± 15.7 (535)
	DCar	ICEV > 9	73.0 ± 18.2 (175)	78.3 ± 14.8 (86)	74.8 ± 17.3 (261)
		ICEV ≤ 9	68.1 ± 18.4 (83)	71.8 ± 16.7 (191)	70.7 ± 17.3 (274)
		Total	71.5 ± 18.4 (258)	73.8 ± 16.4 (277)	72.7 ± 17.4 (535)
	DEst	ICEV > 9	58.0 ± 14.1 (175)	54.9 ± 12.9 (86)	57.0 ± 13.8 (261)
		ICEV ≤ 9	51.7 ± 15.7 (83)	50.9 ± 13.8 (191)	51.2 ± 14.4 (274)
		Total	56.0 ± 14.9 (258)	52.2 ± 13.6 (277)	54.0 ± 14.4 (535)
	DInst	ICEV > 9	72.7 ± 13.5 (175)	76.2 ± 12.6 (86)	73.8 ± 13.3 (261)
		ICEV ≤ 9	68.7 ± 16.8 (83)	73.2 ± 14.2 (191)	71.9 ± 15.1 (274)
		Total	71.4 ± 14.7 (258)	74.1 ± 13.8 (277)	72.8 ± 14.3 (535)
	Desempenho Académico	ICEV > 9	59.2 ± 16.6 (176)	60.6 ± 17.7 (83)	59.7 ± 17.0 (259)
		ICEV ≤ 9	50.3 ± 21.1 (85)	48.6 ± 22.8 (197)	49.1 ± 22.0 (282)
		Total	56.3 ± 18.6 (261)	52.2 ± 22.1 (280)	54.2 ± 20.5 (541)

Os mesmos dados descritivos informavam ainda que os valores médios mais

elevados das vivências adaptativas pessoais (70.5 ± 16.1), interpessoais (76.3 ± 12.1), de carreira (78.3 ± 14.8) e institucionais (76.2 ± 12.6) davam mostras de pertencer aos alunos que exibiam conjuntamente um estilo de vida mais saudável e o CAS negativo relativamente ao consumo de álcool em excesso, ao passo que os valores médios mais baixos dessas dimensões (DPes: 53.4 ± 21.0 ; DIntp: 67.0 ± 18.6 ; DCar: 68.1 ± 18.4 ; DInst: 68.7 ± 16.8) pareciam caber aos primeiranistas com menos CAS positivos no seu estilo de vida e um consumo nulo de álcool em excesso. Esta tendência não se estendeu à perceção das vivências adaptativas de estudo – nesta variável dependente, o valor médio aparentemente mais elevado (58.0 ± 14.1) dos quatro grupos em comparação foi alcançado pelos inquiridos que apresentavam simultaneamente um estilo de vida mais saudável e um consumo nulo de álcool em excesso, e a pontuação média aparentemente mais baixa (50.9 ± 13.8) foi obtida pelo grupo que demonstrava simultaneamente um estilo de vida menos saudável e hábitos de consumo de álcool em excesso.

A averiguação de diferenças significativas entre os grupos contou, mais uma vez, com a realização de testes multivariados, que asseguraram a existência de efeitos multivariados significativos para os fatores (medida geral do) estilo de vida (Traço de Pillai = .081, $F_{(5, 527)} = 9.24$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .08$) e consumo mensal de álcool em excesso (Traço de Pillai = .066, $F_{(5, 527)} = 7.40$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .07$) e para a interação entre os dois (Traço de Pillai = .022, $F_{(5, 527)} = 2.41$, $p = .036$, $\eta_p^2 = .02$). Contudo, os testes univariados subsequentes (tabela 4.29) confirmaram apenas os efeitos principais em quatro das cinco dimensões das vivências académicas adaptativas, nomeadamente o efeito univariado significativo do estilo de vida do primeiranista nas suas vivências pessoais ($F_{(1, 531)} = 40.86$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .07$), de carreira ($F_{(1, 531)} = 12.62$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .02$), de estudo ($F_{(1, 531)} = 15.55$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .03$) e institucionais ($F_{(1, 531)} = 6.86$, $p = .009$, $\eta_p^2 = .01$), e o efeito univariado significativo do consumo de álcool em excesso nas vivências pessoais ($F_{(1, 531)} = 13.49$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .03$), interpessoais ($F_{(1, 531)} = 18.53$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .03$), de carreira ($F_{(1, 531)} = 7.84$, $p = .005$, $\eta_p^2 = .02$) e institucionais ($F_{(1, 531)} = 9.24$, $p = .002$, $\eta_p^2 = .02$). Ainda que os testes multivariados tivessem sido sensíveis ao efeito multivariado da interação entre os dois fatores, a probabilidade de significância dos testes univariados subsequentes foi sempre superior ao nível de significância estipulado com a correção de Bonferroni ($\alpha = .010$).

Tabela 4.29. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: dimensões da qualidade da adaptação).

Fatores	Variáveis dependentes	$F_{(1, 531)}$	p	η_p^2	
Estilo de vida	Qualidade da Adaptação	DPes	40.86	< .001	.07
		DIntp	4.68	.031	< .01
		DCar	12.62	< .001	.02
		DEst	15.55	< .001	.03
		DInst	6.86	.009	.01
Consumo de álcool em excesso	Qualidade da Adaptação	DPes	13.49	< .001	.03
		DIntp	18.53	< .001	.03
		DCar	7.84	.005	.02
		DEst	2.23	.136	< .01
		DInst	9.24	.002	.02
Interação entre fatores	Qualidade da Adaptação	DPes	1.76	.185	< .01
		DIntp	3.99	.046	< .01
		DCar	0.23	.630	< .01
		DEst	0.74	.391	< .01
		DInst	0.16	.694	< .01

Nota. $N = 535$ (excluídos 11 valores aberrantes). $\alpha = .010$ (correção de Bonferroni).

Assim, confirmaram-se algumas diferenças estatisticamente significativas entre grupos com estilos de vida diferentes e consumos opostos de álcool em excesso: os primeiros grupos diferiram significativamente em todas as dimensões da qualidade da adaptação, exceto na dimensão interpessoal (os alunos com um estilo de vida mais saudável apresentaram percepções significativamente mais positivas das vivências adaptativas pessoais, de carreira, de estudo e institucionais), os últimos diferiram significativamente em todas as dimensões da qualidade da adaptação, exceto na dimensão estudo (os primeiranistas com hábitos de consumo de álcool em excesso apresentaram percepções significativamente mais positivas das vivências adaptativas pessoais, interpessoais, de carreira e institucionais).

Relativamente à variável **desempenho escolar**, os dados descritivos da tabela 4.28 informavam que as médias do grupo com um estilo de vida mais saudável ($ICEV > 9$) e do grupo sem consumo de álcool em excesso (CAS positivo) foram aparentemente superiores (59.7 ± 17.0 e 56.3 ± 18.6 , respetivamente) às dos estudantes dos grupos opostos (49.1 ± 22.0 e 52.2 ± 22.1 , respetivamente). No entanto, os melhores (60.6 ± 17.7) e piores (48.6 ± 22.8) resultados médios dos quatro grupos em comparação davam mostras de pertencer, respetivamente, aos primeiranistas que apresentavam simultaneamente mais CAS positivos no seu estilo de vida e hábitos de consumo de álcool em excesso e aos alunos que exibiam conjuntamente um estilo de vida menos saudável e os mesmos hábitos de consumo.

Tabela 4.30. Resultados dos testes da ANOVA 2x2 (VD: desempenho escolar).

Fatores	Variável dependente	$F_{(1, 537)}$	p	η_p^2
Estilo de vida	Desempenho escolar	32.09	< .001	.06
Consumo de álcool em excesso	Desempenho escolar	0.01	.942	< .01
Interação entre fatores	Desempenho escolar	0.70	.403	< .01

Nota. $N = 541$ (excluídos cinco valores aberrantes).

Ainda que os dados descritivos fossem sugestivos de efeitos principais e de interação entre fatores, os testes inferenciais subsequentes (tabela 4.30) comprovaram apenas o efeito estatisticamente significativo do fator (medida geral do) estilo de vida no desempenho académico ($F_{(1, 537)} = 32.09$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .06$), não se verificando o mesmo para o fator consumo mensal de álcool em excesso ($F_{(1, 537)} = 0.01$, $p = .942$, $\eta_p^2 < .01$) nem para a interação entre os dois ($F_{(1, 537)} = 0.70$, $p = .403$, $\eta_p^2 < .01$). Deste modo, somente os grupos com estilos de vida diferentes diferiram significativamente entre si, apresentando os alunos com um estilo de vida mais saudável um rendimento escolar superior.

6.3.3. Associação entre o estilo de vida atual e as variáveis de saúde e de sucesso académico

A análise da associação entre a medida geral do estilo de vida na universidade e as **variáveis de saúde** (tabela 4.31) mostrou a existência de correlações positivas estatisticamente significativas, exceto entre o ICEV e o domínio das relações sociais da qualidade de vida, de intensidade variável ainda que fraca ($.20 \leq r \leq .32$). Em conformidade com os valores do coeficiente de determinação, a variância partilhada entre as respetivas variáveis (medida geral do estilo de vida no ensino superior e cada uma das variáveis do âmbito da saúde) foi, no máximo, de 10% ($4.0\% \leq r^2 \leq 10.2\%$).

Tabela 4.31. Coeficientes de correlação/associação entre o estilo de vida (medida geral e CAS isolado) no ensino superior e as variáveis do âmbito da saúde.

Variáveis		Estado de Saúde		Qualidade de Vida				
		CF	CM	FG	DFis	DPsi	DRçS	DAmb
Estilo de vida atual	ICEV	.27***	.20***	.29***	.32***	.23***	.08	.24***
	Qualidade do sono	.32***	.34***	.30***	.41***	.29***	.15**	.29***
	Atividades físicas	.09*	.12**	.23***	.13**	.10*	.07	.16***

Nota. $N = 546$, exceto na análise com as variáveis da qualidade de vida (registo de 10 a 11 valores ausentes).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Da totalidade das associações estatisticamente significativas entre cada um dos CAS no ensino superior e o estado de saúde e a qualidade de vida (ver apêndice 5, para consultar a tabela completa), sobressaíram as associações positivas entre estas variáveis de saúde e a qualidade do sono – CAS que registou o conjunto de associações de magnitude mais elevada, ainda que esta intensidade tivesse variado entre fraca e moderada: $.15 \leq \rho \leq .41$, $2.3\% \leq \rho^2 \leq 16.8\%$ (tabela 4.31). Assinale-se ainda que a frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas na universidade, indicada por um número significativo de alunos como CAS a fomentar, surpreendeu pelas associações fracas estatisticamente significativas ($.09 \leq \rho \leq .23$, $0.8\% \leq \rho^2 \leq 5.3\%$), em alguns casos, quase inexistentes com as variáveis do âmbito da saúde¹⁰⁴.

O estudo da associação entre a medida geral do estilo de vida no ensino superior e os **indicadores de sucesso acadêmico** indicou a existência de correlações positivas, ainda que de intensidade fraca ($.10 \leq r \leq .26$), e estatisticamente significativas, exceto para os domínios interpessoal e institucional da qualidade das vivências adaptativas (tabela 4.32). Assim, a variância partilhada entre a medida geral do estilo de vida no ensino superior e cada um dos indicadores de sucesso acadêmico foi, no máximo, de 6.8% ($1.0\% \leq r^2 \leq 6.8\%$).

Tabela 4.32. Coeficientes de correlação/associação entre o estilo de vida (medida geral e CAS isolado) no ensino superior e os indicadores de sucesso acadêmico.

Variáveis	Desempenho Escolar	Qualidade da Adaptação					
		DPes	DIntp	DCar	DEst	DInst	
Estilo de vida atual	ICEV	.26***	.25***	-.03	.10*	.23***	.05
	Qualidade do sono	.19***	.36***	.14**	.18***	.17***	.13**
	Atividades físicas	-.02	.14**	.05	.03	.09*	-.10*
	Consumo álcool exc.	-.10*	.03	.17***	.06	-.13**	.07

Nota. $N = 546$.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Uma vez mais, as associações positivas, de magnitude variável ainda que fraca ($.13 \leq \rho \leq .36$, $1.7\% \leq \rho^2 \leq 13.0\%$), e estatisticamente significativas entre a qualidade do sono do estudante e todos os indicadores de sucesso acadêmico (tabela 4.32) destacaram-se do conjunto das associações significativas entre estes indicadores e cada um dos CAS

¹⁰⁴ Uma análise mais pormenorizada, para uma amostra ($n = 487$) sem alunos da FCDEFUC (grupo de alunos com maior frequência, duração e intensidade de exercício físico, por imposição curricular), mostrou um aumento da magnitude das correlações entre a prática de atividades físicas e qualquer uma das variáveis de saúde (todas as correlações foram positivas e estatisticamente significativas: $.10 \leq \rho \leq .25$, $1.0\% \leq \rho^2 \leq 6.3\%$).

exibidos no ensino superior (ver apêndice 5, para consultar a tabela completa). São também dignas de alguma atenção (1) as associações fracas estatisticamente significativas ($.09 \leq \rho \leq .14$, $.08\% \leq \rho^2 \leq 2.0\%$), ou até residuais, entre a sua prática de atividades físicas e os indicadores em causa ou a associação negativa ($\rho = -.10$, $p = .018$) entre essa prática e as suas vivências académicas do domínio institucional¹⁰⁵; (2) o contraste da associação positiva, fraca ($\rho = .17$, $p < .001$), entre o consumo mensal de álcool em excesso do primeiranista e as suas vivências académicas do domínio interpessoal, com as associações negativas, de intensidade igualmente baixa, entre este CAS e as vivências do domínio estudo ($\rho = -.13$, $p = .002$) ou o desempenho escolar ($\rho = -.10$, $p = .019$) do aluno.

6.3.4. Capacidade explicativa única do estilo de vida atual relativamente às variáveis de saúde e de sucesso académico

Verificados os pressupostos, executaram-se as análises da regressão linear múltipla hierárquica. As tabelas 4.33 e 4.34 sumarizam os modelos de regressão testados.

Tabela 4.33. Sumário das regressões múltiplas hierárquicas (VD's: variáveis de saúde).

Variáveis resultado	Variáveis explicativas	β_x	t	F ($gl1, gl2$)	R^2	R^2_{ajust}	Estatísticas associadas à mudança entre modelos	
							R^2	F ($gl1, gl2$)
Estado de Saúde	Modelo 1 Feminino FCDEFUC	-.16	-3.66***	12.09***	.04	.04	.10	64.73*** (1, 536)
		-.16	-3.82***	(2, 537)				
	Modelo 2 Feminino FCDEFUC ICEV	-.18	-4.42***	30.59*** (3, 536)	.15	.14		
		-.20	-4.79***					
		.32	8.05***					
	CM	Modelo 1 Feminino NSE	-.14	-3.14**	9.17*** (2, 539)	.03		
.10			2.37*					
Modelo 2 Feminino NSE ICEV		-.15	-3.55***	17.13*** (3, 538)	.09	.08		
		.10	2.29*					
		.23	5.66***					

(cont.)

¹⁰⁵ A mesma análise, para a subamostra de alunos deslocados (grupo que possivelmente incluía alunos ainda com atividades físicas/desportivas sediadas no seu local de proveniência, normalmente, no âmbito de associações desportivas regionais), mostrou um ligeiro aumento da magnitude da correlação negativa entre a prática de exercício físico e a dimensão institucional da qualidade da adaptação ($\rho = -.15$, $p = .004$, $n = 394$).

(cont.)

Variáveis resultado	Variáveis explicativas	β_x	t	F ($gl1, gl2$)	R^2	R^2_{ajust}	Estatísticas associadas à mudança entre modelos		
							R^2	R^2	
Qualidade de Vida	FG	Modelo 1					.09	53.28*** (1, 531)	
		NSE	.12	2.67**	6.16** (2, 532)	.02			.02
		Não deslocado	.08	1.76					
		Modelo 2							
	NSE	.12	2.86**	22.27*** (3, 531)	.11	.11			
	Não deslocado	.04	.82						
	ICEV	.30	7.30***						
	DFís	Modelo 1						.12	70.76*** (1, 528)
		Feminino	-.08	-1.84	3.40 (1, 529)	< .01	< .01		
		Modelo 2							
		Feminino	-.10	-2.50*	37.30*** (2, 528)	.12	.12		
	ICEV	.34	8.41***						
DPsi	Modelo 1						.06	32.75*** (1, 529)	
	Feminino	-.09	-2.07*	4.48* (2, 530)	.02	.01			
	NSE	.08	1.82						
	Modelo 2								
Feminino	-.11	-2.51*	14.08*** (3, 529)	.07	.07				
NSE	.07	1.73							
ICEV	.24	5.72***							
DAmb	Modelo 1						.06	38.60*** (1, 530)	
	NSE	.24	5.71***	24.40*** (2, 531)	.08	.08			
	Não deslocado	.12	2.91**						
	Modelo 2								
NSE	.24	5.95***	30.28*** (3, 530)	.15	.14				
Não deslocado	.09	2.13*							
ICEV	.25	6.21***							

Nota. $N = 546$, exceto na análise das variáveis do estado de saúde (excluídos seis e quatro valores aberrantes, respetivamente) e da qualidade de vida (excluídos um, quatro, três e dois valores aberrantes, respetivamente, e registo de 10 a 11 valores ausentes).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

De acordo com os dados resumidos na tabela 4.33, todos os modelos de regressão finais (i.e., após a introdução faseada dos dois blocos de variáveis explicativas) se revelaram estatisticamente significativos (testes F associados a $p < .001$) e explicaram entre 7% (VD: domínio psicológico da qualidade de vida) e 14% (VD's: componente físico do estado de saúde e domínio ambiente da qualidade de vida) da variância na pontuação das **variáveis de saúde** em análise ($.07 \leq R^2_{ajust} \leq .14$). A introdução do ICEV atual (variável explicativa de interesse) nos modelos de regressão permitiu encontrar uma variância explicada adicional de 5% (VD: componente mental do estado de saúde) a 12% (VD: domínio físico da qualidade de vida), depois de algumas variáveis do perfil sociodemográfico e académico do primeiranista serem controladas ($.05 \leq \Delta R^2 \leq .12$, testes

F associados a $p < .001$). Nos modelos de regressão finais, quase todos os coeficientes das variáveis explicativas foram estatisticamente significativos (exceção para as variáveis não deslocado e nível socioeconómico que, isoladamente, perderam a capacidade de explicar a faceta geral e o domínio psicológico da qualidade de vida, respetivamente, apesar de serem correlatos estatisticamente significativos destes) e os coeficientes estandardizados do ICEV atual destacaram-se dos demais ($.23 \leq \beta_{\text{ICEV}} \leq .34$, testes t associados a $p < .001$), apontando esta variável explicativa como a mais forte dos conjuntos considerados. Assim, mantendo as outras variáveis explicativas controladas, por cada variação de um desvio-padrão no ICEV atual, haveria uma variação entre .23 (VD: componente mental do estado de saúde) e .34 (VD: domínio físico da qualidade de vida) de desvio-padrão nas variáveis resultado.

Tabela 4.34. Sumário das regressões múltiplas hierárquicas (VD's: indicadores de sucesso académico).

Variáveis resultado	Variáveis explicativas	β_x	t	F ($gl1, gl2$)	R^2	R^2_{ajust}	Estatísticas associadas à mudança entre modelos			
							R^2	F ($gl1, gl2$)		
Desempenho Escolar	Modelo 1						.06	35.90*** (1, 541)		
	NSE	.09	2.10*	8.88*** (3, 542)	.05	.04				
	Caloiro	.12	2.80**							
	Primeira Opção	.16	3.68***							
	Modelo 2									
	NSE	.09	2.11*	16.07*** (4, 541)	.11	.10				
Caloiro	.09	2.22*								
Primeira Opção	.14	3.51***								
ICEV	.25	5.99***								
Qualidade da Adaptação	DPes	Modelo 1					.07	42.08*** (1, 540)		
		Feminino	-.18	-4.15***	12.96*** (2, 541)	.05			.04	
		NSE	.10	2.23*						
		Modelo 2								
	Feminino	-.19	-4.67***	23.32*** (3, 540)	.12	.11				
	NSE	.09	2.14*							
	ICEV	.26	6.49***							
	DCar	Modelo 1						.01	9.01** (1, 538)	
		Primeira Opção	.39	9.85***	97.05*** (1, 539)	.15	.15			
		Modelo 2								
		Primeira Opção	.39	9.83***	53.75*** (2, 538)	.17	.16			
	ICEV	.12	3.00**							
DEst	Modelo 1						.06	34.38*** (1, 542)		
	Feminino	.16	3.80***	14.43*** (1, 543)	.03	.02				
	Modelo 2									
	Feminino	.15	3.61***	24.85*** (2, 542)	.08	.08				
ICEV	.24	5.86***								

Nota. $N = 546$, exceto na análise das variáveis da qualidade da adaptação (excluídos dois, cinco e um valores aberrantes, respetivamente).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Em conformidade com os dados resumidos na tabela 4.34, todos os modelos de regressão finais se revelaram estatisticamente significativos (testes F associados a $p < .001$) e explicaram entre 8% (VD: dimensão estudo da qualidade da adaptação) e 16% (VD: dimensão carreira da qualidade da adaptação) da variância na pontuação dos **indicadores de sucesso acadêmico** ($.08 \leq R^2_{ajust} \leq .16$). A introdução do ICEV atual nos modelos de regressão, na segunda fase da análise, permitiu encontrar uma variância explicada adicional de 1% (VD: dimensão carreira da qualidade da adaptação) a 7% (VD: dimensão pessoal da qualidade da adaptação), depois de algumas variáveis do perfil sociodemográfico e acadêmico do primeiranista serem controladas ($.01 \leq \Delta R^2 \leq .07$, testes F associados até $p < .01$). Nestes modelos de regressão finais, todos os coeficientes das variáveis explicativas foram estatisticamente significativos (testes t associados até $p < .05$), voltando os coeficientes estandardizados do ICEV atual a destacar-se dos demais ($.12 \leq \beta_{ICEV} \leq .26$, testes t associados até $p < .01$), exceto na explicação da variação das vivências acadêmicas do domínio carreira (modelo em que a variável primeira opção se revelou mais forte). Deste modo, mantendo as outras variáveis explicativas controladas, por cada variação de um desvio-padrão no ICEV atual, haveria uma variação entre .12 (VD: dimensão carreira da qualidade da adaptação) e .26 (VD: dimensão pessoal da qualidade da adaptação) de desvio-padrão nas variáveis resultado.

7. Discussão dos resultados

Chegado o momento de dar sentido aos resultados encontrados, segue-se o seu confronto com as hipóteses de investigação enunciadas e a literatura previamente revista.

Antes das demais considerações, é adequado assinalar que a análise do perfil sociodemográfico e escolar/acadêmico dos 546 alunos participantes, que precedeu a testagem de hipóteses, revelou muitas das características das amostras de primeiranistas utilizadas em estudos nacionais anteriores (e.g., Costa, 2008; Nunes, 2006; Pinheiro, 2003; Seco et al., 2005; Tavares, 2012), como o predomínio dos alunos do gênero feminino, de nacionalidade portuguesa, de proveniência relativamente próxima do local da instituição de ensino superior (neste caso, do Centro e do Norte) e pertencentes ao nível socioeconômico médio (de acordo com a tipologia de Simões, 1994), bem como características congruentes com os grupos de estudantes que a literatura denomina de tradicionais (Choy, 2002; Munro, 2011; Myers & Mobley, 2004), como a preponderância dos alunos com idade

compreendida entre os 17-19 anos, solteiros, dependentes dos pais, matriculados pela primeira vez no ensino superior e deslocados da residência-mãe.

Os primeiros resultados encontrados nesta amostra, relativamente à **caracterização dos CAS** (e posterior determinação da medida geral de estilo de vida) nos dois momentos considerados (antes e depois da entrada na universidade) **e da sua evolução**, comprovaram, tal como conjecturado na primeira hipótese de investigação, que os comportamentos/attitudes integrantes do estilo de vida dos primeiranistas mudam, constituindo estas mudanças, de acordo com a literatura (Chickering & Schlossberg, 2001; Pinheiro, 2004; Schlossberg, 1998), exemplos da face mais visível do impacto provocado pelas alterações (de natureza ecológica, educativa e desenvolvimental) subjacentes à entrada neste nível de ensino.

Observaram-se, por um lado, decréscimos estatisticamente significativo nas medidas do comportamento alimentar, do padrão sono-vigília, do padrão de atividade física e da monitorização da saúde e, por outro, aumentos estatisticamente significativos do consumo de substâncias psicoativas (não verificado para o consumo de drogas ilícitas), da automedicação e do comportamento sexual protegido. No entanto, estas variações nas medidas de tendência central devem ser cuidadosamente interpretadas, uma vez que não refletem o grande número de alunos que procedeu a alterações dentro de um intervalo considerado salutar (previamente determinado por critérios fundamentados na literatura), como as verificadas por exemplo na variável qualidade/diversidade nutricional, ou que manteve CAS positivos, como notado por exemplo ao nível da variável consumo de tabaco. Por esse motivo a medida geral do estilo de vida, apesar de diminuída (de modo estatisticamente significativo) com a transição, permaneceu elevada – acima dos nove CAS positivos, quando o máximo possível se situava nos 13. De facto, em consonância com os resultados de outras investigações nacionais que se dedicaram ao estudo do estilo de vida no ensino superior (e.g., Costa, 2008; Elias et al., 2009; Faria et al., 2004; Loureiro et al., 2008; Rodrigues, 2012), a maioria dos universitários da presente amostra apresentava (assim como antes do seu ingresso na universidade) a valência positiva (portanto salutar) nos CAS em análise, apesar das valências negativas existirem no estilo de vida de muitos sujeitos. As exceções concretizaram-se com a prática de atividades físicas, cuja frequência/duração da prática caiu, com a transição, para níveis insuficientes para quase

2/3 dos alunos (CAS negativo referido frequentemente na literatura – e.g., Bray & Born, 2004; Brandão et al., 2011; Clemente et al., 2016; Cruz et al., 2008; Elias et al., 2009; Ferreira et al., 2014; Racette et al., 2005; Ribeiro & Fernandes, 2010; Seabra, 2007), e do já esperado (em face do número crescente de estudos existentes sobre esta problemática – e.g., Dantzer et al., 2006; Pimentel et al., 2013; Steptoe, 2000) consumo excessivo de álcool, que granjeou mais de 1/3 da amostra com a transição.

Por sua vez, a variação diferenciada nas medidas dos vários comportamentos parece insinuar que houve CAS mais resistentes à mudança do que outros. A quantidade de refeições diárias, o consumo de bebidas com álcool (consumo diário) ou de outras substâncias psicoativas (tabaco e drogas ilícitas), a automedicação, a utilização de preservativo e a monitorização da saúde constituem CAS relativamente aos quais entre 71% e 96% (aproximadamente) dos primeiranistas da amostra conservou o padrão comportamental/atitude negativo ou positivo que exibia antes do ingresso no novo contexto. Não sendo objetivo deste trabalho explicar as possíveis causas das diferenças de resistência à mudança (tarefa que obrigaria a uma revisão da complexa etiologia de cada um dos CAS envolvidos), é pertinente mencionar que o período em que decorreu esta avaliação (ao longo dos primeiros 3 meses do segundo semestre) pode ter influenciado a aparente constância de alguns CAS, sendo previsíveis resultados diferentes no final do segundo semestre, depois da segunda época de avaliação de desempenho e de um importante evento da praxe académica: a Queima das Fitas. Por um lado, os períodos de avaliação de desempenho, enquanto acontecimentos indutores de stresse, podem desencadear o aumento do consumo de substâncias psicoativas (sobretudo da cafeína e do tabaco, não se verificando a mesma tendência para o consumo de álcool; Cronk et al., 2011; Del Boca et al., 2004), que funcionam como reguladores emocionais desadaptativos (Dusselier et al., 2005; Steptoe, 2007), e da automedicação (Ribeiro et al., 2010). Por outro, a Queima das Fitas é uma festa académica conhecida também pelo consumo abusivo de álcool e pela iniciação sexual de muitos universitários, como comprovaram os estudos de Agante (2009) ou de A. Oliveira (2008).

Os resultados descritivos encontrados na análise do **impacto percebido das mudanças do estilo de vida** (no estado de saúde, no processo de adaptação/ajustamento à universidade e no rendimento académico) e das **pretensões de mudanças dos estudantes**

em face desse estilo de vida revelaram-se curiosos.

Hierarquizando as respostas dos inquiridos com base nos respetivos efetivos que cada uma reuniu, é possível afirmar que as alterações nos CAS integrantes do estilo de vida, segundo a perceção da maioria dos primeiranistas, não surtiram qualquer impacto na adaptação/ajustamento à universidade (em quase 53% da amostra) e no rendimento académico (em aproximadamente 49% dos sujeitos), mas desencadearam um efeito negativo na saúde (em cerca de 46% da amostra). Pese embora a elevada percentagem de alunos que admitiu ter sentido um impacto negativo no seu estado de saúde¹⁰⁶, pouco mais de metade destes respondeu afirmativamente à questão sobre o desejo de mudar algum dos CAS reportados. A discrepância percentual anterior pode ser compreendida à luz de algumas explicações plausíveis: para estes jovens-adultos (1) a degradação qualitativamente pequena do estado de saúde física (recorde-se que, apesar das medidas de tendência central para os componentes físico e mental desta variável serem abonatórias de uma boa perceção do estado de saúde, os valores alcançados na saúde física ficaram ligeiramente abaixo dos normativos) não justifica alterações profundas no estilo de vida, ao contrário da degradação acentuada provocada pela manifestação da doença e para a qual, no entender de Fletcher et al. (2007), há uma perceção de invulnerabilidade por parte dos jovens, (2) há ganhos (e.g., ao nível do sentimento de pertença ao grupo e da satisfação com as suas relações interpessoais, visíveis nas pontuações médias elevadas, quer no domínio das relações sociais da qualidade de vida, quer na dimensão interpessoal das vivências adaptativas) na ostentação de CAS negativos, como o consumo de substâncias psicoativas em ambientes recreativos ou a privação de sono exigida pela convivialidade noturna com os pares (Agante, 2009; LaBrie et al., 2007; Precioso, 2004), que legitimam aquela degradação do estado de saúde e (3) o desejo de mudar CAS negativos depende de outros fatores que não só da perceção de risco (como de resto explicam os modelos sociocognitivos; ver ponto 1.3. do capítulo 2).

A percentagem considerável de alunos que relatou ter sentido um impacto negativo nos seus indicadores de sucesso académico, sobretudo no rendimento académico (cerca de 39% da amostra), não constituiu uma surpresa, tendo em consideração os resultados de

¹⁰⁶ Esta perceção dos inquiridos, ainda que seja uma medida subjetiva, é coerente com avaliações mais objetivas – i.e., obtidas por intermédio de medidas como o perfil lipídico, o índice de massa corporal ou a tensão arterial – da variação negativa do estado de saúde dos alunos expostos à vida académica (e.g., Brandão et al., 2011).

investigações prévias, que apontam o estilo de vida como fator condicionante do sucesso acadêmico dos jovens universitários (e.g., Elias et al., 2009; Ruthig et al., 2011). Mais uma vez, apenas metade (aproximadamente) destes primeiranistas manifestou intenção de mudar o seu atual estilo de vida. A percepção, por parte dos estudantes, de incompatibilidade (que, por sua vez, alimenta a sua passividade perante a mudança comportamental) entre as exigências do ensino superior (os seus ritmos, conteúdos, estratégias de ensino e de avaliação) e alguns CAS positivos que exigem importantes recursos (tempo e dinheiro) ou a desvalorização do prejuízo sentido no rendimento acadêmico, juntamente com algumas das explicações avançadas anteriormente (viz., a percepção de benefícios, ao nível da dimensão mais interpessoal da adaptação, em exteriorizar alguns CAS negativos ou a complexidade da mudança comportamental), podem ajudar a compreender esta discrepância entre percentagens.

A escolha da prática de exercício físico ou de uma atividade desportiva (do seu início ou do aumento da frequência/duração da sua prática), entre todos os CAS estudados, pela maioria dos alunos que expressou a pretensão de mudar algum comportamento do seu estilo de vida (recorde-se que apenas 37% dos inquiridos, aproximadamente, confessaram este desejo) era esperada, dada a grande percentagem de praticantes (cerca de 77%) que alterou ou manteve a frequência/duração da prática de atividades físicas para/em níveis insuficientes (i.e., rara ou ocasional) com o ingresso no ensino superior e ao claro fenómeno social em que se converteu a procura crescente de programas de exercício físico. Para além das razões estéticas, de saúde e qualidade de vida ou de desempenho desportivo que alimentam esta procura (Gaspar, 2004; Lackman, Smith, & McNeill, 2015) é provável que os estudantes reconheçam os benefícios da prática regular de atividades físicas, na “promoção de estados afetivos e de humor (associados ao bem-estar psicológico), mas também na redução de estados negativos e emoções associadas frequentemente ao stress natural das transições, etapas e momentos mais difíceis do percurso universitário” (Cruz et al., 2008, p. 29).

A qualidade e/ou duração do sono, seguido da qualidade e/ou diversidade nutricional das refeições, enquanto CAS a modificar escolhidos por uma boa parte dos inquiridos, reforçam não só os resultados provenientes de estudos prévios, nos quais as dificuldades com algum destes CAS aparecem entre as mais prevalentes (e.g., Elias et al., 2009; Gomes et al., 2008; Loureiro et al., 2008; Martins, 2009; Miranda, 2015; Seabra, 2007), como

também a importância percebida daqueles na saúde, no bem-estar e no sucesso académico desta população.

Dos **dados descritivos do estilo de vida no ensino superior e das variáveis do âmbito da saúde e do sucesso académico** obtidos há a realçar a coerência entre os mesmos (e com os dados disponibilizados na literatura: e.g., Costa, 2008; Costa & Leal, 2008; Fletcher et al., 2007; Martinho, 2006; Martins, Pacheco, & Jesus, 2008; Rodrigues, 2012; Silva & Heleno, 2012; Vaez et al., 2004): o ICEV dos primeiranistas (recorde-se que cada um deles apresentava, em média, nove CAS positivos, dos 13 possíveis), indicativo de um estilo de vida consideravelmente salutar, foi acompanhado de perceções positivas atinentes ao estado de saúde (sobretudo física), à qualidade de vida (com destaque para o domínio das relações sociais e para a faceta geral) e à qualidade das vivências adaptativas (particularmente institucionais e de carreira) e de um desempenho escolar positivo, ainda que modesto.

Uma análise mais detalhada destes resultados mostra que, coerentemente com o que a investigação com o instrumento SF-8 tem mostrado (Ribeiro, 2005; Ware et al., 1993), o componente físico do estado saúde atingiu valores superiores aos do equivalente mental, tendo ambos os componentes alcançado valores medianos próximos (ainda que ligeiramente abaixo e acima, no que respeita ao componente físico e mental, respetivamente) dos valores normativos para o grupo etário dos 15-24 anos. Não surpreendentemente, em face das já documentadas associações positivas e de intensidade elevada entre qualidade de vida e estado de saúde, mormente psicológica (Vaez & Laflamme, 2003), os valores médios elevados (e muito próximos dos do componente mental do estado de saúde) obtidos nas variáveis faceta geral e domínios da qualidade de vida acompanharam a perceção otimista dos alunos sobre a sua saúde. À semelhança do que se verificou no componente físico do estado de saúde, também a média do domínio físico da qualidade de vida (que incorpora facetas como energia e fadiga ou sono e repouso) ficou (em 5.9 pontos) abaixo da média considerada normativa. Estas perceções de saúde física e de qualidade de vida (no seu domínio físico) comparativamente diminuídas podem não ser alheias às mudanças ocorridas no estilo de vida do aluno desde a sua entrada na universidade e com um impacto negativo na sua saúde (como, aliás, foi admitido por 46% da amostra), ou à proximidade temporal entre a exigente/fatigante

primeira época de avaliações e o período de recolha de dados.

Esmiuçando um pouco a informação descritiva dos indicadores de sucesso académico, percebe-se que, decorrido mais de um semestre nos processos de transição e adaptação, existia entre os inquiridos uma perceção geral positiva sobre as suas vivências adaptativas pessoais, sociais e académicas, legitimada pela superioridade dos valores médios da amostra em face dos valores intermédios utilizados para apreciação dos resultados, em todas as subescalas do QVA-r. Numa amostra em que maioria dos alunos (aproximadamente 73%) ingressou na primeira opção de candidatura, o destaque das pontuações médias nas subescalas carreira e institucional, que evidenciou a satisfação dos primeiranistas com a escolha do curso e da instituição (dos seus serviços e estruturas), perspetivas de carreira ou o projeto vocacional, não se estranhou, tendo em consideração os sucessivos estudos que comprovam o impacto deste fator (frequência de curso/instituição desejados) na adaptação ao ensino superior (e.g., Almeida et al., 2016; Costa, 2004; Pinheiro, 2003; Seco et al., 2005; Wach et al., 2016). Já o desempenho escolar médio desta amostra sobressaiu pelos motivos opostos: apesar de positivo, assumiu-se modesto, indo ao encontro da literatura que defende que o primeiro ano do ensino terciário é o mais propenso a dificuldades e ao fracasso académico (Almeida et al., 2016; Diniz, 2001; Hillman, 2005; Santos, 2007) e refletindo, provavelmente, as dificuldades sentidas pelos alunos no que concerne à gestão de tempo, às competências e rotinas de estudo ou à utilização de recursos de aprendizagem (expressas no valor médio, igualmente frugal, da dimensão estudo). Por sua vez, conhecidos os benefícios da participação em atividades extracurriculares no que respeita ao desenvolvimento pessoal e social, a sua função de fonte de apoio emocional ou o seu papel indicador de adaptação a novos contextos (Almeida et al., 2012; Brown-Liburud & Porco, 2011; Loureiro et al., 2008; Pinheiro, 2003; Seco et al., 2005), foi interessante constatar que quase metade da amostra (aproximadamente 45%) participava, pelo menos, numa atividade extracurricular (dentro e fora da instituição de ensino), essencialmente de natureza desportiva e cultural.

Os resultados do estudo dos **fatores sociodemográficos** (género e nível socioeconómico) e **escolares/académicos** (condição de caloiro/repetente, faculdade de pertença e condição de deslocado/não deslocado) **de variabilidade do estilo de vida e das variáveis de saúde e de sucesso académico** evidenciaram a existência de alguns efeitos

significativos, confirmando parcialmente a segunda hipótese de investigação.

Neste sentido, ser um estudante do género masculino parece ter influenciado positivamente a avaliação da saúde (física e mental) e sobretudo (olhando ao tamanho do efeito) da qualidade das vivências académicas ligadas às perceções de bem-estar e de competências cognitivas e emocionais (aspetos que integram a dimensão pessoal do QVA-r), enquanto ser rapariga parece ter afetado de modo positivo a avaliação do domínio das relações sociais da qualidade de vida e da dimensão estudo das vivências adaptativas (facto que espelha uma tendência de toda a escolaridade: o comprometimento das estudantes com as tarefas escolares; Machado & Almeida, 2000). Efeitos de género semelhantes têm sido encontrados noutras investigações (ver, e.g., Andrade et al., 2011; Chazan et al., 2015; Costa & Leal, 2008; Martinho, 2006; Ribeiro, 2005; Ruthig et al., 2011; Tavares, 2012; Vaez & Laflamme, 2003). Com relativa surpresa, a supremacia do género feminino quanto à integração de CAS positivos (exceto ao nível da prática regular de atividades físicas; Ruthig et al., 2011) no seu estilo de vida encontrada noutros estudos (ver Costa, 2008; Martinho, 2006; Pengpid & Peltzer, 2015) não se verificou (de forma estatisticamente significativa) nesta amostra.

No que diz respeito ao nível socioeconómico, sobressaíram, com maior expressão (atendendo à magnitude do efeito), as diferenças nas perceções de qualidade de vida relacionadas com os múltiplos aspetos (a segurança, o conforto, a qualidade, as oportunidades) do meio envolvente, em favor dos alunos provenientes de níveis mais favorecidos (i.e., $NSE_{elevado} > NSE_{médio} > NSE_{baixo}$). Também a avaliação global da qualidade de vida e o desempenho escolar parecem ter sido influenciados por esta variável sociodemográfica, uma vez que (só) os alunos de nível elevado (oriundos de famílias, na esmagadora maioria, com habilitações literárias de nível superior e situações profissionais estáveis, plausivelmente capazes de oferecer melhor apoio instrumental aos jovens na concretização dos seus objetivos formativos e de sustentar perceções mais otimistas da posição que o jovem ocupa na vida em geral) se destacaram positiva e significativamente dos outros dois grupos. Os alunos de nível elevado revelaram ainda perceções do estado de saúde mental e do domínio psicológico da qualidade de vida (construtos com alguma afinidade, uma vez que ambos incluem aspetos como a vitalidade ou a frequência de sentimentos negativos) significativamente melhores que as dos estudantes de nível baixo. Este efeito do nível socioeconómico nas variáveis sob análise não constitui uma novidade,

em face das evidências já publicadas (ver Almeida, Guisande, et al., 2006; Chazan, Campos, & Portugal, 2015; Gameiro et al., 2010; Wardle & Steptoe, 2003).

Também a condição de primeiranista caloiro ou repetente parece ter sido um fator de variabilidade da medida geral do estilo de vida e do desempenho escolar, depois de se comprovar que o do grupo de repetentes exibiu, em média, um estilo de vida menos saudável (simultaneamente consequência e preditor do insucesso académico; Allensworth et al., 2017; DeBerard et al., 2004; Pacheco, 2008) e piores resultados académicos (reflexo do efeito *bola de neve* do fracasso académico; Credé & Niehorster, 2012) que os alunos matriculados pela primeira vez no ensino superior.

O estudo da influência do fator faculdade de pertença nas diversas variáveis atestou a existência de diferenças na perceção do estado de saúde física, da qualidade de vida quanto às relações sociais e da qualidade da adaptação relativamente à carreira, à instituição e ao estudo, assim como no desempenho escolar (variável que registou o maior tamanho do efeito), entre determinados grupos. Os alunos da FCDEFUC destacaram-se negativamente quer no estado de saúde física (de modo estatisticamente significativo, apenas com os colegas da FLUC, FEUC e FMUC), quer na adaptação institucional (dimensão na qual obtiveram valores médios significativamente mais baixos que a quase totalidade dos grupos), mas positivamente nas vivências adaptativas de carreira (de modo estatisticamente significativo, apenas com os colegas da FPCEUC e FEUC). A exigente carga horária de aulas práticas de natureza física e desportiva (que aumentam o risco de lesão ou exaustão), as deslocações obrigatórias e constantes entre edifícios/estruturas geograficamente espalhados pelo campus universitário e fora deste (facto que constitui “grande barreira à atratividade da faculdade”; Oliveira, 2014, p. 50) e a indisponibilidade de espaços/equipamentos para a prática (e.g., a ocupação do Estádio Universitário de Coimbra é partilhada entre “a FCDEFUC, a AAC e os milhares de cidadãos que usam o espaço para praticarem atividade física”; Oliveira, 2014, p. 50) podem ajudar a explicar os resultados mais desfavoráveis dos primeiranistas da FCDEFUC. Já os resultados encontrados para a qualidade da adaptação relativamente à carreira devem-se possivelmente ao facto de a maioria destes alunos ter ingressado na primeira opção de candidatura (e, desta forma, ter dado continuidade a um projeto vocacional normalmente bem definido) e de existirem boas perspetivas de carreira.

Por seu lado, os discentes da FMUC (cujos percursos académicos prévios são

normalmente caracterizados por bons resultados escolares e pautados por uma pretensão forte, que geralmente se estabelece cedo, de ingressar no curso de Medicina; Loureiro, 2006) obtiveram médias mais elevadas, não só na variável desempenho escolar, como também na dimensão da qualidade da adaptação responsável por avaliar aspetos ligados à decisão vocacional, ao projeto de carreira e à satisfação com o curso frequentado, demarcando-se de forma estatisticamente significativa da maioria dos grupos. O grupo da FFUC (que partilha muitas das características do grupo anterior, sendo comum a permuta de elementos entre os dois) demarcou-se igualmente ao nível do desempenho escolar (de modo estatisticamente significativo, apenas com os colegas da FEUC, FDUC e FPCEUC). No lado oposto situaram-se as faculdades com os desempenhos mais baixos, FEUC e FDUC, que se diferenciaram de modo estatisticamente significativo de grande parte dos grupos (FMUC, FFUC, FCDEFUC e FPCEUC, em ambos os casos, e FCTUC, no caso da FEUC) – os exigentes programas curriculares (nos cursos da FEUC predominam unidades curriculares da área da Matemática, ao passo que os cursos da FDUC impõem o domínio da rigorosa e formal linguagem jurídica portuguesa), a impreparação científica dos alunos (ou a “novidade das matérias universitárias abordadas”; Almeida, Guisande, et al., 2006, p. 513), os modelos pedagógicos desajustados dos docentes ou as dificuldades na relação com professores (evidência encontrada para os alunos de cursos de engenharia e de ciências económicas que integravam a amostra do estudo de Almeida, Guisande, et al., 2006) podem constituir algumas das explicações possíveis para estes resultados.

Já os estudantes da FPCEUC evidenciaram-se não só pela avaliação favorável das competências de estudo e de gestão de tempo que integram a dimensão estudo da qualidade da adaptação (de modo estatisticamente significativo, apenas com os colegas da FCTUC e FEUC), mas também pelas perceções mais positivas ligadas ao domínio das relações sociais da qualidade de vida (de modo estatisticamente significativo, apenas com os colegas da FCTUC). Se a primeira situação pode ter sido um reflexo das atividades do Gabinete de Apoio ao Estudante da FPCEUC (que, entre outras atividades, oferece workshops pontuais sobre a gestão de tempo ou a preparação para as provas de avaliação de desempenho), a segunda prendeu-se possivelmente com o claro predomínio do género feminino que caracteriza os cursos lecionados nesta instituição.

Curiosamente, o efeito da área de formação no estilo de vida (i.e., os estudantes de cursos do âmbito das Ciências da Saúde, pela maior exposição a conteúdos relacionados

com a promoção da saúde, tendem a apresentar estilos de vida mais saudáveis que os restantes colegas), comprovado em estudos anteriores (e.g., Costa, 2008; Matos & Albuquerque, 2006), não se confirmou, muito provavelmente devido à (ainda) curta duração da exposição dos primeiranistas a conteúdos curriculares diferenciados ou ao impacto negativo das diversas fontes de stresse académico em alunos das Ciências da Saúde (em especial os de Medicina; ver Loureiro et al., 2008).

Finalmente, no que concerne ao fator de variabilidade condição de deslocado/não deslocado, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas somente nas medidas gerais do estilo de vida e da qualidade de vida e, sobretudo (olhando à magnitude do efeito), no domínio ambiente da qualidade de vida, em favor dos estudantes que permaneceram na sua área de residência depois do ingresso na UC. Ao contrário do que outros estudos têm mostrado, este fator não influenciou significativamente a qualidade da adaptação (e.g., Costa & Leal, 2008; Seco et al., 2005) ou o desempenho académico (e.g., Araújo & Almeida, 2010; Bruinsma & Jansen, 2007) desta amostra, apenas se fez sentir nos CAS exibidos e na perceção geral da qualidade de vida e da qualidade do meio envolvente, favorecendo naturalmente os alunos já familiarizados com a cidade/residência, as rotinas ou o apoio da sua rede social próxima (família e amigos chegados).

Na análise da **variabilidade das variáveis de saúde e de sucesso académico do primeiranista em função do seu estilo de vida atual** (representado nesta análise não só pela sua medida geral, como também pelos CAS que isoladamente registaram decréscimos acentuados com a transição), obtiveram-se resultados que possibilitaram apenas a validação parcelar da terceira hipótese anteriormente avançada.

Tal como se esperava, a variabilidade registada no estado de saúde (física e mental), na qualidade de vida (geral e nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), na qualidade da adaptação (salvo ao nível da dimensão interpessoal) e no desempenho académico, em função da medida geral do estilo de vida, favoreceu os jovens com um estilo de vida mais saudável (grupo ICEV > 9) em face dos jovens que incorporava menos CAS positivos no seu repertório (grupo ICEV ≤ 9). No entanto, os praticantes frequentes de atividades físicas moderadas ou vigorosas (grupo do CAS positivo) apenas diferiram de forma estatisticamente significativa do grupo de primeiranistas oposto (grupo não praticante ou praticante ocasional/irregular de atividades

físicas moderadas ou vigorosas) na perceção da sua qualidade de vida geral, que se revelou mais positiva para o primeiro grupo. Surpreendentemente, os alunos que declararam ter hábitos mensais de consumo de álcool em excesso (recorde-se, acima de 16g ou 24g de álcool por dia, dependendo do sexo) destacaram-se, positivamente e com uma probabilidade de significância estatística adequada, dos outros (grupo com consumo nulo de álcool em excesso) na qualidade das vivências académicas pessoais, interpessoais, de carreira e institucionais.

Por um lado, os resultados do efeito da medida geral do estilo de vida encontram eco na literatura empírica existente (e.g., Costa, 2008; Elias et al., 2009; Grant et al., 2009; Loureiro et al., 2008; Matos & Albuquerque, 2006; Pacheco, 2008; Rodrigues, 2012; Ruthig et al., 2011; Steptoe & Wardle, 2001; Vaez et al., 2004) e sublinham as vantagens de os jovens universitários adotarem um estilo de vida com um número considerável de CAS positivos, que lhes permita usufruir de níveis mais satisfatórios de saúde, de qualidade de vida e de sucesso no seu sentido mais lato (desempenho escolar profícuo e vivências académicas adaptativas positivas). Por outro lado, os resultados dos efeitos dos CAS considerados individualmente alertam para a possível existência de um conjunto complexo e até *perverso* (na medida em que contrariam a situação desejável) de associações entre as variáveis de saúde e de sucesso académico e determinados CAS positivos (como a prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas) e negativos (de que é exemplo o consumo excessivo de álcool). São também estas associações que estão no cerne da discussão nos parágrafos seguintes.

As associações encontradas entre o estilo de vida (medida geral e CAS isolado) **e as variáveis de saúde e de sucesso académico** são, de uma forma geral, coerentes com os dados das análises previamente discutidos e com a literatura, permitindo corroborar uma boa parte da quarta hipótese enunciada.

Com efeito, as correlações positivas (ainda que de intensidade fraca) e estatisticamente significativas (exceto entre o ICEV e o domínio das relações sociais da qualidade de vida) encontradas entre a medida geral do estilo de vida na universidade e as variáveis de saúde confirmaram a suposição de que a manifestação, por parte do aluno, de um estilo de vida mais saudável (i.e. com maior número de CAS positivos) é normalmente acompanhado de perceções mais positivas do estado saúde (particularmente física) e da qualidade de vida (sobretudo na sua faceta geral e no seu domínio físico), e vice-versa,

conforme descreve a literatura (e.g., Geada et al., 1994; Grant et al., 2009; Loureiro et al., 2008; Matos & Albuquerque, 2006; Ribeiro, 2007; Rodrigues, 2012; Steptoe & Wardle, 2001; Vaez et al., 2004). No mesmo sentido, a presença de correlações positivas (ainda que de intensidade ligeiramente mais fraca que as anteriores) e estatisticamente significativas (exceto entre o ICEV e os domínios interpessoal e institucional da qualidade das vivências adaptativas) entre a medida geral do estilo de vida no ensino superior e alguns indicadores de sucesso acadêmico mostrou que o aumento de CAS positivos para a saúde do estudante está associado, principalmente, ao incremento dos seus resultados escolares, bem como da sua qualidade da adaptação na dimensão mais pessoal/emocional e na que se relaciona com as competências de estudo e de gestão de tempo, e vice-versa. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores, que comprovaram os benefícios de um estilo de vida saudável em relação à adaptação acadêmica e ao rendimento escolar ou, por outras palavras, os efeitos nefastos no sucesso acadêmico do declínio do estilo de vida do estudante (e.g., Allensworth et al., 2017; Costa, 2008; Elias et al., 2009; Pacheco, 2008; Trockel et al., 2000; Ruthig et al., 2011).

No entanto, as correlações triviais (não estatisticamente significativas) entre a medida geral do estilo de vida e (1) o domínio da qualidade de vida associado à satisfação com os relacionamentos sociais e apoio social recebido ou (2) as dimensões da qualidade da adaptação responsáveis por avaliar a satisfação com o relacionamento com os pares e a instituição de ensino, contrariaram as previsões iniciais (infirmado uma parte da quarta hipótese de investigação), mas ganharam algum sentido perante a suspeita anterior de existência de uma teia complexa de associações entre determinados CAS isolados (incorporados no ICEV) e algumas variáveis de saúde e de sucesso acadêmico. A repetição da pesquisa correlacional com as variáveis de saúde e de sucesso acadêmico, substituindo o ICEV pelos CAS que representava, ajudou a esclarecer algumas dúvidas relacionadas com aquela suspeita. De entre todos os CAS pesquisados, a qualidade do sono, a frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas e o consumo mensal de álcool em excesso (apenas na relação com os indicadores de sucesso acadêmico) sobressaíram por motivos diferentes.

O primeiro CAS apresentou correlações positivas, de magnitude mais elevada (variável entre fraca e moderada), e estatisticamente significativas com todas as variáveis em causa, sendo este resultado consistente com os estudos que sistematicamente

demonstram a associação entre os padrões de sono-vigília do aluno e a sua saúde/bem-estar e o seu rendimento académico (e.g., Gaultney, 2010; Gomes et al., 2008; Lund et al., 2010) e que procuram conhecer os mecanismos para essa associação. Entre outros, apontam o importante envolvimento do sono quer na restauração física e/ou neurológica, quer em diversas atividades cognitivas – atenção, aprendizagem, memória, resolução de problemas, tomada de decisão, etc. – donde, um sono insuficiente, do ponto de vista da sua duração ou qualidade, pode comprometer o funcionamento diurno em tarefas escolares e não escolares (e.g., condução), as interações sociais, o estado de saúde física e mental (aumentando a vulnerabilidade do sujeito a perturbações do humor ou aos seus sintomas) e a qualidade de vida geral (Chen, Gelaye, & Williams, 2014; Gaultney, 2010; Gomes, 2006).

A variável (frequência/duração da) prática de atividades físicas (moderadas ou vigorosas), indicada por um número significativo de alunos como CAS a fomentar, surpreendeu pelas associações fracas (ainda que positivas) estatisticamente significativas, ou mesmo inexistentes (viz., com o domínio das relações sociais da qualidade de vida), que estabeleceu com as variáveis de saúde e que se repetiram para os indicadores de sucesso académico, havendo mudança de direção na relação com as vivências adaptativas institucionais. Porém, análises mais pormenorizadas mostraram um aumento da magnitude das correlações (positivas e negativa, respetivamente) deste CAS com (1) as variáveis de saúde, quando se excluíram da amostra os alunos da FCDEFUC (grupo com maior frequência, duração e intensidade de atividades físicas, por imposição curricular), e (2) com a dimensão institucional da qualidade da adaptação, perante o recurso à subamostra de alunos deslocados (grupo que possivelmente incluía alunos ainda com atividades físicas/desportivas sediadas no seu local de proveniência, normalmente, no âmbito de associações desportivas regionais). Tais dados parecem ir ao encontro das evidências epidemiológicas dos efeitos positivos das atividades físicas na saúde e no bem-estar (Fletcher et al., 2018; WHO, 2010), extensíveis a esta fase do ciclo de vida e a este contexto (Bray & Born, 2004; Cruz et al., 2008; Downs & Ashton, 2011; Rodrigues, 2012; Silva & Heleno, 2012), desde que realizada dentro de parâmetros (e.g., intensidade ou duração) que, paradoxalmente, não causem prejuízos (como parece ter ocorrido nos alunos da FCDEFUC, nos quais a sobrecarga de atividades físicas/desportivas podia estar a originar fadiga, dores musculares ou até lesões e, conseqüentemente, perceções menos positivas de saúde e qualidade de vida). Aqueles dados parecem ainda reforçar a relação

controversa entre a prática de atividades físicas e a adaptação acadêmica, encontrada por outros autores: se os potenciais benefícios psicológicos e fisiológicos da prática adequada de atividades físicas se refletem positivamente na dimensão pessoal da qualidade da adaptação dos alunos (e.g., Tietzen, 2010), já a qualidade das vivências adaptativas institucionais (particularmente se as atividades extracurriculares, independentemente da sua natureza, afastarem o aluno da vida do campus universitário; Almeida et al., 2012) e (facto não verificado neste estudo) o rendimento acadêmico (provavelmente pelo tempo/energia que aquelas atividades podem retirar aos períodos de estudo, bem como à assiduidade às aulas; Almeida et al., 2012; Brint & Allison, 2010) podem ser comprometidos.

O terceiro e último CAS a sobressair foi o consumo de álcool em excesso pelo contraste (em termos de direção) das relações estabelecidas com os indicadores de sucesso acadêmico: positiva (de intensidade fraca) com as vivências acadêmicas do domínio associado às relações com os pares, ao estabelecimento de relações de amizade e de intimidade e ao envolvimento em atividades extracurriculares; negativa (de intensidade ligeiramente mais fraca) com as vivências de estudo e com o rendimento acadêmico. Este resultado (algo *perverso*) é coerente com o que tem sido argumentado na literatura: a manifestação de CAS negativos valorizados pelos pares (como o consumo excessivo de álcool), apesar das possíveis consequências nefastas para o jovem (e.g., acidentes rodoviários, quedas, comportamentos sexuais de risco, perturbações neuropsiquiátricas, psicoses alcoólicas, resultados académicos diminuídos, entre outros; LaBrie et al., 2007; Howland et al., 2010), parece fruir de *“important constructive functions such as making friends, demonstrating a more mature status, or exploring personal identities”* (LaBrie et al., 2007, p. 345) e ter como melhor preditor a influência dos pares (Durkin, Wolfe, & Clark, 2005).

Por fim, a **estimação da capacidade do estilo de vida atual explicar as variáveis de saúde e de sucesso acadêmico**, quando algumas variáveis do perfil sociodemográfico e académico do primeiranista eram controladas, confirmou grande parte da validade da quinta e última hipótese de investigação.

Efetivamente, a medida geral do estilo de vida dos estudantes mostrou-se uma variável explicativa isolada, e fomentadora da variância explicada, estatisticamente

significativa do estado de saúde (física e mental), da qualidade de vida (geral e das suas dimensões física, psicológica e ambiente), do desempenho escolar e da qualidade das vivências adaptativas (pessoais, de carreira e de estudo) dos sujeitos. Muito embora a maior parte da variância nos resultados das variáveis resultado sujeitas à análise fosse melhor explicada por outros fatores não considerados nas equações de regressão (recorde-se que a variância explicada pelos modelos de regressão finais se confinou ao intervalo de 7% a 16%), é importante destacar o contributo da medida geral do estilo de vida para as diferentes variáveis de saúde e de sucesso académico.

Na literatura empírica é possível encontrar estudos que utilizaram o estilo de vida de estudantes universitários como preditor de variáveis critério semelhantes (e.g., Costa, 2008; DeBerard et al., 2004; Pacheco, 2008), todavia a comparação entre os resultados é limitada, porquanto as medidas usadas para avaliar o estilo de vida são muito diferentes da aplicada neste estudo. Ainda assim, no seu conjunto, estes resultados fundamentam a pertinência das intervenções no contexto do ensino superior que visam a promoção de estilos de vida mais saudáveis. Alterações positivas no estilo de vida dos primeiranistas podem contribuir (ainda que de forma modesta) para melhorias no estado de saúde, na qualidade de vida e no sucesso académico desta população.

8. Conclusões, limitações e recomendações

Neste primeiro estudo empírico, de carácter observacional e transversal, foi possível conhecer, através da informação facultada por 546 primeiranistas da UC do ano letivo de 2009/2010, (1) as mudanças ocorridas (como era antes e depois? e em que sentido mudou?) e desejadas (o que pretendiam mudar?) no estilo de vida deste grupo e o impacto percebido dessas mudanças (qual o efeito em variáveis de saúde e de sucesso académico?), (2) alguns indicadores de saúde/qualidade de vida e de sucesso académico desta amostra (qual o seu estado de saúde, a sua qualidade de vida, a sua qualidade da adaptação e o seu desempenho escolar?) e testar as hipóteses de investigação sobre (3) diferenças no estilo de vida antes e depois do ingresso na universidade (há diferenças?), (4) fatores sociodemográficos e escolares/académicos de variabilidade do estilo de vida e das variáveis do âmbito da saúde e do sucesso académico atuais (quem se destaca positiva e negativamente?) e (5) influência do estilo de vida no conjunto das variáveis anteriores (que estilo de vida favorece a saúde, a qualidade de vida e o sucesso académico? quanto das

suas variâncias consegue o estilo de vida explicar?).

Os resultados encontrados neste estudo evidenciaram uma amostra de primeiranistas da UC que, na sua maioria, manifestava um número elevado de CAS positivos no seu estilo de vida atual, ainda que inferior, quando comparado com o estilo de vida anterior ao ingresso no ensino terciário, e contendo CAS negativos como a prática insuficiente de atividades físicas moderadas ou vigorosas e o consumo de álcool em excesso. Este estilo de vida relativamente salutar era acompanhado, de um modo geral, por perceções positivas do estado de saúde (sobretudo física), da qualidade de vida (com destaque para o domínio das relações sociais e para a faceta geral) e da qualidade das vivências adaptativas (particularmente institucionais e de carreira) e por um desempenho escolar positivo, ainda que modesto. Apesar da maioria (relativa) dos alunos ter percecionado um impacto negativo na sua saúde, desencadeado pelas alterações sofridas no seu estilo de vida desde o ingresso, pouco mais de metade desejava mudar algum dos CAS reportados, estando a prática (o início ou o aumento da frequência/duração) de exercício físico ou de uma atividade desportiva no topo das preferências.

Os mesmos resultados validaram também uma boa parte das hipóteses de investigação enunciadas. Em primeiro lugar, comprovaram que a maioria dos comportamentos integrantes do estilo de vida dos primeiranistas tende a mudar com a transição e o conjunto destas mudanças poder-se-á refletir na diminuição da medida geral do estilo de vida (i.e., na deterioração do estilo de vida).

Em segundo lugar, demonstraram que determinadas características do perfil sociodemográfico e escolar/académico dos alunos podem ser fatores de variabilidade do seu estilo de vida (é provável encontrar um número mais elevado de CAS positivos nos estudantes caloiros ou não deslocados), estado de saúde (perceções mais e menos positivas da saúde física tendem a ser encontradas, respetivamente, em jovens-adultos do género masculino e pertencentes à FCDEFUC; avaliações mais favoráveis da saúde mental tendem a aparecer nos alunos do género masculino ou de nível socioeconómico elevado), qualidade de vida (os primeiranistas não deslocados ou de nível socioeconómico elevado tendem para perceções mais positivas da qualidade de vida geral; os de nível socioeconómico elevado tendem também a apresentar perceções mais positivas no domínio psicológico; o género feminino ou as instituições onde este predomina, como a FPCEUC,

têm tendência para avaliar mais favoravelmente o domínio das relações sociais; os estudantes provenientes dos níveis socioeconómicos mais favorecidos ou não deslocados tendem a manifestar perceções mais positivas no domínio ambiente), desempenho escolar (é provável encontrar melhores desempenhos entre primeiranistas de nível socioeconómico elevado, caloiros ou a estudar na FMUC ou na FFUC e piores desempenhos entre estudantes da FDUC ou da FEUC) e qualidade da adaptação (ser rapaz parece favorecer as vivências adaptativas pessoais; já ser rapariga ou estudar na FPCEUC parece favorecer as vivências adaptativas de estudo; pertencer à FMUC ou à FCDEFUC tende a refletir-se em vivências adaptativas de carreira mais positivas; no entanto, estudar na FCDEFUC parece prejudicar as vivências adaptativas institucionais).

Por último, atestaram por diferentes meios a possível influência do estilo de vida atual nas variáveis de saúde e de sucesso académico considerados no estudo. Assim, perceções mais positivas do estado de saúde, da qualidade de vida e da qualidade da adaptação (salvo ao nível da dimensão interpessoal), bem como desempenhos mais satisfatórios, podem ser encontrados nos primeiranistas com estilo de vida mais saudável (i.e., apresentando um número de CAS positivos acima da mediana), mas praticar frequentemente atividades físicas moderadas/vigorosas ou ter hábitos de consumo de álcool em excesso parece favorecer, respetivamente, as perceções da qualidade de vida geral (unicamente) e da qualidade da adaptação (nas dimensões pessoal, interpessoal, carreira e institucional). A existência de uma relação bivariada positiva (de intensidade geralmente fraca) entre a medida geral do estilo de vida e a generalidade dos indicadores de saúde/qualidade de vida e de sucesso académico (sobretudo se excluídas as dimensões das esferas social e institucional destes indicadores) é muito provável, podendo no entanto esconder uma teia complexa de associações entre estes indicadores e determinados CAS isolados (como a prática de atividades físicas ou o consumo excessivo de álcool). Por fim, a medida geral do estilo de vida parece ser, para além de um correlato da maioria das variáveis de saúde e de sucesso académico consideradas, uma variável explicativa isolada modesta (e uma fomentadora importante da variância explicada) do estado de saúde, da qualidade de vida (geral e das suas dimensões física, psicológica e ambiente), do desempenho escolar e da qualidade das vivências adaptativas (pessoais, de carreira e de estudo) dos primeiranistas, quando algumas variáveis do seu perfil sociodemográfico e académico são controladas.

A interpretação dos resultados deve, no entanto, ser cautelosa, atendendo à presença de algumas **limitações** metodológicas, como o recurso (1) a um plano não experimental (a ausência de manipulação e de controlo experimental aumentou as ameaças à validade interna e externa do estudo) e transversal (que impediu o estabelecimento de relações causais entre variáveis e a determinação de um verdadeiro efeito preditor), (2) a medidas autodescritivas (estiveram sujeitas a todos os erros da comunicação humana e à influência da desiderabilidade social e da tendência para a concordância) e algumas medidas retrospectivas (das quais podem ter resultado enviesamentos de memória) ou (3) a uma técnica de amostragem não probabilística (que colocou em causa a representatividade da amostra e, conseqüentemente, a generalização dos resultados a todos os estudantes em transição para o ensino superior). Houve, todavia, preocupações de ordem metodológica, no que concerne ao tamanho da amostra e aos instrumentos de recolha de dados, que também importa mencionar.

Conscientes das dificuldades das Ciências Sociais e Humanas em definir um número ótimo de participantes para que uma amostra seja considerada significativa (Almeida & Freire, 2007; Ribeiro, 1999) e de que a representatividade (a sua qualidade) é tão ou mais importante que a significância (os efetivos) de uma amostra (Almeida & Freire, 2007), considerou-se o tamanho da amostra final ($N = 546$), equivalente a apenas 1/7 (aproximadamente) da população-alvo, adequado. A decisão de interromper a recolha de dados resultou das restrições de tempo e de custos, bem como da tomada de consciência de que a segurança dos resultados estatísticos estava assegurada (tendo em consideração o número de variáveis a tratar) e de que todas as faculdades da UC estavam representadas (apesar da proporção de alunos por faculdade não ter sido respeitada). Encontraram-se na literatura estudos similares com amostras de dimensões muito variáveis (e.g., $N = 183$ no estudo de Rodrigues, 2012; $N = 266$ no estudo de Costa, 2008; $N = 424$ no estudo transversal de Pinheiro, 2003; $N = 996$ no estudo de Seco et al., 2005), algumas delas inferiores à da amostra em discussão.

Parece existir uma tendência crescente entre os investigadores em Psicologia para construir ou traduzir e posteriormente avaliar o desempenho psicométrico dos instrumentos de avaliação que irão utilizar. Pese embora a importância deste facto, perante as críticas que ainda são apontadas à avaliação psicológica no panorama nacional (e.g., escassez de

provas aferidas para a população portuguesa; Almeida, Diniz, Pais, & Guisande, 2006), o desenvolvimento massivo de instrumentos de avaliação do mesmo construto (muitas vezes, com itens idênticos) pode atrasar a realização de estudos cíclicos de comprovação das qualidades psicométricas de cada instrumento e de atualização dos seus dados normativos, que se desejam consistentes e representativos. De modo a contrariar essa tendência, considerou-se adequado recorrer a instrumentos de avaliação psicológica devidamente adaptados (quando importados) e validados para Portugal, desde que medissem os construtos em estudo, e complementá-los com algumas questões consideradas pertinentes.

Não obstante as limitações metodológicas contidas neste estudo, dele derivaram conclusões importantes, oportunamente referidas, e **recomendações para estudos futuros**.

Desde logo, seria interessante determinar a capacidade preditora do estilo de vida nos diferentes conjuntos de variáveis de saúde e de sucesso académico, bem como o papel mediador ou moderador das variáveis de saúde entre as variáveis estilo de vida e indicadores de sucesso académico, recorrendo a modelos de análise estatística mais sofisticados (e.g., a análise de modelos de equações estruturais) capazes de lidar com a complexidade crescente de modelos teóricos que envolvem diversas variáveis manifestas e latentes, diferenças entre grupos ou efeitos de interação e de mediação (Marôco, 2010). Neste caso, talvez seja pertinente considerar instrumentos de medida com um número mais reduzido de itens que os utilizados neste estudo, tendo em consideração o número desejável de observações por cada parâmetro do modelo a estimar (facto normalmente associado à exigência de amostras de dimensões consideráveis) e as limitações dos softwares de análise de equações estruturais que apresentam interfaces gráficos (e.g., *Analysis of Moments Structures* [AMOS]) mais ou menos amigáveis aos investigadores das Ciências Sociais e Humanas.

Seria igualmente desejável, através de um plano de investigação longitudinal, aferir as possíveis mudanças intraindividuais no estilo de vida, ao longo do ano letivo, assim como o impacto dessas mudanças nas diversas variáveis de saúde e de sucesso.

Também na construção de intervenções promotoras de saúde e/ou facilitadoras da transição e adaptação ao ensino superior, e seguindo as recomendações de alguns autores (e.g., Bartholomew et al., 2011; Loureiro, 2009) relativamente ao envolvimento da população-alvo na identificação das suas necessidades e ao estabelecimento de prioridades,

deveriam ser considerados alguns dados extraídos deste estudo. Seria legítimo o investigador ter a expectativa de encontrar, por um lado, primeiranistas com um estilo de vida atual, de um modo geral, saudável (i.e., com um número elevado de CAS positivos), ainda que refletindo mudanças negativas desde o ingresso no ensino superior e, por outro, prevalências preocupantes de CAS negativos, como os níveis desadequados de atividade física ou o consumo abusivo de álcool, pelo que ambos os comportamentos deveriam assumir um lugar de destaque na intervenção. No entanto, o mesmo investigador deveria ter em consideração que, tal como aconteceu na amostra deste estudo, é possível encontrar um número mais expressivo de estudantes espontaneamente mais motivado para alterar positivamente a prática de exercício físico do que outros CAS, como o consumo de álcool em excesso, donde o respeito por essa vontade poderia constituir uma mais-valia na adesão e na eficácia da sua intervenção. Por fim, a mesma iniciativa deveria ser sensível às relações complexas entre determinados CAS do estilo de vida e alguns indicadores de saúde/qualidade de vida e de sucesso acadêmico e, por exemplo, promover (1) a adoção de atividades extracurriculares de natureza física/desportiva regulares (mas cuja prática não seja conflituosa com as necessidades de tempo/energia das tarefas escolares) e associadas ao campus universitário ou (2) a consciencialização de todos os riscos e efeitos nefastos associados ao consumo excessivo de álcool, emparelhada com a aquisição de comportamentos, alternativos a esse, aos quais os alunos atribuíssem as mesmas funções sociais e pessoais construtivas do consumo de álcool (e.g., a participação em atividades extracurriculares coletivas pró-sociais).

Capítulo V

Planeamento, implementação e avaliação do programa de intervenção “Transições (mais) Saudáveis”

Sob as indicações provenientes quer dos princípios orientadores da prática de promoção da saúde nas instituições de ensino superior, quer dos modelos de planeamento de uma intervenção comportamental (viz., Mdi) e de avaliação (viz., CIPP), oportunamente explanados ao longo do terceiro capítulo, e procedendo às devidas adaptações, planeou-se, implementou-se e avaliou-se um programa de intervenção piloto, idealizado para apoiar o sucesso académico através da promoção de estilos de vida mais saudáveis, junto dos primeiranistas (particularmente os que se encontram na fase de entrada na transição, de acordo com a perspectiva de Schlossberg e colaboradores; Anderson et al., 2012), que se apelidou de “Transições (mais) Saudáveis” [T(+)]S]. Neste capítulo visitar-se-ão todas as fases do programa de intervenção mencionado, apresentando sempre que possível as justificações subjacentes às decisões tomadas, para que o mesmo possa ser apreciado, replicado e, idealmente, melhorado.

1. Da avaliação das necessidades ao planeamento do programa T(+)]S

1.1. Primeira etapa: avaliação das necessidades

A avaliação das necessidades, assumida como ponto de partida para qualquer intervenção e fundamental para o estabelecimento dos alvos e objetivos da mesma, decorreu ao longo de diversos meses e compreendeu várias técnicas de recolha e análise de dados (ilustração 5.1), por respeito ao princípio da triangulação¹⁰⁷.

Durante esta etapa procurou-se essencialmente elaborar a resposta a duas questões centrais sobre necessidades e recursos, bem como às perguntas que lhe estão subjacentes:

- O que é necessário fazer (no âmbito da promoção de estilos de vida mais saudáveis de alunos em transição para o ensino superior)?

¹⁰⁷ Conceito importado das ciências militares para as ciências sociais e humanas e tema de discussão e controvérsia desde o seu aparecimento, na década de 50, por intermédio da ideia de *multiple operationism* de Campbell & Fiskie (1959, citado por Azevedo, Oliveira, Gonzalez, & Abdalla, 2013). Na opinião dos seus defensores (e.g., Denzin & Lincoln, 2013; Flick, 2002), a triangulação, ou a utilização de métodos múltiplos, não é uma estratégia de validação, antes uma alternativa à mesma – “*The combination of multiple methodological practices, empirical materials, perspectives, and observers in a single study is best understood, then, as strategy that adds rigor, breadth, and depth to any inquiry*” (Denzin & Lincoln, 2013, p.10).

- a) Qual o estado de saúde e a qualidade de vida destes sujeitos?
- b) Quais os determinantes comportamentais potencialmente negativos para a saúde apresentados por estes sujeitos?
- c) Quais os antecedentes dos comportamentos anteriormente identificados?
- Quais os recursos existentes na comunidade (do campus universitário e exterior) potencialmente úteis à intervenção?
- d) Quais os recursos existentes?
- e) Entre estes, quais são os que estão disponíveis para colaborar na intervenção?

Ponto de partida (perguntas)	Processo			Produto (respostas)	
	Duração da etapa	Método			
		Recolha de dados	Análise de dados		
Necessidades e problemas?	a) Estado de saúde e qualidade de vida?	Janeiro a junho (2010)	Inquérito por questionário (QESST_A, QVA-r, SF-8, WHOQOL-Bref; apêndice 1) + Revisão da literatura	Análise estatística + Análise de conteúdo	a) Indicadores positivos do estado de saúde e da qualidade de vida, mas sujeitos a variação negativa
	b) Determinantes comportamentais negativos?				b1) Predomínio de CAS positivos no estilo de vida b2) CAS negativos com elevada prevalência: prática insuficiente de atividades físicas e consumo excessivo de álcool
	c) Antecedentes dos comportamentos negativos?		Revisão da literatura	Análise de conteúdo	c1) Etiologia dos CAS é complexa c2) Antecedentes sociocognitivos dos comportamentos são mais facilmente modificáveis
Recursos?	d) Recursos?	Análise documental	d) Existência de diversas estruturas (e projetos) de apoio à promoção da saúde do aluno (apêndice 6)		
	e) Recursos disponíveis?	Entrevista não estruturada dirigida	e) Recursos humanos e/ou materiais de diferentes instituições (e.g., GAE, ESEnC, IDT)		

Ilustração 5.1. Avaliação das necessidades (quadro-síntese).

Com base nos resultados do primeiro estudo empírico, descrito detalhadamente no capítulo anterior, e da revisão da literatura empírica atinente à descrição dos indicadores de

saúde (e.g., Brandão et al., 2011; Fletcher et al., 2007; Matos & Albuquerque, 2006; Steptoe & Wardle, 2001) e de qualidade de vida (e.g., Andrade et al., 2011; Li et al., 2009; Pacheco, 2008) dos jovens-adultos do ensino superior e do seu estilo de vida (e.g., Costa, 2008; Faria et al., 2004; Martins, Pacheco, & Jesus, 2008; Wardle & Steptoe, 1991), expressa no ponto 2.1 do segundo capítulo, alcançaram-se as primeiras respostas:

a) Os primeiranistas, na sua maioria, têm **percepções** bastante **positivas** do seu **estado de saúde** e da sua **qualidade de vida**. No entanto, o ingresso e a permanência no ensino superior são normalmente acompanhados de uma variação negativa no estado de saúde.

b) A maior parte destes estudantes apresenta um estilo de vida relativamente saudável (i.e., com predomínio de CAS positivos). Não obstante o facto anterior, encontram-se **CAS negativos com elevada prevalência** que devem ser alvo de atenção e intervenção: no estudo empírico anterior sobressaíram, pela expressividade da prevalência na amostra, o nível insuficiente (no que à duração, frequência e intensidade diz respeito) de prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas (77.3%) e o consumo de álcool em excesso (51.5%).

A informação proveniente da revisão da literatura sobre a etiologia dos CAS (Abraham et al., 2016; Morrison & Bennett, 2009; Precioso & Taveira, 2007; Steptoe et al., 2010) e a modificação destes (particularmente por intermédio de alterações nos antecedentes sociocognitivos dos comportamentos; Abraham et al., 2016; Morrison & Bennett, 2009; Sutton, 2010), apresentada nos pontos 1.2 e 1.3 do segundo capítulo, possibilitou a resposta seguinte:

c) Os CAS, à semelhança de outros comportamentos humanos, têm origem na constelação e interação de fatores individuais (de natureza biológica, psicológica e sociodemográfica), sociais e ambientais. Os **antecedentes sociocognitivos dos comportamentos**, sendo mais facilmente modificáveis, constituem alvos bastante **úteis** nas intervenções de promoção da saúde centradas na adoção e manutenção de estilos de vida mais saudáveis.

Da análise do conteúdo digital de diversos *websites* de estruturas com iniciativas (particularmente primárias) no âmbito da promoção da saúde dos estudantes do ensino

terciário de Coimbra (ver apêndice 6 para outros pormenores sobre o processo e o produto) e do conteúdo de conversas intencionais centradas no assunto anterior (ver apêndice 6 para outros pormenores sobre o processo), estabelecidas presencialmente com os representantes das estruturas que responderam positivamente (e em tempo útil) à solicitação de contacto, resultou um conjunto finito de recursos disponíveis para colaborar na intervenção a construir¹⁰⁸ (ver apêndice 6 para outros pormenores sobre o produto):

e) **Recursos humanos** (e respetivos conhecimentos/competências e experiência na área da promoção da saúde) **e/ou materiais** (construídos, avaliados e aplicados previamente em contextos semelhantes) de variadas instituições da cidade de Coimbra, nomeadamente:

- FPCEUC, através do Grupo de Educação pelos Pares/[ex]pressões100riscos do Gabinete de Apoio ao Estudante da faculdade [GAE];
- ESEnfC, através dos investigadores Professora Doutora Tereza Maria Barroso e Professor Doutor Armando Manuel Silva da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem;
- Associação Existências;
- Associação para o Planeamento da Família (Centro) [APF];
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (Coimbra) [IDT].

À lista anterior, devem ainda ser acrescentados os recursos (viz., a Enfermeira Marisa Soares, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, ou os folhetos informativos da ABRAÇO) provenientes de instituições exteriores à cidade que contudo, durante o período de avaliação das necessidades, estavam a colaborar com (ou a ser utilizados em) alguma das instituições conimbricenses mencionadas.

Apesar de não aparecerem listados (pela sua obviedade), os recursos inerentes à investigadora responsável (viz., a sua dedicação exclusiva ou os subsídios que lhe foram atribuídos) engrossaram naturalmente o conjunto.

1.2. Segunda etapa: estabelecimento de objetivos de mudança

Encontradas as respostas às interrogações levantadas aquando da avaliação das

¹⁰⁸ Como se perceberá adiante (ver ponto 2 do presente capítulo e apêndice 15), estes recursos colaboraram apenas na versão completa do programa de intervenção T(+).S. A sua exclusão da versão detalhadamente apresentada neste capítulo prendeu-se com a necessidade de delimitar inequivocamente o trabalho da investigadora responsável, objeto de avaliação na sua prova de doutoramento.

necessidades, avançou-se para a etapa do estabelecimento de objetivos de mudança da intervenção. As decisões alcançadas nesta etapa (relativamente às questões: intervenção a que nível ecológico? induzir mudanças em quem? no quê? como?) fundamentaram-se nos resultados anteriores e na literatura existente.

Assim, perante as limitações (sobretudo de tempo e financeiras) evidentes e a ideia (resultante da abordagem socioecológica) de que a intervenção num determinado **nível ecológico** (seja ele individual, interpessoal, organizacional, comunitário, nacional...) pode influenciar os restantes níveis (Bartholomew et al., 2011), optou-se por uma intervenção de nível individual e interpessoal (i.e., dirigida ao aluno em transição e adaptação ao ensino superior e ao seu grupo de pares, ainda que suscetível de contagiar os sistemas sociais de ordem superior nos quais estão incluídos).

Para os níveis escolhidos, estabeleceu-se que a **população-alvo** da intervenção seriam os jovens-adultos primeiranistas da FPCEUC do ano letivo 2010/2011 (na qualidade de indivíduos isolados e de grupo), tendo em consideração as características que partilham com o universo ao qual se pretende generalizar a intervenção (alunos em transição e adaptação ao ensino superior) e a proximidade/familiaridade da investigadora responsável relativamente à faculdade em causa (características essenciais à celeridade burocrática que um trabalho desta natureza implica).

Definiu-se como **CAS-alvo** da intervenção a prática de exercício físico (oportunamente definido no ponto 3.1 do capítulo anterior), por variados motivos. Em primeiro lugar, em face da elevada prevalência de prática insuficiente (no que à duração, frequência e intensidade diz respeito) de atividades físicas moderadas ou vigorosas encontrada no estudo prévio e na literatura empírica (e.g., Clemente et al., 2016; Cruz et al., 2008; Keating, Guan, Piñero, & Bridges, 2005; Ribeiro & Fernandes, 2010) e à sua evolução espontânea, ou seja, à manutenção ou agravamento desta elevada prevalência ao longo do percurso universitário (ver, e.g., o estudo longitudinal de Racette et al., 2005, ou a meta-análise de Keating et al., 2005, na qual foram incluídos estudos com amostras de estudantes que não apenas primeiranistas) e do ciclo de vida (ver, e.g., Camões & Lopes, 2008; Engberg et al., 2012). Em segundo lugar, ante o facto de existirem mais alunos com a vontade expressa de alterar (positivamente) este CAS específico entre outros possíveis (como revelou o primeiro estudo empírico) e perante o apelo do MdI à participação comunitária na deliberação das suas prioridades de intervenção (bem como ao longo de

todas as fases e etapas do processo de intervenção). Por último, em resultado das associações comprovadas entre a prática regular de exercício físico e outros CAS positivos (e.g., consumo moderado de álcool, abstinência tabágica, consumo de vegetais e fruta; Abrantes, Scalco, O'Donnell, Minami, & Read, 2017; Camões & Lopes, 2008; Fleig, Küper, Lippke, Schwarzer, & Wiedemann, 2015) e dos benefícios demonstrados para a saúde física (e.g., redução do risco de doença arterial coronária, diabetes tipo 2, osteoporose ou de cancro do cólon) e psicológica (e.g., aumento da perceção de bem-estar, preservação da função cognitiva) (e.g., Department of Health, 2004; Downs & Ashton, 2011; Rhodes, Janssen, Bredin, Warburton, & Bauman, 2017; WHO, 2010).

Relativamente às **condições ambientais**, e diante da presença de um ambiente físico favorável (i.e., com infraestruturas acessíveis, seguras, apelativas e adequadas; Giles-Corti & Donovan, 2002; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008) à prática de exercício físico (sob a forma de modalidade desportiva ou não) na comunidade, dentro (e.g., o Estádio Universitário) e fora (e.g. Piscinas Municipais de Coimbra, Parque Verde do Mondego) do campus universitário, não foram definidos previamente **alvos**, ainda que tenha sido considerada a possibilidade da intervenção ter efeitos quer na relação entre os destinatários e o ambiente físico (sobretudo na familiaridade com as infraestruturas e entidades que possibilitam a prática de exercício físico), quer no ambiente social (mais especificamente na sua qualidade facilitadora/reforçadora da prática de exercício físico).

Por fim, elegeram-se para **determinantes mais relevantes** do CAS-alvo **potencialmente modificáveis** os fatores individuais sociocognitivos (e.g., crenças, intenções, autoeficácia, planeamento), de entre os vários fatores individuais (e.g., género, idade, nível socioeconómico, experiências prévias) e ambientais (sociais, e.g., o encorajamento e o apoio da família e/ou dos pares; físicos, e.g., a acessibilidade e a atratividade das infraestruturas, o clima, a duração da luz do dia) correlatos ou preditores¹⁰⁹

¹⁰⁹ Os resultados de diversos estudos (e.g., Cochrane et al., 2009; Giles-Corti & Donovan, 2002; Stalsberg & Pedersen, 2010) têm sido consistentes quanto à influência/importância de algumas variáveis individuais e ambientais na prática de exercício físico, ao longo de todo o ciclo de vida, sugerindo que, de um modo geral, os homens, os mais novos, os provenientes de nível socioeconómico mais elevados, os que viveram experiências passadas positivas (relativamente a este CAS), os que percecionam bons níveis de apoio social na iniciação/manutenção da prática e os que estão envolvidos em ambientes favoráveis a essa prática, tendem a exibir atitudes mais positivas perante o exercício físico e maior envolvimento na sua prática. No caso específico dos estudantes universitários, barreiras como a falta de tempo, as limitações financeiras, o cansaço, o desinteresse e a falta de apoio social têm sido sistematicamente identificadas (e.g., Aceijas et al., 2016; Gómez-López, Gallegos, & Extremera, 2010; Lovell, Ansari, & Parker, 2010).

da prática de exercício físico (ver, e.g., Aceijas, Bello-Corassa, Waldhäusl, Lambert, & Cassar, 2016; Cochrane et al., 2009), e para **modelo sociocognitivo de apoio** a abordagem de Schwarzer (1992, 2008, 2016), revista no ponto 1.3.2 do segundo capítulo, em consequência da ponte que estabelece entre os outros modelos (motivacionais, de atuação comportamental, de estádios; Armitage & Conner, 2000) e dos resultados abonatórios da validade deste modelo na explicação/predição de diversos comportamentos, incluindo a atividade física (e.g., Koring et al., 2012; Renner, Spivak, Kwon, & Schwarzer, 2007; Zhou, Wang, Knoll, & Schwarzer, 2016), independentemente do género, idade, nível socioeconómico ou estado de saúde dos participantes¹¹⁰ (Parschau et al., 2014; Schwarzer, 2008). Por conseguinte, em conformidade com a sugestão de Schwarzer (2008, 2016) relativamente às intervenções assentes no seu modelo APAS¹¹¹, especificaram-se os determinantes individuais sociocognitivos a manipular: a perceção de risco, as expetativas de resultado e as crenças de autoeficácia de tarefa, no grupo sem intenção formada (*non-intenders*), e a intenção, o planeamento (da ação e do *coping*) e a autoeficácia de manutenção, no grupo com intenção formada (*intenders*).

Em suma, e incorporando as informações antes declaradas, estabeleceram-se os **objetivos de mudança proximais** (i.e., a curto prazo ou imediatamente a seguir à intervenção) e **distais** (i.e., a médio prazo ou algumas semanas depois da intervenção) representados graficamente na ilustração 5.2. Entre os primeiros encontrava-se o aumento da expressão (1) dos preditores sociocognitivos da intenção de praticar exercício físico e, conseqüentemente, da intenção (para o grupo de jovens-adultos primeiranistas da FPCEUC inicialmente identificado de *non-intenders*) e (2) dos preditores sociocognitivos da prática de exercício físico (para o grupo de jovens-adultos primeiranistas da FPCEUC inicialmente identificado de *intenders*). Já entre os segundos constavam o início/aumento (mais ligeiro, para o grupo inicialmente identificado de *non-intenders*, ou mais acentuado, para o grupo inicialmente identificado de *intenders*) da prática do CAS-alvo, bem como a inclusão de

¹¹⁰ No entanto, é importante assinalar que, no contexto da atividade física, as assunções da APAS têm sido estudadas sobretudo em amostras clínicas constituídas, por exemplo, por doentes em reabilitação cardíaca (e.g., Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005) ou ortopédica (e.g., Ziegelmann, Lippke, & Schwarzer, 2006). Mais recentemente, as amostras clínicas incluem também indivíduos com esclerose múltipla (e.g., Chiu, Lynch, Chan, & Berven, 2011), obesidade (e.g., Parschau et al., 2014) ou diabetes tipo 2 (e.g., Lippke & Plotnikoff, 2014).

¹¹¹ Recorde-se a sugestão (empiricamente suportada; e.g., Lippke et al., 2010) do autor: a transformação do modelo de estádios implícito num modelo explícito, através da identificação do *mindset* dos participantes, e a atribuição de um tratamento emparelhado com as características de cada grupo (Schwarzer, 2008, 2016).

mais um CAS positivo (viz., prática salutar/regular de exercício físico) no estilo de vida dos jovens (apenas para o grupo inicialmente identificado de *intenders*)¹¹².

Objetivos de mudança proximais

Objetivos de mudança distais

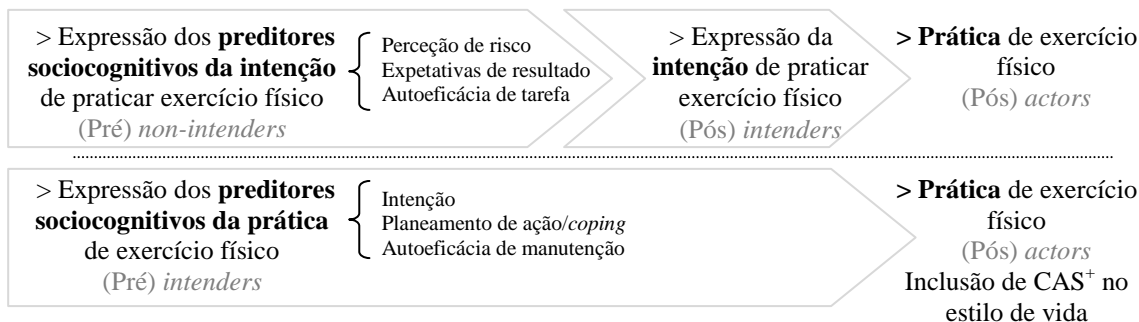


Ilustração 5.2. Os objetivos de mudança da intervenção (figura-síntese).

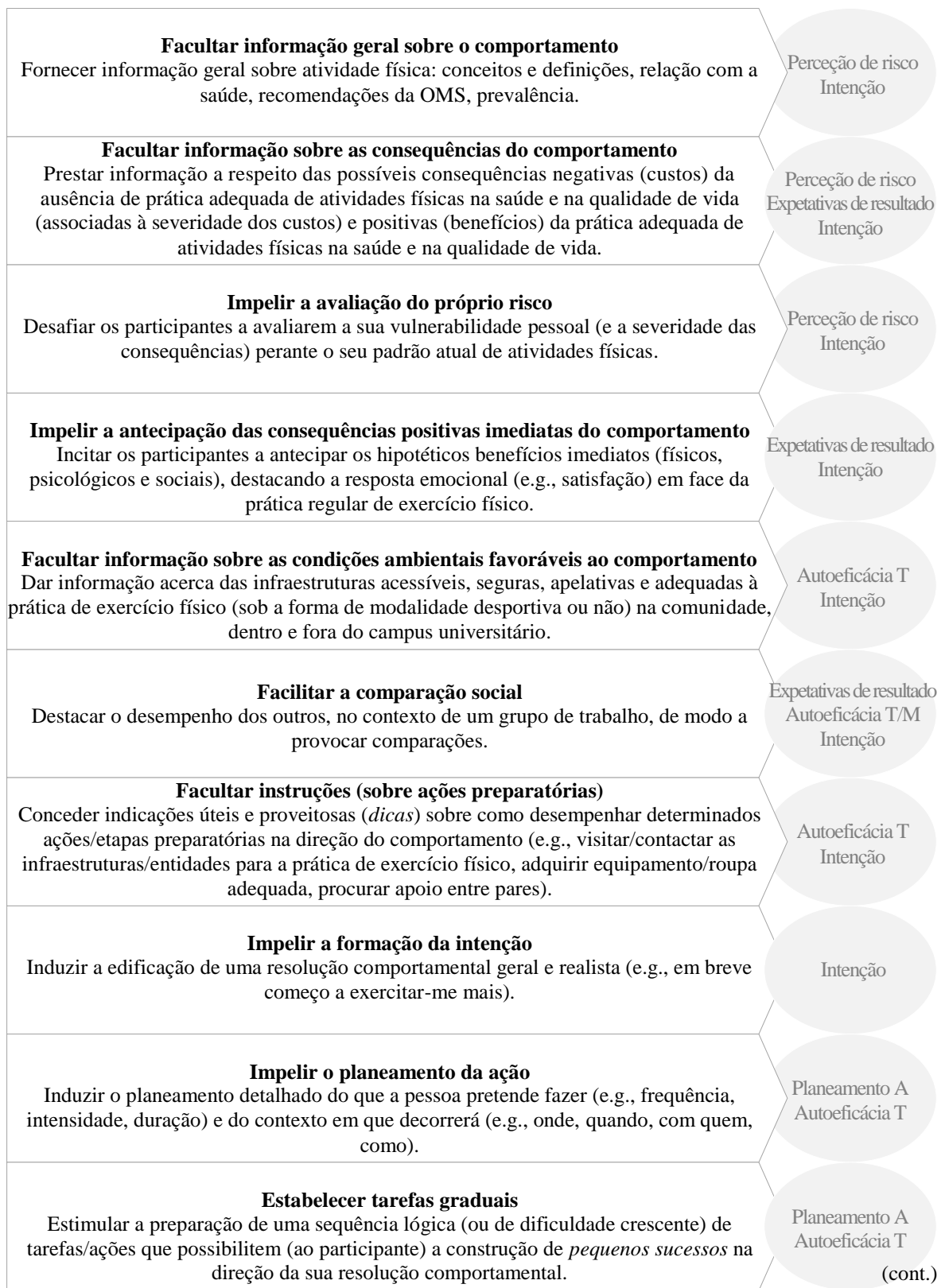
1.3. Terceira etapa: identificação e seleção dos métodos de intervenção (e das técnicas de mudança efetiva)

Nesta etapa foram consideradas as questões metodológicas (e.g., como trabalhar os conteúdos? como aplicar/implementar a intervenção?) e tomadas posições, em função dos objetivos de mudança fixados, relativamente a dois aspetos fundamentais da intervenção: o seu conteúdo e a sua aplicação.

Em relação ao **conteúdo da intervenção** e recorrendo ao vasto conjunto de técnicas de mudança comportamental disponível na literatura (e.g., Abraham et al., 2011; Abraham & Michie, 2008), devidamente exemplificado no ponto 2.1 do terceiro capítulo, selecionaram-se (e adaptaram-se) as técnicas que iriam organizar, operacionalizar e distribuir uma parte dos métodos de intervenção do programa. Na ilustração 5.3, repartida pelas páginas seguintes, listam-se as técnicas selecionadas, acompanhadas de uma breve descrição das mesmas, e os determinantes sociocognitivos (da intenção comportamental e do comportamento) alvo de mudança sugeridos pelo modelo APAS para a prática de exercício físico¹¹³.

¹¹² Para evitar equívocos, mas sem deixar de reconhecer que os incrementos previstos seriam naturalmente acompanhados de transições de *mindset* (de *non-intenders* para *intenders* ou de *intenders* para *actors*), os participantes serão sempre identificados pelo *mindset* inicial.

¹¹³ Esperava-se que algumas das técnicas de mudança efetiva atuassem (1) não só nos determinantes especificados, como também noutros determinantes do comportamento desejado não explicitados pela APAS (e.g., o conhecimento geral sobre exercício físico ou sobre as condições ambientais favoráveis à sua prática,



quando facultada informação sobre estes tópicos) e (2) nas ações preparatórias ou no comportamento desejado, uma vez executados (e.g., a utilização de reforços positivos contingentes ou de estímulos ambientais, para além de fortalecerem os determinantes alvo mencionados na ilustração 5.3, poderiam ainda ajudar a estabelecer os comportamentos em causa).

(cont.)



Ilustração 5.3. As técnicas de mudança efetiva utilizadas na intervenção e os determinantes alvo de mudança. T = (de) tarefa, M = (de) manutenção, A = (de) ação, C = (de) coping.

No que concerne à **aplicação da intervenção**, firmaram-se os seguintes aspetos metodológicos: modalidade (aplicar/implementar individualmente ou em grupo? presencialmente ou com recurso às tecnologias de informação e comunicação?), momento (quando?) e duração (durante quanto tempo?), cenário (em que circunstâncias?), implementador (por quem?) e destinatários (a quem da população-alvo?).

Quanto à **modalidade da aplicação** optou-se pela intervenção em grupo e presencial (face a face), pelas vantagens que lhe são reconhecidas quando comparada com as modalidades alternativas: a redução de recursos importantes (viz., custos e tempo de intervenção) e a possibilidade de proporcionar aos destinatários (mais) uma fonte de apoio (o grupo de pares), assim como o aumento da coesão no seio do grupo, desencadeada pela proximidade física e pela comunicação transparente (i.e., pelo acesso direto à expressão verbal e não verbal dos interlocutores) entre os participantes e entre estes e o implementador (Guerra & Lima, 2005).

Assumiu-se também que seria pertinente encontrar um **momento** e uma **duração** para a intervenção que não prejudicassem os destinatários (e.g., coincidindo com a época de avaliação de desempenho ou similares, ocupando demasiado tempo extralectivo), nem os efeitos da intervenção (no caso de a intervenção ser demasiado precoce ou tardia¹¹⁴, curta ou longa) e, por conseguinte, estabeleceram-se os seguintes limites: sessões semanais de 90 minutos cada, durante um intervalo de tempo variável (que dependeria da condição experimental; ver ilustração 5.4) situado entre (fim) outubro / (início) novembro (i.e., aproximadamente 2 meses depois de ingressarem no ensino superior e terem dado início ao processo de transição) e (fim) dezembro (antes das férias do Natal).

Em relação à escolha do **cenário** onde se desenrolaria a intervenção, valorizaram-se alguns critérios: uma sala de trabalho suficientemente ampla (capaz de comportar cadeiras suficientes¹¹⁵ para todos os participantes e a realização de todas as atividades do programa), confortável (com luminosidade, temperatura e acústica adequadas, i.e.,

¹¹⁴ Entendeu-se que a intervenção poderia ser considerada precoce, se ocorresse antes das hipotéticas mudanças no estilo de vida (enquanto parte da adaptação/resposta à transição) terem expressão, e tardia, se ocorresse depois das mesmas mudanças estarem demasiado instaladas. Também já existem evidências que sugerem os primeiros três meses da transição para janela de oportunidade no que diz respeito às intervenções de mudança comportamental (Verplanken & Roy, 2016).

¹¹⁵ Ainda que as cadeiras dispostas de forma circular e próxima (entre os 40 centímetros e pouco mais de um metro; Guerra & Lima, 2005) constituam o espaço ideal para se interagir de forma próxima (sem invadir o espaço pessoal de segurança), antecipou-se a impossibilidade de proceder a esta disposição tendo em consideração o número elevado (em comparação com o espaço disponível) de participantes.

favorecedoras da concentração e da interação verbal), equipada com meios técnicos audiovisuais (e.g., computador, retroprojeto, quadro branco, sistema de som, etc.) e situada no campus universitário (para poupar os participantes de deslocamentos inconvenientes).

Considerou-se importante assegurar que o **implementador** da intervenção tivesse formação em Psicologia, alguma familiaridade com a APAS de Schwarzer (1992, 2008, 2016) e com as técnicas de mudança comportamental apresentadas por Abraham e Michie (2008), e experiência de trabalho com grupos (ou, pelo menos, conhecimentos sobre grupos e seus fenômenos¹¹⁶ e vivência de exercícios de dinamização grupal). De igual modo, decidiu-se que o implementador (no contexto desta intervenção, o líder formal do grupo) deveria mover-se entre diferentes papéis: o de líder-formador (aquele que ajuda a clarificar e a definir os objetivos do grupo, facilita informação sobre os temas em estudo, proporciona e ensina a dar/receber feedback, etc.), o de líder-facilitador (aquele que estimula o bom relacionamento interpessoal entre os membros do grupo, reduz obstáculos à comunicação e comporta-se como um modelo de comunicação direta/simple, etc.) e o de líder-dinamizador (aquele que propõe a realização das atividades contempladas no programa).

Condição Experimental	Critérios ¹¹⁷ de classificação de grupos				
	Finalidade	Membros	Dimensão	Processo	Duração
Condição A	Aprendizagem interpessoal + Crescimento pessoal	<i>Non-intenders</i> (Grupo homogêneo)	15 a 30 membros	Membros estáveis (Grupo fechado)	90 minutos (Grupo de 1 sessão)
Condição B	(Grupo de trabalho e de desenvolvimento)	<i>Intenders</i> (Grupo homogêneo)			450 minutos (Grupo de 5 sessões)

Ilustração 5.4. Características dos destinatários da intervenção em função da condição experimental.

Por último, relativamente aos **destinatários** da intervenção, admitiu-se que deveria ser constituído um grupo de trabalho e de desenvolvimento (em face da sua finalidade: aprendizagem interpessoal e crescimento pessoal) homogêneo no que ao *mindset* dizia

¹¹⁶ Exemplos de fenômenos ou processos grupais: a liderança, a coesão, a comunicação, o feedback (para uma definição clara destes conceitos controversos, cf. Guerra & Lima, 2005).

¹¹⁷ Note-se que outros critérios para a classificação dos grupos de intervenção, para além da finalidade, (critérios de seleção dos) membros, tamanho, processo e da duração do grupo, poderiam ser utilizados (cf. Guerra & Lima, 2005).

respeito (i.e., os membros do grupo partilhariam do facto de não terem intenção formada vs. terem intenção formada quanto à prática de exercício físico), de dimensão limitada (15 a 30 elementos, de modo a possibilitar interações sociais significativas sem perder o confronto / a partilha de experiências plurais e diversas), fechado (i.e., manter-se-iam os mesmos membros na vida do grupo) e com a duração das sessões da intervenção, para cada uma das condições experimentais. O quadro anterior (ilustração 5.4) resume as características dos destinatários, em função da condição experimental pela qual seriam distribuídos.

1.4. Quarta etapa: conceção do programa T(+S)

Na etapa de tradução das considerações metodológicas anteriores num plano prático [i.e., a operacionalização do programa T(+S)] procedeu-se, por um lado, à produção dos materiais didáticos (apêndice 7) e das atividades, bem como do guião orientador de cada uma das sessões da intervenção (apêndice 8) e, por outro, à consulta de alunos com características semelhantes aos potenciais destinatários sobre a atratividade dos materiais e das atividades incluídas no guião¹¹⁸.

A elaboração dos **materiais didáticos** e das **atividades** alicerçou-se nas técnicas de mudança efetiva selecionadas na etapa anterior e na demanda pela sua atratividade (tendo em consideração os aspetos desenvolvimentais da população-alvo). Nesta demanda foi fundamental conhecer as estratégias oferecidas em intervenções semelhantes (e.g., Araújo-Soares, McIntyre, MacLennan, & Sniehotta, 2009; Bray et al., 2011; Fischer & Bryant, 2008; Huang, Hung, Chang, & Chang, 2009; Milne, Orbell, & Sheeran, 2002; Prestwich, Perugini, & Hurling, 2009) e, sobretudo, as dúvidas e as sugestões de um pequeno grupo de alunos semelhantes aos potenciais destinatários da intervenção, convidados a apreciar e discutir o plano prático do T(+S), em particular os materiais e as atividades (ver ponto 3.1 deste capítulo).

Ainda antes da produção dos seis **guiões orientadores** (documento que, entre outros pormenores, descreve objetivos, materiais didáticos, atividades e respetiva sequência e

¹¹⁸ Em bom rigor científico, a ausência de avaliação prévia dos seus efeitos num pequeno grupo representativo dos destinatários (teste recomendado por Bartholomew et al., 2011, nesta etapa do planeamento da intervenção) impediu que o programa T(+S) aqui apresentado pudesse ser considerado mais do que uma versão piloto (variante, ou variantes, que devem anteceder a versão definitiva de um programa de intervenção).

duração, específicos de cada sessão¹¹⁹), ficou decidido que as sessões obedeceriam a uma estrutura flexível e a uma dinâmica estrutural comum. Uma estrutura suficientemente flexível permitiria responder às necessidades imediatas dos destinatários e integrar as suas sugestões de resposta às mesmas (tornando-os coconstrutores da intervenção), sem abdicar dos objetivos e das resoluções metodológicas em que assentaria cada sessão, e desta forma facilitar o equilíbrio entre fidelidade e adaptação¹²⁰ (ver Carvalho et al., 2013). A **dinâmica estrutural comum** determinaria que todas as sessões se desenrolariam ao longo de três/quatro fases (cada qual com atividades próprias):

- **Acolhimento** (fase relevante na promoção de um ambiente descontraído e caloroso que, por sua vez, favorece a abertura e a participação de todos os membros ao longo da sessão), durante a qual seriam dadas as boas-vindas ao grupo e se verificaria a presença de todos os membros (informação importante na avaliação da intervenção);

- **Revisão da sessão anterior** (fase fundamental para consolidar aprendizagens e assumir o programa como um todo coerente), apenas para as sessões (que não a primeira) da condição experimental B, durante a qual seriam (1) partilhadas as principais aprendizagens efetuadas (no sentido da coconstrução de uma síntese) e eventuais dúvidas ou dificuldades na realização dos trabalhos de casa (às quais o implementador procuraria responder individualmente ou, se adequado, solicitando a participação do grupo) e (2) distribuído feedback sobre o desempenho individual e grupal no âmbito dos trabalhos de casa, assim como encorajamento geral;

- **Introdução e desenvolvimento da sessão** (fase mais importante da sessão, porquanto concentra a maioria das atividades desenhadas para alcançar os objetivos de mudança), a qual compreenderia a apresentação da agenda da sessão (i.e., os

¹¹⁹ Importa ainda clarificar que os guiões orientadores compreendem (1) os objetivos gerais (aqueles que devem ser alcançados com a realização da sessão e com o seu conjunto de atividades) e os objetivos específicos (os que devem ser conseguidos com a realização de uma atividade específica); (2) a distribuição do tempo da sessão (90 minutos) por cada uma das suas atividades (anotada entre parênteses depois do nome da atividade); (3) os materiais que dizem respeito somente à sessão em causa (omitindo, portanto, os meios técnicos audiovisuais essenciais à realização de toda a intervenção).

¹²⁰ Conceitos bastante debatidos no contexto das práticas promotoras de saúde baseadas na evidência: a fidelidade diz respeito ao grau com os planos do programa são implementados como pretendido por quem os desenvolveu e a adaptação refere-se a todos os ajustamentos que ocorrem para melhorar a adequação (ou a compatibilidade) do programa às especificidades do contexto (Carvalho et al., 2013).

objetivos a alcançar e a sequência de atividades prevista) e a concretização das atividades planeadas (e.g., exposições temáticas, jogos, tarefas individuais e de grupo, testemunhos), ao mesmo tempo que se asseguraria o interesse / a participação e a satisfação do grupo;

- **Encerramento e avaliação da sessão** (fase relevante para a aprendizagem dos conteúdos essenciais e necessária para a avaliação da intervenção, nomeadamente do seu processo), durante a qual se procederia à revisão (orientada para uma conclusão) de todas as atividades da sessão, à distribuição dos trabalhos de casa (apenas nas sessões da condição experimental B), ao preenchimento do instrumento de avaliação da sessão (depois de se enfatizar a pertinência das suas observações, críticas ou sugestões e de se apelar à responsabilidade conjunta na construção da intervenção) e à despedida.

1.5. Quinta etapa: planeamento da implementação do programa T(+S)

A operacionalização do programa T(+S) compreendeu ainda a elaboração detalhada de um **plano de implementação**, no qual se especificaram (entre outros detalhes) **prazos**, **responsáveis** (quase invariavelmente, a investigadora responsável sob a supervisão do seu orientador científico) e **funções** nas tarefas prévias à execução do programa (e.g., finalização dos materiais didáticos; consentimento da direção da FPCEUC; divulgação da intervenção; seleção dos destinatários), tarefas incluídas na sua execução (e.g., preparação do cenário; acolhimento dos participantes; dinamização das atividades; distribuição de materiais; recolha de dados; supervisão das ações) e nas tarefas posteriores à sua execução (e.g., recolha de dados no pós-teste e no seguimento e análise dos mesmos).

No planeamento da implementação da intervenção ficou igualmente previsto o convite que seria feito aos elementos da população-alvo, identificados como *actors* (i.e., praticantes regulares de exercício físico), para colaborarem nas atividades do programa T(+S) e a clarificação do seu papel (modelo positivo para os pares/participantes) e das suas funções (e.g., prestar testemunho da sua experiência enquanto *actor*, conceder *dicas*, encorajar). O convite, acompanhado de uma breve introdução ao papel e às funções a desempenhar, teria lugar entre o primeiro momento de avaliação (pré-teste ou pré-intervenção) e o início da intervenção, enquanto a explicação detalhada das funções ficaria reservada para o momento prévio à fase de acolhimento da sessão na qual estes alunos-

colaboradores interviriam.

1.6. Sexta etapa: planeamento da avaliação do programa T(+S)

Nesta etapa (concomitante a todo o processo de planeamento da intervenção) tomaram-se importantes decisões sobre quem e como seria conduzida a avaliação. Decidiu-se que a condução da avaliação do T(+S) ficaria ao cuidado da investigadora responsável e não, como seria desejável, de uma pessoa (**avaliador** interno ou externo) alheia ao planeamento ou à execução do programa. Preparou-se também um conjunto de **perguntas inspiradas no modelo de avaliação CIPP** (ver ponto 2.2 do terceiro capítulo) e especificaram-se os detalhes relativos ao processo de **recolha e análise dos dados** necessários para alcançar as respostas. Estas respostas serviriam dois papéis distintos: o de guiar as decisões ao longo das diferentes fases (de planeamento, implementação e avaliação) do programa (papel associado à avaliação formativa) e o de estimar o valor ou mérito do programa uma vez concluídas todas as suas fases (papel associado à avaliação sumativa). No quadro da página seguinte (ilustração 5.5) emparelham-se as perguntas avaliativas com alguns destes pormenores (momento e método de recolha de dados e método de análise dos mesmos).

Deste modo, previu-se a **apreciação da pertinência dos objetivos** do programa em face das necessidades (bem como dos problemas associados) da população-alvo e dos recursos (e.g. conhecimento e competência, serviços) e oportunidades (e.g. fundos) existentes localmente e à data da avaliação das necessidades, recorrendo à análise da informação produzida para justificar a intervenção.

No planeamento da avaliação ficou igualmente definida a **avaliação da relevância** da estratégia escolhida (assim como da sua **superioridade** quando comparada com estratégias alternativas) e da **qualidade** da operacionalização dessa estratégia para alcançar os objetivos (e.g. congruência entre objetivos, estratégia e plano prático; adequação e atratividade de materiais didáticos e atividades do programa, viabilidade dos guiões orientadores), com base na análise (1) da literatura da especialidade, (2) dos planos do programa e (3) das dúvidas e sugestões apresentadas por um grupo de discussão composto por elementos com características semelhantes aos potenciais destinatários (e.g., jovens-adultos da FPCEUC com/sem intenção formada quanto à prática regular de exercício físico), durante uma ou mais sessões de 60 minutos.

Perguntas avaliativas		Recolha de dados		Método de análise de dados	
		Momento	Método		
Modelo de avaliação CIPP	Context O que é necessário fazer?	Necessidades e problemas dos beneficiários? Recursos e oportunidades existentes? Pertinência dos objetivos do programa?	Antes da conceção da intervenção	Análise documental	Análise de conteúdo
	Input Como deve ser feito?	Materiais didáticos e atividades do programa? Guiões orientadores das sessões? Qualidade e relevância em face de estratégias alternativas?	Durante a conceção da intervenção	Análise documental + Grupos de discussão	Análise de conteúdo
	Process Está a ser feito?	Qualidade de implementação do programa?	Durante a implementação da intervenção	Observação (Lista de Verificação das Atividades da Sessão; apêndice 9) + Inquérito por questionário (Questionário de Avaliação da Sessão; apêndice 10)	Análise de conteúdo + Análise estatística
	Product Foi bem-sucedido?	Eficácia? Impacto?	Pré-intervenção Pós-intervenção Seguimento 3 meses	Inquérito por questionário (QESST_B, APAS_EF, QVA-r, SF-8, WHOQOL-Bref; apêndice 11)	Análise estatística + Análise de conteúdo
Sustentabilidade? Transferibilidade?		Pós-intervenção	Grupos de discussão	Análise de conteúdo	

Ilustração 5.5. Desenho da avaliação da intervenção (quadro-síntese).

A **apreciação da qualidade da implementação** do programa de intervenção (que incluiria diversos aspetos, tais como: coerência entre as atividades planeadas e as realizadas, identificação de hipotéticos pontos da intervenção a modificar/melhorar, qualidade do desempenho do implementador, qualidade da participação dos destinatários, satisfação com o conteúdo e a aplicação da intervenção, etc.) seria feita através da análise dos dados obtidos em cada uma das sessões, quer por observação do implementador ou do

seu supervisor (acompanhada do preenchimento de uma lista de verificação das atividades; apêndice 9), quer por inquérito por questionário (apêndice 10) aos participantes da intervenção. A análise do recrutamento e da retenção completariam esta apreciação.

Por fim, a **avaliação do produto** da intervenção (mais concretamente, das mudanças produzidas a curto e a médio prazo, do seu grau de correspondência com as mudanças planeadas e do seu alcance para lá do previsto, da sustentabilidade dos ganhos e dos mecanismos para os produzir e da *transferibilidade* destes mecanismos) realizar-se-ia por intermédio da análise da informação recolhida por inquérito por questionário (apêndice 11), em três momentos distintos (pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento de 3 meses), e da resultante da discussão (i.e., troca de pareceres e sugestões) entre as pessoas envolvidas (e.g., participantes; responsáveis pelo planeamento, implementação e avaliação; colaboradores) no programa T(+S).

Assinale-se ainda que, no âmbito desta etapa, foram aprontados os instrumentos de avaliação destinados à recolha de boa parte dos dados, nomeadamente:

- ***Lista de Verificação das Atividades da Sessão*** (apêndice 9): este instrumento compreende, como sugerido pelo nome, uma lista de todas as atividades, a duração e os materiais didáticos correspondentes, previstos para cada uma das sessões do programa T(+S), bem como um espaço próprio para o implementador registar observações pertinentes (e.g., qualquer desvio das indicações registadas nos guiões orientadores; informação relevante no âmbito do estudo observada, não recolhida por outros meios), e foi elaborado pelos autores com o objetivo de controlar e aferir a qualidade de implementação do programa.

- ***Questionário de Avaliação da Sessão*** (apêndice 10): é um questionário de autorrelato composto por 13 questões do tipo fechado, formuladas para uma escala de avaliação de resposta tipo Likert com cinco opções (*Muito insuficiente a Muito bom*), e por uma última questão de tipo aberto, que foi construído pelos autores com o propósito de obter, no final de cada uma das sessões do programa T(+S), um feedback imediato dos participantes relativamente a diversos aspetos (e.g., satisfação geral; satisfação com os conteúdos e a sua estrutura, o ambiente e o implementador, a participação e as interações resultantes, os resultados em face das expectativas; observações, críticas ou sugestões) e, a partir dele, proceder a pequenos

reajustamentos nas sessões futuras ou inferir acerca da qualidade de implementação do programa. Ainda que a construção e a validação de instrumentos de avaliação não fosse um objetivo essencial deste estudo, é importante referir que o desenvolvimento deste questionário procurou seguir as recomendações encontradas na literatura (e.g., Almeida & Freire, 2007; Taylor-Powell & Renner, 2009), se inspirou em instrumentos utilizados em contextos semelhantes (e.g., na avaliação das sessões do “Programa de Desenvolvimento de Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais” de Jacinto Jardim, 2007, ou do programa “Experiências Saudáveis” de Lília Forte, 2008) e contou com o estudo prévio das principais características psicométricas (apêndice 12).

- **Protocolo de avaliação** (apêndice 11) constituído por versões reduzidas de três questionários devidamente traduzidos (apenas para os instrumentos com versões originais estrangeiras) e validados para Portugal – o *QVA-r*, o *SF-8* e o *WHOQOL-Bref* – e dois questionários construídos pelos autores – o *QESST_B* e o *APAS_EF* –, todos indispensáveis na aferição do produto da intervenção. Feita a descrição detalhada dos três primeiros instrumentos, por ocasião do primeiro estudo empírico (ver ponto 3.2 do capítulo IV), mencionam-se apenas as alterações introduzidas no primeiro protocolo de avaliação, designadamente:

- *Questionário de estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior, versão B [QESST_B]*: difere da sua versão A na extensão (menor) e no enfoque (maior) dado ao CAS prática de exercício físico. Composto por apenas 18 questões (algumas das quais com subalíneas, perfazendo um total de 53 itens) do tipo aberto, fechado e semiaberto, este questionário de autorrelato herdou da versão anterior os itens relativos à caracterização sociodemográfica e escolar/académica do primeiranista, à sua participação em atividades extracurriculares, à caracterização dos sete CAS do estilo de vida antes e depois do ingresso na UC (ainda que o item referente ao padrão de atividades físicas tivesse sido substituído por três itens, dois do tipo aberto e um do tipo fechado com duas opções de resposta, de modo a medir a intensidade, frequência e duração das atividades) e ao desejo de mudar algum dos CAS reportados (ver ponto 3.2 do capítulo IV). Aos anteriores foram acrescentados dois itens (um do tipo

fechado com cinco opções de resposta e o outro do tipo aberto) com o objetivo de aferir, relativamente à atual prática regular de exercício físico, o estágio APAS autopercebido (esta informação, depois de cruzada com os dados provenientes dos itens 4.1 e 4.2 do APAS_EF, permitiria a identificação do *mindset* do participante e a atribuição/exclusão do grupo de investigação¹²¹) e os obstáculos ou dificuldades pessoais a essa prática (a informação resultante possibilitaria pequenos reajustamentos ao programa de intervenção e, conseqüentemente, o melhoramento da sua utilidade). Decidiu-se pela conservação (do grosso) da estrutura/conteúdo do QESST_B nos três momentos de recolha de dados, ainda que com pequenas alterações introduzidas aquando da avaliação pós-intervenção e seguimento de 3 meses: supressão dos itens referentes à caracterização dos sete CAS do estilo de vida antes do ingresso na UC, acréscimo de um item (formulado para resposta mista) sobre a autoperceção do impacto (imediate) do programa de intervenção e a solicitação de preenchimento apenas dos dados sociodemográficos e escolares/académicos relativamente aos quais houvesse alterações.

- ***Questionário da Abordagem do Processo de Ação de Saúde (Schwarzer, 2008), versão para Exercício Físico [APAS_EF]:*** é um instrumento de autorrelato constituído por oito escalas breves e um total de 23 itens do tipo fechado escalar (com quatro ou sete alternativas de resposta), tendo sido construído pelos autores com o objetivo de medir oito dos principais construtos, devidamente operacionalizados, da APAS (Schwarzer, 2008) – perceção de risco (três itens com sete opções de resposta), expectativas de

¹²¹ Note-se que a informação captada pelos itens 17 (avaliador do desejo de mudança) e 18 (avaliador da autoperceção do estágio APAS) do QESST_B não seria suficiente para determinar o *mindset* do participante. Para o efeito considerou-se necessário verificar a pontuação obtida nos itens 4.1 e 4.2 (avaliadores da intenção de praticar exercício físico, associada a um intervalo temporal de 4 semanas) do APAS_EF, uma vez que um aluno poderia simultaneamente desejar aumentar a sua atividade física e não ter uma intenção formada quanto à prática regular de exercício físico, ou ter a intenção de praticar regularmente exercício durante o ano letivo, ainda que essa intenção, a curto prazo (4 semanas), fosse fraca. Assim, um participante seria considerado *non-intender* quando se identificasse com uma das primeiras quatro opções de resposta do item 18 e registasse um valor transformado abaixo de 50 na escala intenção, *intender* no caso de se identificar com a terceira ou quarta opções de resposta do item 18 e de alcançar um valor transformado igual ou superior a 50 na escala intenção e, por fim, *actor* se se identificasse com a última opção de resposta do item 18 e obtivesse um valor transformado igual ou superior a 50 na escala intenção.

resultado (três itens com quatro opções de resposta), autoeficácia de tarefa (dois itens com quatro opções de resposta), intenção (dois itens com sete opções de resposta), planeamento da ação (quatro itens com quatro opções de resposta) e do *coping* (três itens com quatro opções de resposta), autoeficácia de manutenção (três itens com quatro opções de resposta) e de recuperação¹²² (três itens com quatro opções de resposta). Como mencionado anteriormente, a construção e a validação de instrumentos de avaliação não foi um objetivo central deste estudo, no entanto, o desenvolvimento deste questionário procurou respeitar as sugestões encontradas na literatura (e.g., Almeida & Freire, 2007; Schwarzer, 2008), a propósito de alguns estudos de referência (e.g., o RACK; ver www.gesundheitsrisiko.de/docs/RACKEnglish.pdf), e incluiu a análise das principais características psicométricas (apêndice 13).

2. A implementação do programa T(+)**S**

À conclusão do planeamento da intervenção, sucedeu a realização, entre o final de setembro e o início de outubro, de algumas **tarefas prévias à execução do programa**, nomeadamente: o pedido de consentimento, a divulgação da intervenção (e da investigação que a contempla) e o recrutamento de participantes, a seleção e a divulgação dos destinatários.

O **consentimento** da direção da FPCEUC para a realização da intervenção e a utilização de um espaço que partilhe das características escolhidas para cenário da intervenção (apêndice 14) foi solicitado com a antecedência possível e acompanhado dos devidos esclarecimentos.

Obtidos os necessários consentimentos, procedeu-se imediatamente à **divulgação oral da intervenção** (e da investigação que a contempla) junto dos primeiranistas da FPCEUC¹²³ e ao **recrutamento** dos participantes. Para o efeito, a investigadora

¹²² Apesar de esta última variável não ser relevante no âmbito deste estudo, foi medida para que pudesse integrar uma análise mais completa das principais características psicométricas deste questionário e, assim, incentivar a sua utilização em estudos futuros.

¹²³ Importa esclarecer os motivos da decisão por esta modalidade de divulgação: assumiu-se que seria mais económica (relativamente à divulgação através de material impresso como cartazes ou folhetos) e mais eficaz (sobretudo numa altura em que há uma grande quantidade de informação, institucional e não institucional, dirigida aos alunos recém-chegados, a circular em websites, blogs, redes sociais e correio eletrónico), na

compareceu (com a anuência prévia dos professores que cederiam parte da aula) numa aula teórica (aula normalmente assistida por grande parte da turma) de cada um dos cursos ministrados pela faculdade supracitada, apresentou sucintamente a investigação que originou o programa de intervenção (e.g., pertinência, fundamentos, objetivos, condições experimentais) e o programa T(+)*S* (e.g., população-alvo, objetivos, duração, local, avaliação) e garantiu o carácter voluntário e gratuito da participação, assim como a confidencialidade da informação pessoal partilhada durante a intervenção ou o anonimato das respostas aos protocolos de avaliação. Aos alunos que acederam participar na investigação e candidatar-se ao programa T(+)*S*, foi passado o protocolo de avaliação previsto para o primeiro momento de avaliação (pré-intervenção) e afixada a comunicação da decisão atinente ao grupo de investigação (controlo vs. experimental A/B) que integrariam, num espaço de uma semana.

A **seleção** e a **divulgação dos destinatários** da intervenção consubstanciaram-se em dois momentos. Num primeiro momento, durante o qual a investigadora construiu uma lista com a distribuição dos candidatos pelos respetivos grupos de investigação com base nos critérios de seleção estipulados: 15-30 jovens-adultos primeiranistas identificados como *non-intenders* ou *intenders* quanto à prática de exercício físico (grupo experimental A ou B, respetivamente) e excedentes dos grupos experimentais (grupo controlo), aleatoriamente escolhidos. E num momento posterior, no qual os alunos listados confirmaram a sua presença nas sessões das respetivas condições experimentais, em função da compatibilidade entre o horário das sessões (previamente acordado com a maioria dos interessados) e a sua disponibilidade. Os alunos listados que não confirmaram a sua presença nas sessões das condições experimentais (por incompatibilidade de horário) permutaram com alunos do grupo controlo que conseguiriam estar presentes nas respetivas sessões ou, por iniciativa própria, excluíram-se dos grupos de investigação (não tendo assumido o compromisso de comparecerem nos momentos de avaliação seguintes); os não listados (i.e., primeiranistas previamente identificados como *actors* ou indefinidos, relativamente ao *mindset*, ou primeiranistas que não correspondiam aos critérios de amostragem¹²⁴) foram mantidos na investigação (ainda que tivessem sido excluídos dos

medida em que seria dirigida especificamente aos potenciais destinatários e permitiria satisfazer curiosidades ou resolver dúvidas prontamente.

¹²⁴ De modo a facilitar a comparação entre os resultados dos dois estudos empíricos desta investigação, utilizara-se os mesmos critérios de amostragem, especificados no ponto 2.1 do capítulo anterior.

grupos de investigação); por fim, os que entregaram protocolos inválidos (respostas omissas a itens importantes ou respostas incongruentes que punham em causa a validade da informação recolhida) foram excluídos da investigação. O diagrama seguinte (ilustração 5.6) ilustra o resultado do processo de seleção, bem como o fluxo de participantes.

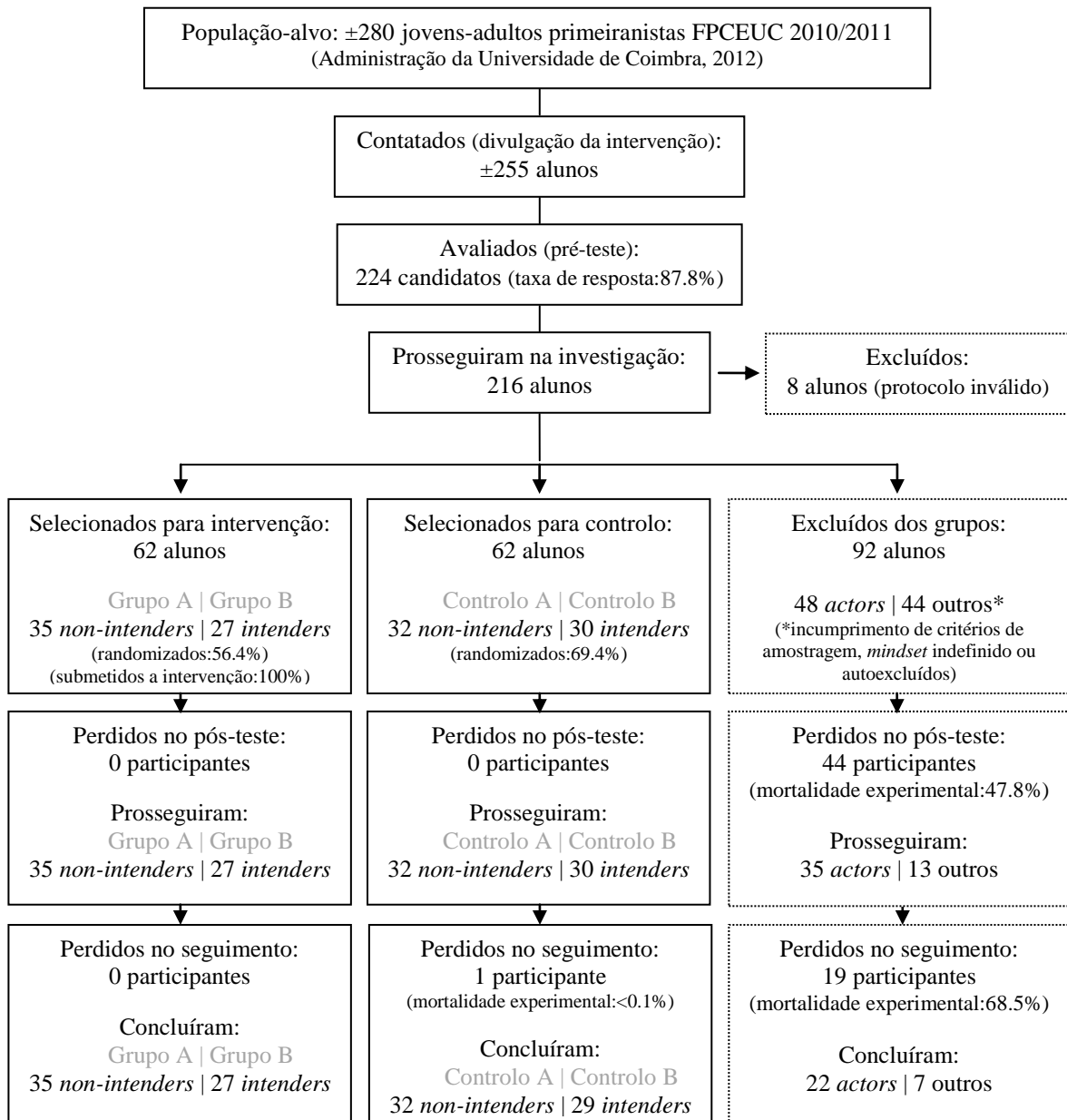


Ilustração 5.6. Refinamento da amostra e fluxo de participantes.

A **execução do programa T(+)*S*** foi articulada com a realização de uma intervenção maior (versão completa do programa de intervenção T(+)*S*; apêndice 15) e decorreu, como previsto, entre os meses de outubro e dezembro de 2010, em salas da FPCEUC que respeitavam os critérios estabelecidos para o cenário da intervenção, sob a orientação do

plano de implementação (e dos guiões das sessões nele incluído) e a liderança (supervisionada) da investigadora/implementadora, para 62 jovens-adultos primeiranistas (35 *non-intenders*¹²⁵ e 27 *intenders*) da faculdade supramencionada.

Concluída a execução do programa T(+)*S*, a investigadora concretizou ainda tarefas como: a **recolha de dados** necessária para avaliação do produto e a **disponibilização de materiais informativos** (sobre diversos assuntos, e.g., atividades físicas, comportamento alimentar, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis, substâncias psicoativas, monitorização da saúde) e **de ajuda**, mediante a sua disponibilidade, aos primeiranistas que, apesar de interessados, não tiveram a oportunidade de participar no programa T(+)*S* (quer na versão parcelar, quer na versão completa).

3. A avaliação do programa T(+)*S*

Todos os momentos de avaliação planeados (ver ilustração 5.5) foram cumpridos.

Antes da conceção da intervenção fez-se a revisão da sua justificação ou da lógica inerente, partindo dos objetivos do programa entretanto definidos.

Aquando da conceção da intervenção, realizou-se não só o confronto da literatura da especialidade (atinente quer à fundamentação teórica e às evidências empíricas, quer a intervenções análogas) com os planos do programa em desenvolvimento, como também o encontro de um pequeno grupo de alunos comparáveis aos destinatários da intervenção, convidados a apreciar e discutir os materiais e as atividades da intervenção, durante uma hora (sensivelmente) e num ambiente informal/descontraído.

Já durante a fase da implementação da intervenção, as seis sessões (uma da condição experimental A e cinco da condição experimental B) foram apreciadas durante a sua concretização (pela investigadora ou seu supervisor) e no final das mesmas (pelos participantes). Os números alcançados relativamente ao recrutamento e à retenção foram igualmente apreciados nesta fase.

Por fim, as variáveis escolhidas para operacionalizar o produto da intervenção, mais precisamente o seu efeito, foram medidas na semana anterior à implementação da intervenção, na semana seguinte à conclusão da mesma e, finalmente, 3 meses depois. Os

¹²⁵ Dado o elevado número de candidatos que, cumprindo os critérios de seleção, manifestou grande interesse e disponibilidade para participar na intervenção e a compatibilidade da estrutura da sessão da condição experimental A com um pequeno alargamento do número de destinatários, optou-se por aceitar um grupo maior do que o previsto.

momentos de avaliação pós-intervenção e seguimento foram precedidos de avisos, entregues pessoalmente (no final de uma aula) e por correio electrónico, aos participantes. Os participantes da condição experimental B receberam, entre aqueles dois momentos, um lembrete a recordá-los dos benefícios da prática regular de exercício físico e da importância de utilizarem as ferramentas trabalhadas durante a intervenção (e documentadas nos respetivos portefólios) para alcançarem os seus objetivos, juntamente com o aviso. Já a apreciação da sustentabilidade e da *transferibilidade* do programa de intervenção foi concretizada através de diversos momentos informais de troca de ideias, nomeadamente: na quinta sessão da condição experimental B, aquando da despedida do grupo e na sequência da interpelação feita por alguns participantes à investigadora/implementadora, relativamente à continuidade do T(+)*S*; por ocasião da reunião de balanço sobre a participação do GAE na versão completa do programa, concluída a sua implementação; e durante as reuniões de supervisão científica entre a investigadora e o seu orientador, após a análise preliminar da eficácia do programa.

Os dados recolhidos foram posteriormente analisados consoante a natureza do método de recolha.

Os dados provenientes dos grupos de discussão e das questões de tipo aberto dos instrumentos de avaliação foram submetidos a análise de conteúdo (tendo passado pelas fases de familiarização com a informação, categorização e interpretação) com o objetivo de se encontrar o(s) significado(s) desses dados. Perante os custos associados à audiogravação e à transcrição integral da informação resultante dos grupos de discussão (particularmente em termos de tempo e de recursos humanos; ver Silverman, 2006), optou-se pelo registo escrito das principais ideias (e, sempre que possível, das frases/expressões originais de onde emergiram) durante ou no final de cada encontro.

Os dados remanescentes foram sujeitos a tratamento estatístico através do programa IBM SPSS (v. 20.0). Para a descrição e sumarização destes dados (estatística descritiva), determinaram-se frequências simples (absolutas e relativas) e medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvios-padrão). Na análise prévia de equivalência¹²⁶ dos grupos em comparação (experimental A vs. controlo e experimental B vs. controlo), relativamente

¹²⁶ Esta análise prévia é indispensável na determinação do grau de confiança com que se pode atribuir os ganhos (i.e., as mudanças nas medidas recolhidas antes e depois da intervenção) à intervenção e não à heterogeneidade dos grupos (Almeida & Freire, 2007).

às características sociodemográficas e escolares/acadêmicas dos seus membros, aplicaram-se testes de independência do Qui-Quadrado (χ^2), recorrendo à correção de continuidade de Yates (para tabelas de contingência 2x2) sempre que mais do que 20% das frequências esperadas eram inferiores a 5 unidades ou se alguma destas frequências era igual a 0 unidades (Pestana & Gageiro, 2008), ou testes *t* de Student para amostras independentes. Para inferir sobre a existência de diferenças nas variáveis dependentes (intenção de praticar ou prática efetiva de atividades físicas e respetivos determinantes sociocognitivos) entre cada par de grupos (experimental A vs. controlo e experimental B vs. controlo) no decorrer do tempo (momentos pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento de 3 meses) usaram-se testes *F* da ANOVA para plano experimental misto (ANOVA 2x2 ou 2x3), seguidos de testes de Bonferroni. No estudo da relação entre os determinantes sociocognitivos manipulados e a intenção de praticar ou a prática de atividades físicas dos participantes intervencionados determinaram-se medidas de associação (coeficientes de correlação, como o produto-momento de Pearson, *r*, e coeficientes de determinação, r^2) entre as variáveis sob análise – a interpretação da intensidade das associações obedeceu aos critérios sugeridos por Pestana e Gageiro (2008). A existência de diferenças nas variáveis dependentes singulares (estilo de vida) ou múltiplas (variáveis de saúde e de sucesso académico) entre cada par de grupos (experimental A vs. controlo e experimental B vs. controlo) e entre momentos diferentes (pré-intervenção e seguimento de 3 meses) foi avaliada através de testes *F* da (M)AN(C)OVA (dependendo do número de variáveis dependentes estudadas simultaneamente e da introdução de variáveis concomitantes nos modelos), seguidos dos testes *post hoc* mais adequados. As considerações anteriormente expressas sobre os critérios de escolha entre testes paramétricos e não paramétricos, a análise de pressupostos dos testes paramétricos¹²⁷, o nível de significância e a magnitude do efeito (ver ponto 5 do capítulo IV) mantiveram-se no tratamento estatístico destes dados¹²⁸.

¹²⁷ Aos pressupostos enunciados anteriormente, somaram-se outros: (a) a homogeneidade das intercorrelações (testada através do teste de Box) e a esfericidade (verificada através do teste de Mauchly), exigidos pela ANOVA 2x3 para plano experimental misto; (b) a linearidade entre variáveis concomitante e dependente e a homogeneidade das retas de regressão (testada através da interação entre o fator e a concomitante), exigidos pela MANCOVA.

¹²⁸ À semelhança do que se fez no primeiro estudo, os resultados brutos das variáveis dependentes (exceto do ICEV) foram transformados, de modo a variarem entre 0-100 (e serem mais facilmente comparáveis), através do seguinte enunciado matemático: $NT = [(NB - VM) / V] \times 100$, em que NT, NB, VM e V significam, respetivamente, Nota Transformada, Nota Bruta (da escala/subescala), Valor Mínimo (ou valor mais baixo

Note-se, a título marginal, que toda a informação recolhida e analisada pelos métodos descritos foi ainda revista após a conclusão das fases (de planeamento, implementação e avaliação) do T(+)*S* (já não com o propósito de assistir decisões, antes com o de estimar o valor ou mérito do programa), sendo o objeto de discussão no ponto 3.4 deste capítulo.

3.1. Resultados da componente avaliativa *context*

Para evitar repetições fastidiosas da informação (detalhadamente apresentada nos pontos 1.1 e 1.2 do presente capítulo e respetivos apêndices) optou-se por reproduzir de forma sucinta os argumentos por detrás da decisão avaliativa. Por um lado, os objetivos do programa T(+)*S* (viz., aumento da prática de exercício físico entre alunos em transição e adaptação ao ensino superior, através da manipulação dos preditores sociocognitivos do comportamento em causa) estavam direcionados para a resolução de necessidades (viz., contrariar potenciais mudanças negativas no estado de saúde e na qualidade de vida dos primeiranistas e que podem comprometer o seu sucesso académico) e dos problemas subjacentes (viz., contrariar o estabelecimento de CAS negativos, como a prática insuficiente de atividades físicas moderadas ou vigorosas, no estilo de vida dos primeiranistas) previamente avaliados e considerados relevantes. Por outro lado, após a apreciação dos recursos (e.g., existência de recursos humanos dotados de conhecimentos/competências úteis ao programa e empenhados em colaborar) e das oportunidades (e.g., existência de um elemento dedicado, com financiamento próprio, ao programa) disponíveis, considerou-se que o alcance dos objetivos do programa gozava de circunstâncias favoráveis.

3.2. Resultados da componente avaliativa *input*

As estratégias (e os planos) do programa T(+)*S* estavam teórica e empiricamente apoiadas pela literatura da especialidade (e.g., na APAS de Schwarzer, na taxonomia de técnicas de mudança comportamental fomentada por Abraham e Michie, nas considerações de Guerra e Lima sobre intervenção psicológica em grupos) e mereceram a preferência dos seus planeadores após o confronto com as estratégias alternativas, sobretudo no que diz

possível da escala/subescala) e Variação (escala/subescala). Recorreu-se também à transformação logarítmica (de base 10) dos dados amostrais, apenas quando tal se revelou adequado e necessário para garantir o cumprimento dos pressupostos dos testes paramétricos.

respeito ao formato da intervenção (e.g. abordagem individual, com recurso às tecnologias de informação e comunicação, de longa duração), usadas em intervenções semelhantes (e.g., Fischer & Bryant, 2008; Huang et al., 2009; Prestwich et al., 2009) e perante as limitações (sobretudo de tempo e financeiras) existentes.

A atratividade dos materiais didáticos e das atividades do programa T(+)*S* foi também atestada por um pequeno grupo ($N = 3$) de alunos com características semelhantes aos potenciais destinatários que se reuniu ainda durante a etapa da conceção do programa. Da discussão gerada resultou a introdução de pequenas alterações (e.g., substituição de termos geradores de dúvidas, introdução de imagens mais apelativas, ajustamento dos tempos previstos para as atividades) sugeridas pelo grupo e validadas pela investigadora responsável.

3.3. Resultados da componente avaliativa process

Os dados recolhidos através das listas de verificação das atividades do programa T(+)*S* asseguraram que, com a exceção de duas sessões, todas as outras foram fiéis ao seu guião orientador (i.e., as atividades previstas, a sua duração e a sua sequência foram integralmente respeitadas). As listas de verificação das atividades da terceira e quinta sessões da condição experimental B registaram as seguintes observações: a duração da terceira sessão foi encurtada em cerca de 20 minutos (que se refletiu na abreviação das atividades) pelo facto de os destinatários terem chegado ao local da intervenção com um atraso considerável, ainda que involuntário; a última sessão acabou 12 minutos mais tarde, devido ao prolongamento da atividade de análise dos trabalhos de casa, perante a manifestação de interesse do grupo em prolongar a discussão sobre as dúvidas e as dificuldades comuns na realização dos trabalhos de casa, e à despedida do grupo.

Durante a primeira sessão (no âmbito da atividade “A minha cidade natal é...”) assinalou-se igualmente um dado relevante: todos os participantes justificaram a sua atual intenção (relativamente à prática de exercício físico) com os benefícios resultantes de padrões adequados de atividade física mantidos antes do ingresso na universidade, particularmente: benefícios psicológicos (e.g., “(...) enquanto nadava esquecia tudo: prazos, exames, tensões (...) a água funcionava como um bálsamo.”) e sociais (e.g., “(...) encontrávamos sempre na equipa [de basquetebol] uma forma de ultrapassar as diferenças e resolver os conflitos entre nós (...) era o que nos unia.”).

Tabela 5.1. Qualidade da implementação do programa (resultados do inquérito aos participantes).

	Sessões do T(+) S					
	Condição A	Condição B				
	Sessão única	Primeira sessão	Segunda sessão	Terceira sessão	Quarta sessão	Quinta sessão
Satisfação geral	S: 5.7% B: 45.7% MB: 48.6%	B: 22.2 % MB: 77.8 %	B: 37.0% MB: 63.0%	B: 25.9% MB: 74.1%	B: 11.1% MB: 88.9%	B: 22.2% MB: 77.8%
Conhecimentos transmitidos	S: 2.9% B: 48.6% MB: 48.6%	B: 25.9% MB: 74.1%	B: 3.7% MB: 96.3%	B: 11.1% MB: 88.9%	B: 11.1% MB: 88.9%	B: 7.4% MB: 92.6%
Atividades propostas	S: 5.7% B: 25.7% MB: 68.6%	B: 3.7% MB: 96.3%	S: 7.4% B: 55.6% MB: 37.0%	B: 22.2% MB: 77.8%	B: 11.1% MB: 88.9%	B: 18.5% MB: 81.5%
Materiais didáticos	S: 8.6% B: 34.3% MB: 57.1%	B: 3.7% MB: 96.3%	B: 22.2% MB: 77.8%	B: 25.9% MB: 74.1%	B: 7.4% MB: 92.6%	B: 7.4% MB: 92.6%
Estruturação da sessão	S: 2.9% B: 34.3% MB: 62.9%	MB: 100%	S: 7.4% B: 33.3% MB: 59.3%	S: 3.7% B: 22.2% MB: 74.1%	B: 3.7% MB: 96.3%	MB: 100%
Duração da sessão	S: 8.6% B: 48.6% MB: 42.9%	B: 18.5% MB: 81.5%	S: 7.4% B: 18.5% MB: 74.1%	S: 7.4% B: 22.2% MB: 70.4%	B: 22.2% MB: 77.8%	B: 29.6% MB: 70.4%
Condições de acolhimento	S: 2.9% B: 77.1% MB: 20.0%	B: 40.7% MB: 59.3%	B: 40.7% MB: 59.3%	B: 48.1% MB: 51.9%	B: 33.3% MB: 66.7%	B: 33.3% MB: 66.7%
Prestação do implementador	B: 48.6% MB: 51.4%	MB: 100%	B: 11.1% MB: 88.9%	MB: 100%	MB: 100%	MB: 100%
Interação do implementador	B: 34.3% MB: 65.7%	MB: 100%	B: 22.2% MB: 77.8%	B: 11.1% MB: 88.9%	B: 3.7% MB: 96.3%	MB: 100%
Interação intragrupal	S: 5.7% B: 54.3% MB: 40.0%	B: 14.8% MB: 85.2%	B: 29.6% MB: 70.4%	B: 22.2% MB: 77.8%	S: 3.7% B: 7.4% MB: 88.9%	B: 11.1% MB: 88.9%
Participação do grupo	S: 2.9% B: 68.6% MB: 28.6%	MB: 100%	B: 29.6% MB: 70.4%	MB: 100%	B: 3.7% MB: 96.3%	MB: 100%
Participação individual	S: 25.7% B: 40.0% MB: 34.3%	S: 11.1% B: 18.5% MB: 70.4%	S: 7.4% B: 40.7% MB: 51.9%	S: 7.4% B: 33.3% MB: 59.3%	S: 3.7% B: 25.9% MB: 70.4%	B: 22.2% MB: 77.8%
Cumprimento das expectativas	S: 8.6% B: 54.3% MB: 37.1%	B: 29.6% MB: 70.4%	S: 7.4% B: 37.0% MB: 55.6%	B: 33.3% MB: 66.7%	B: 18.5% MB: 81.5%	B: 25.9% MB: 74.1%

Nota. $n_{(\text{grupo A})} = 35$ e $n_{(\text{grupo B})} = 27$. Ainda que a escala de avaliação de resposta tivesse cinco opções (*Muito insuficiente* a *Muito bom*), na tabela figuram apenas os níveis utilizados pelos respondentes. S = *Suficiente*, B = *Bom*, MB = *Muito bom*.

As respostas dos participantes¹²⁹ às questões do tipo fechado dos questionários de avaliação das sessões podem ser consultadas na tabela 5.1.

Na apreciação geral das sessões, a quase totalidade dos participantes (94.3% a 100%) optou pelos níveis *bom* ou *muito bom* e não houve registo de uma classificação abaixo de *suficiente*. A quarta sessão e a sessão única foram as que reuniram, respetivamente, a melhor e a pior apreciação geral.

A prestação da implementadora, bem como a sua interação com o grupo, e o envolvimento do grupo nas atividades das sessões obtiveram, com maior regularidade, a classificação máxima. Ao contrário, a participação individual nas atividades e a duração das sessões integram os aspetos que, com maior regularidade e expressividade, agradaram menos aos participantes, ainda que nenhum tivesse atribuído uma classificação negativa.

Relativamente às observações, críticas ou sugestões dos respondentes importa assinalar que esta questão do tipo aberto foi invariavelmente respondida por um grupo minoritário de participantes (14.8% a 33.3%), tendo recolhido um número maior de respondentes na primeira ($n = 9$, 33.3%) e na terceira ($n = 8$, 29.6%) sessões da condição experimental B. A análise das respostas permitiu destacar o seguinte:

- As observações visaram sobretudo o conhecimento veiculado nas sessões (e.g. “Os conteúdos são muito pertinentes nos dias de hoje.”) e as suas atividades (e.g. “Nunca pensei que a atividade de apresentação fosse tão divertida!”), tendo sido feitas com o objetivo de expressar satisfação ou admiração;
- O horário das sessões (e.g. “O horário da sessão coincide com um período do dia de cansaço e fome.”) e as dificuldades associadas ao trabalho em equipa (e.g. “Como o meu grupo não é muito homogéneo nos gostos/interesses, as discussões tornam-se pouco produtivas.”) foram os principais alvos das críticas dos respondentes;
- Das sugestões deixadas, algo dispersas relativamente ao conteúdo, sobressaíram as que incidiram sobre a mudança do horário das sessões (e.g. “(...) horário não tão tardio beneficiaria a participação, pois a falta de energia foi o nosso maior inimigo.”), a remoção dos trabalhos de casa (e.g., “Consigno perceber a lógica dos TPC, mas se houvesse uma forma de não os fazer sem perder os benefícios,

¹²⁹ As características sociodemográficas e académicas dos participantes que responderam aos questionários encontram-se organizadas nas tabelas 5.2 e 5.3.

preferia...”) e a possibilidade de convidar, para participar no programa T(+)*S*, representantes de infraestruturas/entidades ligadas ao exercício físico e ao desporto (e.g. “Convidar representantes das seções de desporto da AAC.”). Houve ainda quem mencionasse o prolongamento do programa de intervenção, de modo a garantir o apoio em fases posteriores da mudança comportamental (e.g. “(...) seria importante dar continuidade às sessões, uma vez que iniciar uma atividade (...) ou não desistir dela requer tipos de ajuda diferentes.”).

O diagrama apresentado anteriormente (ilustração 5.6) permite perceber que o programa T(+)*S* alcançou o recrutamento desejado (recordem-se os limites estabelecidos – 15 a 30 membros por grupo – e o contingente conseguido: 62 alunos submetidos à intervenção) havendo, conforme mencionado anteriormente, um elevado número de candidatos a manifestar interesse e disponibilidade para participar no programa e, por conseguinte, um reajustamento na dimensão do grupo da condição experimental A. Além disso, não houve registo de desistências, obtendo-se uma taxa de retenção de 100%.

3.4. Resultados da componente avaliativa *product*

A apresentação dos resultados desta componente avaliativa, por ser relativamente extensa, encontra-se dividida em quatro partes.

Na primeira parte descrevem-se os resultados da análise da equivalência (da composição) dos grupos em comparação, que se esperavam abonatórios da homogeneidade dos grupos relativamente às características sociodemográficas e escolares/académicas.

Em seguida expõem-se as mudanças ocasionadas pela intervenção (eficácia da intervenção), ou seja, os resultados que procuraram responder às **hipóteses de investigação**:

H1_(a): Há diferenças estatisticamente significativas nos determinantes sociocognitivos da intenção (viz., perceção de risco, expetativas de resultado e autoeficácia de tarefa) e na intenção (viz., intenção de praticar exercício físico), entre os sujeitos do grupo experimental A e do grupo controlo, somente depois da intervenção (momentos pós-intervenção e seguimento).

Ou: Há diferenças estatisticamente significativas nos determinantes sociocognitivos da intenção (viz., percepção de risco, expectativas de resultado e autoeficácia de tarefa) e na intenção (intenção de praticar exercício físico) somente/sobretudo do grupo experimental A, entre os momentos pré-intervenção e pós-intervenção, que se mantêm no momento seguimento de 3 meses.

H1_(b): Há diferenças estatisticamente significativas nos determinantes sociocognitivos da prática de exercício físico (viz., intenção, planeamento da ação, planeamento do *coping* e autoeficácia de manutenção), entre os sujeitos do grupo experimental B e do grupo controlo, somente depois da intervenção (momentos pós-intervenção e seguimento).

Ou: Há diferenças estatisticamente significativas nos determinantes sociocognitivos da prática de exercício físico (viz., intenção, planeamento da ação, planeamento do *coping* e autoeficácia de manutenção) somente/sobretudo do grupo experimental B, entre os momentos pré-intervenção e pós-intervenção, que se mantêm no momento seguimento de 3 meses.

H2: Há diferenças estatisticamente significativas na prática de atividades físicas (viz., CAS frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas) entre os sujeitos do grupo experimental (A/B) e do grupo controlo (respetivo) no último momento de avaliação (seguimento de 3 meses), que não estão presentes antes da intervenção.

Ou: Há diferenças estatisticamente significativas na prática de atividades físicas (viz., CAS frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas) somente/sobretudo dos grupos experimentais A/B, entre os momentos pré-intervenção e seguimento de 3 meses.

A bem da eficácia da intervenção, esperava-se a observação de mudanças a curto (nos determinantes sociocognitivos) e a médio (na prática de exercício físico) prazo apenas/principalmente nos grupos experimentais e a estabilidade das mesmas ao longo do tempo.

Adicionalmente apresentam-se as associações entre as variáveis manipuladas e a intenção de praticar exercício físico (do grupo A, no momento pós-intervenção), bem como entre aquelas e o CAS frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas (dos grupos A e B, no momento seguimento).

Numa terceira parte, enunciam-se as mudanças ocorridas, para lá dos limites estabelecidos na própria intervenção (impacto da intervenção), isto é, os resultados que procuraram responder às **hipóteses de investigação**:

H3: Há diferenças estatisticamente significativas no estilo de vida (viz., ICEV) e nas variáveis de saúde (viz., estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso académico (viz., qualidade das vivências académicas adaptativas) entre os sujeitos do grupo experimental (A/B) e do grupo controlo (respetivo), no último momento de avaliação (seguimento de 3 meses), que não estão presentes antes da intervenção.

Ou: Há diferenças estatisticamente significativas no estilo de vida (viz., ICEV) e nas variáveis de saúde (viz., estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso académico (viz., qualidade das vivências académicas adaptativas) somente/sobretudo dos grupos experimentais A/B, entre os momentos pré-intervenção e seguimento de 3 meses.

A bem do impacto da intervenção, esperava-se a observação de mudanças no estilo de vida e em algumas variáveis de saúde e de sucesso académico apenas/principalmente nos grupos experimentais, algum tempo depois da intervenção.

Adicionalmente apresentam-se as mudanças introduzidas pelo programa de intervenção (momento pós-intervenção) segundo a perceção dos participantes submetidos ao mesmo (dos grupos A e B).

Por último, mencionam-se os resultados da apreciação da sustentabilidade dos ganhos e mecanismos e da *transferibilidade* dos mecanismos da intervenção.

3.4.1. Equivalência dos grupos

As características sociodemográficas e escolares/académicas da amostra ($N = 124$), segundo o grupo de investigação de pertença, encontram-se resumidas nas tabelas 5.2 e 5.3. Os grupos experimental A ($n = 35$), experimental B ($n = 27$) e controlo ($n = 32 + 30$) corresponderam a 28.2%, 21.8% e 50.0% da amostra total, respetivamente.

A amostra total integrou primeiranistas, predominantemente, do género feminino ($n = 114$, 91.9%) e com idades compreendidas entre os 17 e os 22 anos (valor médio situou-se nos 18.3 ± 0.9 anos). A totalidade dos estudantes era solteira ($n = 124$, 100%) e a

maioria tinha nacionalidade portuguesa ($n = 122$, 98.4%) e era proveniente do Centro ($n = 70$, 56.9%), ainda que outras nacionalidades (da CPLP: $n = 1$, 0.8%; e da Europa: $n = 1$, 0.8%) e proveniências (Norte: $n = 39$, 31.7%; Alentejo: $n = 6$, 4.9%; RA Açores: $n = 4$, 3.3%; RA Madeira: $n = 2$, 1.6%; Lisboa: $n = 1$, 0.8%; e Algarve: $n = 1$, 0.8%) estivessem representadas.

Boa parte da amostra pertencia ao nível socioeconómico baixo ($n = 60$, 48.4%) ou médio ($n = 51$, 41.1%) – o nível elevado foi o menos frequente dos três ($n = 13$, 10.5%) – e dependia sobretudo das fontes de rendimento dos pais ($n = 121$, 97.6%), podendo o financiamento de alguns destes alunos resultar ainda (exclusiva ou simultaneamente) de bolsa/empréstimo ($n = 11$, 8.9%) e de um trabalho a tempo parcial ($n = 8$, 6.5%).

Tabela 5.2. Características sociodemográficas da amostra por grupo de investigação.

Variáveis sociodemográficas	Non-intenders ($n = 67$)				Intenders ($n = 57$)			
	Grupo A ($n = 35$)	Controlo ($n = 32$)	χ^2 (<i>gl</i>)	ϕ	Grupo B ($n = 27$)	Controlo ($n = 30$)	χ^2 (<i>gl</i>)	ϕ
	% (<i>f_o</i>)	% (<i>f_o</i>)			% (<i>f_o</i>)	% (<i>f_o</i>)		
Género								
Feminino	91.4 (32)	96.9 (31)	0.18 ^a	.12	88.9 (24)	90.0 (27)	0.00 ^a	.02
Masculino	8.6 (3)	3.1 (1)	(1)		11.1 (3)	10.0 (3)	(1)	
Estado Civil								
Solteiro	100 (35)	100 (32)	-	-	100 (27)	100 (30)	-	-
Nacionalidade								
Portuguesa	97.1 (34)	96.9 (31)	0.00 ^a	< .01	100 (27)	100 (30)	-	-
Outra ^b	2.9 (1)	3.1 (1)	(1)		0.0 (0)	0.0 (0)		
Proveniência (NUTS II)								
Centro	57.1 (20)	59.4 (19)	0.27 (2)	.06	59.3 (16)	50.0 (15)	0.50 (2)	.09
Norte	37.1 (13)	37.5 (12)			22.2 (6)	26.7 (8)		
Outra ^c	5.7 (2)	3.1 (1)			18.5 (5)	23.3 (7)		
NSE								
Baixo	48.6 (17)	53.1 (17)	0.57 (2)	.09	40.7 (11)	50.0 (15)	0.77 (2)	.12
Médio	40.0 (14)	40.6 (13)			48.1 (13)	36.7 (11)		
Elevado	11.4 (4)	6.2 (2)			11.1 (3)	13.3 (4)		
Dependência financeira								
Pais (total)	82.5 (33)	86.5 (32)	0.23 (1)	.06	84.4 (27)	93.5 (29)	0.57 ^a (1)	.15
Outra ^d (total)	17.5 (7)	13.5 (5)			15.6 (5)	6.5 (2)		
	Grupo A ($n = 35$)	Controlo ($n = 32$)	$t_{(65)}$	d	Grupo B ($n = 27$)	Controlo ($n = 30$)	$t_{(45.45)}$	d
	$M \pm DP$	$M \pm DP$			$M \pm DP$	$M \pm DP$		
Idade	18.2 ± .7	18.4 ± .8	-1.53	.38	18.2 ± .7	18.5 ± 1.3	-1.26	.33

Nota. $N = 124$. NUTS II = Nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos (nível II).

^aValor corrigido do χ^2 (correção de continuidade de Yates). ^bCategoria resultante do reagrupamento das categorias: CPLP e Europa. ^cCategoria resultante do reagrupamento das categorias: Lisboa, Alentejo, Algarve, RA Madeira e RA Açores. ^dCategoria resultante do reagrupamento das categorias: Bolsa/empréstimo e Trabalho (*part-time*).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

De um modo geral, a caracterização anterior estende-se a cada um dos grupos de investigação, salvo ao grupo experimental B no que diz respeito à variável nível socioeconómico (neste grupo, a categoria mais frequente era o nível médio) e aos sujeitos inicialmente classificados de *intenders* no que concerne à nacionalidade (no grupo experimental B e no seu grupo controlo não havia outra nacionalidade além da portuguesa). No entanto, como indica a tabela 5.2, não foram encontradas evidências de distribuições desiguais, relativamente às características sociodemográficas escrutinadas, entre os grupos em comparação (experimental A vs. controlo e experimental B vs. controlo).

Quanto às características escolares/académicas da amostra total, a totalidade dos alunos ($n = 124$, 100%) estava matriculada pela primeira vez no ensino superior, num dos três cursos da FPCEUC (Psicologia: $n = 75$, 60.5%; Ciências da Educação: $n = 34$, 27.4%; e Serviço Social: $n = 15$, 12.1%), e apresentava uma nota de entrada (transformada) variável entre os 60.0 e os 88.0 pontos (o valor médio estabeleceu-se nos 76.2 ± 6.2 pontos). A maioria ingressou na primeira opção de candidatura ($n = 79$, 63.7%) e mudou o seu local de residência ($n = 99$, 79.8%), deslocando-se à residência original com uma frequência sobretudo semanal ($n = 78$, 62.9%) – as modalidades quinzenal ($n = 12$, 9.7%), nos períodos de férias ($n = 7$, 5.6%) e mensal ($n = 2$, 1.6%) registaram um número mais baixo de observações. Apenas uma minoria dos primeiranistas desta amostra ($n = 28$, 22.6%) participava numa atividade extracurricular – de natureza religiosa ($n = 10$, 8.1%), cultural ($n = 4$, 3.2%), de solidariedade social ($n = 3$, 2.4%), desportiva ($n = 1$, 0.8%) ou recreativa ($n = 1$, 0.8%) – ou em várias atividades simultaneamente ($n = 9$, 7.3%), de modo frequente ($n = 17$, 13.7%), moderado ($n = 10$, 8.1%) ou escasso ($n = 1$, 0.8%).

A caracterização anterior aplica-se, grosso modo, aos quatro grupos de investigação, exceto ao nível de três variáveis escolares/académicas (ver tabela 5.3). De acordo com os valores de probabilidade de significância associada aos testes, os grupos experimentais diferiam de forma estatisticamente significativa dos respetivos controlos somente nas variáveis curso de pertença (*non-intenders*: $\chi^2_{(2)} = 59.28$, $p < .001$, $\phi = .94$; *intenders*: $\chi^2_{(2)} = 21.80$, $p < .001$, $\phi = .62$), prioridade de escolha do curso (*non-intenders*: $\chi^2_{(1)} = 14.31$, $p < .001$, $\phi = .46$; *intenders*: $\chi^2_{(1)} = 12.32$, $p < .001$, $\phi = .47$) e nota de ingresso (*non-intenders*: $t_{(62)} = 8.49$, $p < .001$, $d = 2.12$; *intenders*: $t_{(47.96)} = 4.65$, $p < .001$, $d = 1.26$). Observando os dados descritivos da tabela 5.3 percebe-se que os grupos experimentais

integravam alunos quase exclusivamente do curso de Psicologia que, na grande maioria, tinham conseguido ingressar na primeira opção de candidatura e registavam notas de acesso mais elevadas. De modo diferente, os grupos de controlo apresentavam proporções superiores de alunos dos cursos de Ciências da Educação e de Serviço Social e de ingressos que não correspondiam à primeira opção do candidato, bem como notas de acesso, em média, mais baixas. Estas desigualdades foram devidamente consideradas nas análises de dados posteriores e na interpretação dos resultados.

Tabela 5.3. Características escolares/académicas da amostra por grupo de investigação.

Variáveis escolares/académicas	<i>Non-intenders</i> (n = 67)				<i>Intenders</i> (n = 57)			
	Grupo A (n = 35)	Controlo (n = 32)	χ^2 (gl)	ϕ	Grupo B (n = 27)	Controlo (n = 30)	χ^2 (gl)	ϕ
	% (f _o)	% (f _o)			% (f _o)	% (f _o)		
Primeira matrícula								
Sim (caloiro)	100 (35)	100 (32)	-	-	100 (27)	100 (30)	-	-
Curso de pertença			59.28*** (2)	.94			21.80*** (2)	.62
MI Psicologia	97.1 (34)	3.1 (1)			100 (27)	43.3 (13)		
Ciências da Educação	2.9 (1)	65.6 (21)			0.0 (0)	40.0 (12)		
Serviço Social	0.0 (0)	31.2 (10)			0.0 (0)	16.7 (5)		
Prioridade curso			14.31*** (1)	.46			12.32*** (1)	.47
Primeira opção	80.0 (28)	34.4 (11)			92.6 (25)	50.0 (15)		
Outras opções	20.0 (7)	65.6 (21)			7.4 (2)	50.0 (15)		
Mudança residência			0.22 (1)	.06			0.01 (1)	.01
Sim (deslocado)	80.0 (28)	84.4 (27)			77.8 (21)	76.7 (23)		
Não (não deslocado)	20.0 (7)	15.6 (5)			22.2 (6)	23.3 (7)		
Deslocação residência			4.36 (2)	.26			0.77 (2)	.12
Diariamente (n_desloc.)	20.0 (7)	15.6 (5)			22.2 (6)	23.3 (7)		
Semanalmente	57.1 (20)	78.1 (25)			63.0 (17)	53.3 (16)		
Outra ^a	22.9 (8)	6.2 (2)			14.8 (4)	23.3 (7)		
Ativ. extracurriculares			3.29 (1)	.22			1.28 (1)	.15
Sem atividades	91.4 (32)	75.0 (24)			63.0 (17)	76.7 (23)		
Com atividades ^b	8.6 (3)	25.0 (8)			37.0 (10)	23.3 (7)		
	Grupo A (n = 33)	Controlo (n = 31)	<i>t</i> ₍₆₂₎	<i>d</i>	Grupo B (n = 24)	Controlo (n = 29)	<i>t</i> _(47.96)	<i>d</i>
	<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>M</i> ± <i>DP</i>			<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>M</i> ± <i>DP</i>		
Nota de ingresso	79.5 ± 4.0	70.9 ± 4.0	8.49***	2.12	81.0 ± 4.1	74.2 ± 6.5	4.65***	1.26

Nota. N = 124. MI = Mestrado integrado

^a Categoria resultante do reagrupamento das categorias: Quinzenalmente, Mensalmente e Períodos de férias.

^b Categoria resultante do reagrupamento das categorias: Religiosa, Cultural, Solidariedade social, Desportiva, Recreativa e Múltiplas atividades extracurriculares.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.4.2. Eficácia da intervenção

A apreciação da eficácia da intervenção começou com a **análise das mudanças a curto prazo** (e da sua estabilidade ao fim de um período de 3 meses). A tabela 5.4 contém os dados descritivos atinentes à expressão dos **determinantes sociocognitivos da intenção** (viz., perceção de risco, expetativas de resultado e crenças de autoeficácia de tarefa) e da **intenção** de praticar exercício físico, de cada um dos grupos em comparação (grupo experimental A vs. grupo controlo), nos três momentos de avaliação (pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento de 3 meses).

Tabela 5.4. Dados descritivos dos determinantes sociocognitivos da intenção e da intenção de praticar exercício físico do grupo experimental A e do grupo controlo nos três momentos.

Variáveis dependentes	Grupo (fator inter-sujeitos)	Tempo (fator intra-sujeitos)		
		T1 (Pré-intervenção)	T2 (Pós-intervenção)	T3 (Seguimento)
		<i>M ± DP (n)</i>	<i>M ± DP (n)</i>	<i>M ± DP (n)</i>
Perceção de risco	Grupo A	55.4 ± 20.3 (35)	68.7 ± 17.8 (35)	63.8 ± 16.4 (35)
	Controlo	54.9 ± 26.0 (32)	58.3 ± 20.6 (32)	65.1 ± 20.9 (32)
	Total _{non-intenders}	55.1 ± 23.0 (67)	63.8 ± 19.8 (67)	64.4 ± 18.6 (67)
Expetativas de resultado	Grupo A	70.8 ± 18.3 (35)	82.9 ± 13.0 (35)	76.2 ± 12.1 (35)
	Controlo	72.6 ± 16.2 (32)	75.7 ± 15.1 (32)	79.5 ± 13.9 (32)
	Total _{non-intenders}	71.6 ± 17.2 (67)	79.4 ± 14.4 (67)	77.8 ± 13.0 (67)
Autoeficácia de tarefa	Grupo A	47.1 ± 12.6 (34)	60.3 ± 18.4 (34)	54.9 ± 17.7 (34)
	Controlo	47.9 ± 15.7 (32)	49.0 ± 21.1 (32)	52.6 ± 15.3 (32)
	Total _{non-intenders}	47.5 ± 14.1 (66)	54.8 ± 20.4 (66)	53.8 ± 16.5 (66)
Intenção	Grupo A	28.6 ± 12.0 (35)	46.9 ± 22.1 (35)	41.4 ± 25.4 (35)
	Controlo	24.7 ± 13.5 (32)	33.9 ± 18.0 (32)	41.9 ± 21.3 (32)
	Total _{non-intenders}	26.7 ± 12.8 (67)	40.7 ± 21.1 (67)	41.7 ± 23.3 (67)

Da leitura inicial destes dados sobressaíam os seguintes factos: (1) os alunos da amostra total obtiveram, de um modo geral, pontuações médias mais elevadas na variável expetativas de resultado e pontuações médias mais baixas na variável intenção; (2) os resultados médios dos dois grupos em comparação, nas quatro variáveis dependentes, pareciam ter-se afastado principalmente no momento pós-intervenção (a favor do grupo intervencionado); (3) as pontuações médias do grupo experimental, para as mesmas variáveis dependentes, davam mostras de ter aumentado do primeiro para o segundo momento de avaliação e diminuído ligeiramente no último momento, enquanto as pontuações médias do grupo controlo pareciam ter aumentado (de forma mais ligeira nos determinantes da intenção e de modo mais acentuado na intenção) ao longo do tempo.

Tabela 5.5. Resultados das ANOVAs 2x3 (VD's: determinantes sociocognitivos da intenção e intenção de praticar exercício físico).

Fatores	Variáveis dependentes	F (gl_1, gl_2)	p	η_p^2
Tempo	Perceção de risco	10.79 (1.71, 110.87)	< .001 ^a	.14
	Expetativas de resultado	11.28 (1.72, 111.77)	< .001 ^a	.15
	Autoeficácia de tarefa	4.71 (2, 128)	.011	.07
	Intenção	18.38 (2, 130)	< .001	.22
Grupo	Perceção de risco	0.56 (1, 65)	.458	< .01
	Expetativas de resultado	0.05 (1, 65)	.823	< .01
	Autoeficácia de tarefa	2.03 (1, 64)	.159	.03
	Intenção	2.41 (1, 65)	.126	.04
Interação entre fatores	Perceção de risco	4.04 (1.71, 110.87)	.026 ^a	.06
	Expetativas de resultado	5.55 (1.72, 111.77)	.007 ^a	.08
	Autoeficácia de tarefa	3.11 (2, 128)	.048	.05
	Intenção	3.18 (2, 130)	.045	.05

Nota. $n_{(non-intenders)} = 67$, exceto na análise da autoeficácia de tarefa (excluído um valor aberrante).

^aMedida da correção de esfericidade: épsilon de Huynh-Feldt.

A análise inferencial univariada (tabela 5.5) revelou efeitos principais estatisticamente significativos apenas para o fator tempo em todas as variáveis dependentes (perceção de risco: $F_{(1.71, 110.87)} = 10.79$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .14$; expetativas de resultado: $F_{(1.72, 111.77)} = 11.28$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .15$; crenças de autoeficácia de tarefa: $F_{(2, 128)} = 4.71$, $p = .011$, $\eta_p^2 = .07$; intenção: $F_{(2, 130)} = 18.38$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .22$) e efeitos estatisticamente significativos de interação entre o tempo e o grupo nas mesmas variáveis (perceção de risco: $F_{(1.71, 110.87)} = 4.04$, $p = .026$, $\eta_p^2 = .06$; expetativas de resultado: $F_{(1.72, 111.77)} = 5.55$, $p = .007$, $\eta_p^2 = .08$; crenças de autoeficácia de tarefa: $F_{(2, 128)} = 3.11$, $p = .048$, $\eta_p^2 = .05$; intenção: $F_{(2, 130)} = 3.18$, $p = .045$, $\eta_p^2 = .05$). A interpretação destas interações (impeditivas da interpretação linear dos efeitos principais nas variáveis dependentes afetadas) foi auxiliada pela representação gráfica do efeito conjunto dos fatores (ilustração 5.7).

Os resultados da análise *post hoc* confirmaram a maioria dos factos avançados na leitura dos dados descritivos.

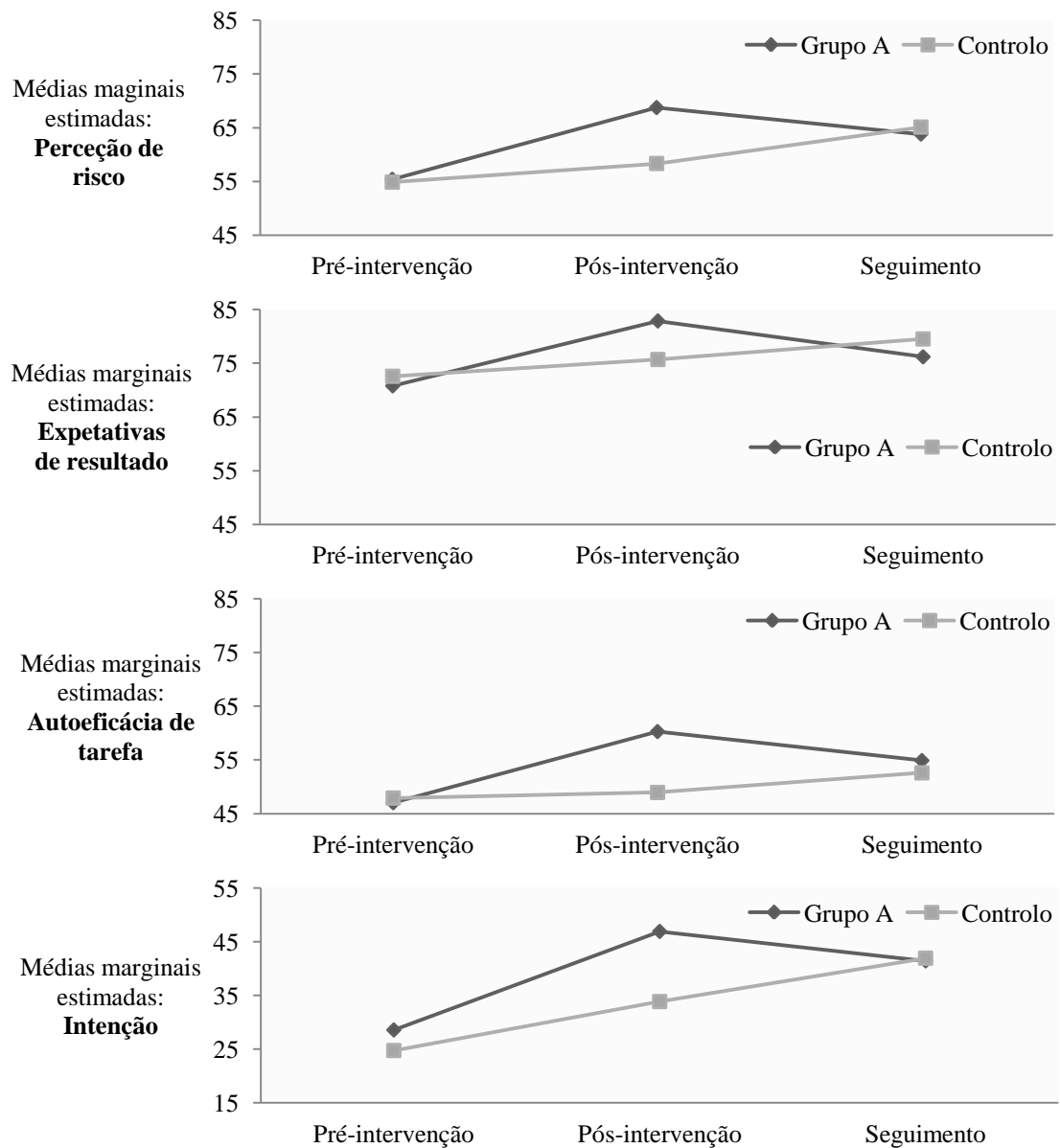


Ilustração 5.7. Representação gráfica da evolução da expressão dos determinantes sociocognitivos da intenção e da intenção de praticar exercício físico em cada um dos grupos de *non-intenders*. As variáveis dependentes foram medidas numa escala com um mínimo de 0 (pontos) e um máximo de 100 (pontos).

No que diz respeito à **percepção de risco**, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos nos momentos pré-intervenção ($p = .925$, $d = 0.02$) e seguimento de 3 meses ($p = .778$, $d = 0.07$), tendo o grupo experimental A registado resultados médios significativamente superiores aos do grupo controlo imediatamente após a intervenção ($p = .030$, $d = 0.54$). No grupo experimental A, as médias dos momentos pós-intervenção ($p = .001$, $d = 0.70$) e seguimento ($p = .026$, $d = 0.54$) foram significativamente superiores à média do primeiro tempo, não se verificando uma

diferença estatisticamente significativa entre o terceiro par de médias comparadas (pós-intervenção e seguimento: $p = .115$, $d = 0.40$). Já no grupo controle, a média do último tempo foi significativamente superior às médias dos momentos pré-intervenção ($p = .008$, $d = 0.50$) e pós-intervenção ($p = .021$, $d = 0.44$), não se registrando qualquer diferença estatisticamente significativa entre as médias destes dois momentos ($p > .999$, $d = 0.15$).

Relativamente às **expetativas de resultado**, repetiu-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos nos momentos pré-intervenção ($p = .677$, $d = 0.10$) e seguimento de 3 meses ($p = .299$, $d = 0.26$), bem como a superioridade estatisticamente significativa do resultado médio do grupo experimental A, quando comparado com o do grupo controle, imediatamente após a intervenção ($p = .041$, $d = 0.51$). Nos estudantes da condição experimental A, a média do momento pós-intervenção foi significativamente superior às médias do primeiro ($p < .001$, $d = 0.73$) e último ($p = .001$, $d = 0.58$) tempos, não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre o terceiro par de médias comparadas (pré-intervenção e seguimento: $p = .154$, $d = 0.29$). Do outro lado, no grupo controle, nenhuma das comparações entre pares de médias evidenciou diferenças estatisticamente significativas (pré-intervenção e pós-intervenção: $p = .685$, $d = 0.29$; pré-intervenção e seguimento: $p = .052$, $d = 0.61$; pós-intervenção e seguimento: $p = .129$, $d = 0.42$).

Quanto às **crenças de autoeficácia de tarefa**, mais uma vez, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos nos momentos pré-intervenção ($p = .807$, $d = 0.06$) e seguimento de 3 meses ($p = .575$, $d = 0.14$), tendo o grupo experimental A alcançado resultados médios significativamente superiores aos do grupo controle imediatamente após a intervenção ($p = .023$, $d = 0.57$). No grupo intervencionado, apenas a média do momento pós-intervenção foi significativamente superior à média do primeiro tempo ($p = .002$, $d = 0.73$) – das comparações restantes resultaram diferenças não estatisticamente significativas (pré-intervenção e seguimento: $p = .098$, $d = 0.37$; pós-intervenção e seguimento: $p = .331$, $d = 0.25$). No grupo controle, repetiu-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os pares de médias em comparação (pré-intervenção e pós-intervenção: $p > .999$, $d = 0.04$; pré-intervenção e seguimento: $p = .629$, $d = 0.23$; pós-intervenção e seguimento: $p = .877$, $d = 0.22$).

Finalmente, para a variável **intenção**, o cenário não foi muito diferente, compreendendo a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos

dois grupos nos momentos pré-intervenção ($p = .233$, $d = 0.30$) e seguimento de 3 meses ($p = .931$, $d = 0.02$), assim como a superioridade estatisticamente significativa do resultado médio do grupo experimental A, quando comparado com o do grupo controlo, imediatamente após a intervenção ($p = .011$, $d = 0.65$). No grupo experimental A, as médias dos momentos pós-intervenção ($p < .001$, $d = 0.78$) e seguimento ($p = .006$, $d = 0.53$) foram significativamente superiores à média do primeiro tempo, não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre o terceiro par de médias comparadas (pós-intervenção e seguimento: $p = .442$, $d = 0.24$). Já no grupo não intervencionado, apenas a média do último tempo foi significativamente superior à média do momento pré-intervenção ($p < .001$, $d = 0.87$) – das comparações restantes resultaram diferenças não estatisticamente significativas (pré-intervenção e pós-intervenção: $p = .056$, $d = 0.55$; pós-intervenção e seguimento: $p = .128$, $d = 0.39$).

Os dados descritivos respeitantes à expressão dos **determinantes sociocognitivos da prática** de exercício físico (viz., intenção, planeamento da ação, planeamento do *coping* e crenças de autoeficácia de manutenção) de cada um dos grupos em comparação (grupo experimental B vs. grupo controlo), nos três momentos de avaliação (pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento de 3 meses), encontram-se resumidos na tabela 5.6.

Tabela 5.6. Dados descritivos dos determinantes sociocognitivos da prática de exercício físico do grupo experimental B e do grupo controlo nos três momentos.

Variáveis dependentes	Grupo (fator inter-sujeitos)	Tempo (fator intra-sujeitos)		
		T1 (Pré-intervenção)	T2 (Pós-intervenção)	T3 (Seguimento)
		$M \pm DP$ (n)	$M \pm DP$ (n)	$M \pm DP$ (n)
Intenção	Grupo B	75.3 ± 15.8 (27)	85.8 ± 17.4 (27)	74.1 ± 22.6 (27)
	Controlo	77.0 ± 16.2 (29)	69.8 ± 20.7 (29)	69.3 ± 18.1 (29)
	Total _{intenders}	76.2 ± 15.8 (56)	77.5 ± 20.7 (56)	71.6 ± 20.3 (56)
Planeamento da ação	Grupo B	63.6 ± 23.5 (27)	90.4 ± 11.9 (27)	85.5 ± 14.5 (27)
	Controlo	61.2 ± 23.1 (29)	59.8 ± 26.6 (29)	69.5 ± 19.7 (29)
	Total _{intenders}	62.4 ± 23.1 (56)	74.6 ± 25.8 (56)	77.2 ± 19.0 (56)
Planeamento do <i>coping</i>	Grupo B	42.8 ± 24.4 (27)	68.3 ± 15.3 (27)	58.4 ± 21.5 (27)
	Controlo	35.6 ± 26.8 (29)	33.3 ± 20.4 (29)	40.6 ± 25.6 (29)
	Total _{intenders}	39.1 ± 25.7 (56)	50.2 ± 25.2 (56)	49.2 ± 25.1 (56)
Autoeficácia de manutenção	Grupo B	60.5 ± 20.7 (27)	73.7 ± 21.4 (27)	68.7 ± 18.0 (27)
	Controlo	59.8 ± 17.7 (29)	58.2 ± 17.5 (29)	52.1 ± 14.9 (29)
	Total _{intenders}	60.1 ± 19.0 (56)	65.7 ± 20.8 (56)	60.1 ± 18.3 (56)

Numa primeira leitura, os dados descritivos pareciam apontar para os seguintes

factos: (1) o conjunto total de sujeitos obtivera, de um modo geral, pontuações médias mais elevadas na variável intenção e pontuações médias mais baixas na variável planeamento do *coping*; (2) os afastamentos aparentemente mais proeminentes entre os resultados médios dos dois grupos em comparação, nas quatro variáveis dependentes consideradas, tinham ocorrido nos momentos pós-intervenção e seguimento (a favor do grupo intervencionado); (3) as pontuações médias do grupo experimental tinham aumentado (de forma aparentemente mais acentuada para as variáveis do planeamento) do primeiro para o segundo momento de avaliação e diminuído (de forma aparentemente mais acentuada para as variáveis intenção e planeamento do *coping*) no último momento, enquanto as pontuações médias do grupo controlo se mantiveram relativamente estáveis (exceção para a variável intenção, que parecia ter diminuído) do primeiro para o segundo momento e variaram de modo diferente do segundo para o terceiro momento – variação positiva nas variáveis de planeamento, variação negativa na variável crenças de autoeficácia de manutenção e variação nula na variável intenção.

Tabela 5.7. Resultados das ANOVAs 2x3 (VD's: determinantes sociocognitivos da prática de exercício físico).

Fatores	Variáveis dependentes	<i>F</i> (<i>gl</i> , <i>g2</i>)	<i>p</i>	η_p^2
Tempo	Intenção	2.10 (2, 108)	.127	.04
	Planeamento da ação	14.31 (2, 108)	< .001	.21
	Planeamento do <i>coping</i>	6.88 (2, 108)	.002	.11
	Autoeficácia de manutenção	2.66 (2, 108)	.075	.05
Grupo	Intenção	3.40 (1, 54)	.071	.06
	Planeamento da ação	14.62 (1, 54)	< .001	.21
	Planeamento do <i>coping</i>	18.82 (1, 54)	< .001	.26
	Autoeficácia de manutenção	8.86 (1, 54)	.004	.14
Interação entre fatores	Intenção	4.14 (2, 108)	.018	.07
	Planeamento da ação	10.85 (2, 108)	< .001	.17
	Planeamento do <i>coping</i>	8.37 (2, 108)	< .001	.13
	Autoeficácia de manutenção	4.83 (2, 108)	.010	.08

Nota. $n_{(intenders)} = 56$.

A análise inferencial univariada (tabela 5.7) identificou não só efeitos isolados

estatisticamente significativos do fator tempo nas variáveis planeamento (planeamento da ação: $F_{(2, 108)} = 14.31, p < .001, \eta_p^2 = .21$; planeamento do *coping*: $F_{(2, 108)} = 6.88, p = .002, \eta_p^2 = .11$) e do fator grupo na maioria das variáveis dependentes (planeamento da ação: $F_{(1, 54)} = 14.62, p < .001, \eta_p^2 = .21$; planeamento do *coping*: $F_{(1, 54)} = 18.82, p < .001, \eta_p^2 = .26$; crenças de autoeficácia de manutenção: $F_{(1, 54)} = 8.86, p = .004, \eta_p^2 = .14$), como também efeitos de interação (entre os fatores anteriores) estatisticamente significativos em todas as variáveis dependentes (intenção: $F_{(2, 108)} = 4.14, p = .018, \eta_p^2 = .07$; planeamento da ação: $F_{(2, 108)} = 10.85, p < .001, \eta_p^2 = .17$; planeamento do *coping*: $F_{(2, 108)} = 8.37, p < .001, \eta_p^2 = .13$; crenças de autoeficácia de manutenção: $F_{(2, 108)} = 4.83, p = .010, \eta_p^2 = .08$). Recorreu-se novamente à representação gráfica do efeito conjunto dos fatores nas variáveis dependentes em análise, de modo a facilitar a interpretação das interações significativas (ilustração 5.8).

Com a ajuda dos testes de comparações múltiplas foi possível confirmar boa parte dos factos avançados na leitura dos dados descritivos.

Relativamente à **intenção**, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos nos momentos pré-intervenção ($p = .692, d = 0.11$) e seguimento de 3 meses ($p = .380, d = 0.24$), tendo o grupo experimental B registado resultados médios significativamente superiores aos do grupo controlo imediatamente após a intervenção ($p = .003, d = 0.84$). No grupo experimental B, apenas a média do momento pós-intervenção foi significativamente superior à média do último tempo ($p = .033, d = 0.64$), não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os outros pares de médias (pré-intervenção e pós-intervenção: $p = .066, d = 0.46$; pré-intervenção e seguimento: $p > .999, d = 0.05$). Já no grupo controlo, nenhuma das comparações entre pares de médias evidenciou diferenças estatisticamente significativas (pré-intervenção e pós-intervenção: $p = .299, d = 0.33$; pré-intervenção e seguimento: $p = .241, d = 0.40$; pós-intervenção e seguimento: $p > .999, d = 0.02$).

Quanto à primeira variável do planeamento (**planeamento da ação**), só não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos no momento pré-intervenção ($p = .704, d = 0.10$), tendo o grupo intervencionado obtido resultados médios significativamente superiores aos do grupo controlo nos dois tempos seguintes (pós-intervenção: $p < .001, d = 1.59$; seguimento: $p = .001, d = 0.93$). Nos estudantes da condição experimental B, as médias dos momentos pós-intervenção ($p < .001,$

$d = 1.43$) e seguimento de 3 meses ($p < .001$, $d = 0.95$) foram significativamente superiores às médias do primeiro tempo, não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre o terceiro par de médias comparadas (pós-intervenção e seguimento: $p = .681$, $d = 0.32$). No lado dos controlos, apenas a média do último tempo foi significativamente superior à média do momento pós-intervenção ($p = .046$, $d = 0.40$) – das comparações restantes resultaram diferenças não estatisticamente significativas (pré-intervenção e pós-intervenção: $p > .999$, $d = 0.06$; pré-intervenção e seguimento: $p = .240$, $d = 0.32$).

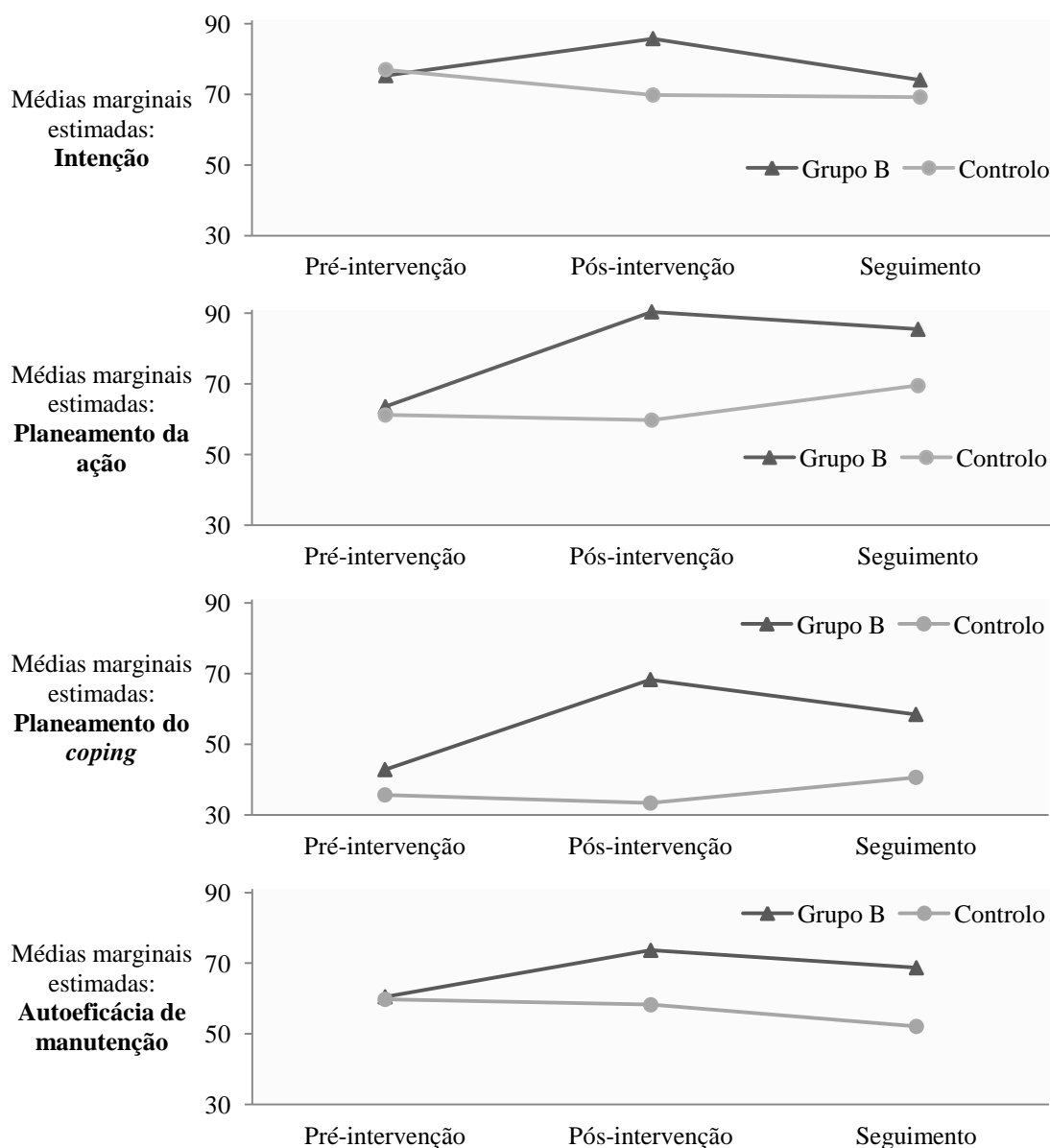


Ilustração 5.8. Representação gráfica da evolução da expressão dos determinantes sociocognitivos da prática de exercício físico em cada um dos grupos de *intenders*. As variáveis dependentes foram medidas numa escala com um mínimo de 0 (pontos) e um máximo de 100 (pontos).

Em relação ao **planeamento do coping**, o cenário não foi muito diferente, compreendendo a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos no momento pré-intervenção ($p = .301$, $d = 0.28$), bem como a superioridade estatisticamente significativa do resultado médio do grupo experimental B, quando comparado com o do grupo controlo, nos dois tempos seguintes (pós-intervenção: $p < .001$, $d = 1.96$; seguimento: $p = .007$, $d = 0.76$). No grupo submetido à intervenção, as médias dos momentos pós-intervenção ($p < .001$, $d = 0.94$) e seguimento de 3 meses ($p = .015$, $d = 0.52$) foram significativamente superiores às médias do primeiro tempo, facto que não se estendeu ao terceiro par de médias comparadas (pós-intervenção e seguimento: $p = .072$, $d = 0.45$). Mais uma vez, nenhuma das comparações entre os pares de médias do grupo controlo evidenciou diferenças estatisticamente significativas (pré-intervenção e pós-intervenção: $p > .999$, $d = 0.10$; pré-intervenção e seguimento: $p > .999$, $d = 0.19$; pós-intervenção e seguimento: $p = .244$, $d = 0.35$).

Por fim, no que diz respeito às **crenças de autoeficácia de manutenção**, repetiu-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos no momento pré-intervenção ($p = .889$, $d = 0.04$) e a superioridade estatisticamente significativa do resultado médio do grupo experimental B, quando comparado com o seu controlo, nos momentos pós-intervenção ($p = .005$, $d = 0.79$) e seguimento de 3 meses ($p < .001$, $d = 1.01$). Nos primeiranistas da condição experimental B, somente a média do momento pós-intervenção foi significativamente superior à média do primeiro tempo ($p = .005$, $d = 0.53$) – das outras duas comparações resultaram diferenças não estatisticamente significativas (pré-intervenção e seguimento: $p = .240$, $d = 0.33$; pós-intervenção e seguimento: $p = .531$, $d = 0.28$) – enquanto no grupo não intervencionado não houve indicação de pares de médias significativamente diferentes (pré-intervenção e pós-intervenção: $p > .999$, $d = 0.09$; pré-intervenção e seguimento: $p = .273$, $d = 0.33$; pós-intervenção e seguimento: $p = .252$, $d = 0.31$).

Prosseguiu-se com a apreciação da eficácia da intervenção, submetendo a escrutínio as mudanças a médio prazo. A tabela 5.8 mostra os dados descritivos relativos à **prática de atividades físicas** (viz., CAS frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas, medido em escalas diferentes e após transformação logarítmica) dos dois pares de grupos em comparação (experimentais A/B vs. controlos), nos três

momentos de avaliação (pré-intervenção, pós-intervenção¹³⁰ e seguimento de 3 meses). Alguns destes dados sugeriam que (1) o valor médio (original e, sobretudo, após transformação) de cada um dos quatros grupos tinha sofrido uma variação positiva ao longo do tempo, ainda que de modo mais evidente para o grupo experimental B, e que por esta razão (2) o par de médias (originais e após transformação) que, à primeira vista, mais se afastara ao longo do tempo (principalmente a partir do segundo momento) pertencia aos participantes inicialmente classificados de *intenders*. Percebeu-se ainda da sua leitura que, apesar da pontuação média (original) ter acusado algum nível de atividade física em todos os grupos nos três momentos considerados, somente a maioria dos primeiranistas do grupo experimental B (55.6%) alcançara os níveis recomendados na prática de atividades físicas (CAS⁺), no último momento de avaliação.

Tabela 5.8. Dados descritivos da prática de atividades físicas (medida em escalas diferentes, proporcional e nominal, e após transformação) de cada um dos quatro grupos nos três momentos de avaliação.

Variáveis dependentes	Grupo (fator inter-sujeitos)	Tempo (fator intra-sujeitos)		
		T1 (Pré-intervenção)	T2 (Pós-intervenção)	T3 (Seguimento)
		$M \pm DP$ (n) ou % (f _o)	$M \pm DP$ (n) ou % (f _o)	$M \pm DP$ (n) ou % (f _o)
Prática de atividades físicas (min/semana)	Grupo A	15.0 ± 25.1 (35)	23.6 ± 48.0 (35)	36.6 ± 37.0 (35)
	Controlo	14.2 ± 27.7 (32)	13.0 ± 21.1 (32)	30.9 ± 63.2 (32)
	Total _{non-intenders}	14.6 ± 26.1 (67)	18.5 ± 37.7 (67)	33.9 ± 50.9 (67)
	Grupo B	20.4 ± 30.4 (27)	95.4 ± 103.2 (27)	114.4 ± 91.3 (27)
	Controlo	29.1 ± 26.1 (29)	46.3 ± 49.7 (29)	59.7 ± 65.5 (29)
	Total _{intenders}	24.9 ± 28.3 (56)	70.0 ± 83.1 (56)	86.1 ± 83.0 (56)
Prática de atividades físicas	Grupo A	CAS ⁻ : 100 (35)	CAS ⁺ : 2.9 (1) CAS ⁻ : 97.1 (34)	CAS ⁺ : 11.4 (4) CAS ⁻ : 88.6 (31)
	Controlo	CAS ⁻ : 100 (32)	CAS ⁻ : 100 (32)	CAS ⁺ : 3.1 (1) CAS ⁻ : 96.9 (31)
	Grupo B	CAS ⁻ : 100 (27)	CAS ⁺ : 33.3 (9) CAS ⁻ : 66.7 (18)	CAS ⁺ : 55.6 (15) CAS ⁻ : 44.4 (12)
	Controlo	CAS ⁻ : 100 (30)	CAS ⁺ : 13.3 (4) CAS ⁻ : 86.7 (26)	CAS ⁺ : 20.0 (6) CAS ⁻ : 76.7 (23)
Log ₁₀ (prática de atividades físicas)	Grupo A	0.6 ± 0.8 (35)	0.8 ± 0.8 (35)	1.2 ± 0.7 (35)
	Controlo	0.5 ± 0.8 (32)	0.6 ± 0.7 (32)	1.0 ± 0.8 (32)
	Total _{non-intenders}	0.5 ± 0.8 (67)	0.7 ± 0.8 (67)	1.1 ± 0.8 (67)
	Grupo B	0.7 ± 0.8 (27)	1.4 ± 1.0 (27)	1.9 ± 0.4 (27)
	Controlo	1.1 ± 0.8 (29)	1.2 ± 0.8 (29)	1.5 ± 0.7 (29)
	Total _{intenders}	0.9 ± 0.8 (56)	1.3 ± 0.9 (56)	1.7 ± 0.6 (56)

¹³⁰ Ainda que se apresentem os dados descritivos para este momento de avaliação, os resultados das ANOVAs 2x2 exibidos dizem apenas respeito aos momentos pré-intervenção e seguimento (como sugerido pela hipótese H2).

Tabela 5.9. Resultados das ANOVAs 2x2 [VD: \log_{10} (prática de atividades físicas)] para os participantes *non-intenders* e *intenders*.

Fatores	<i>Non-intenders</i> (Grupo A vs. Controlo)			<i>Intenders</i> (Grupo B vs. Controlo)		
	$F_{(1,65)}$	p	η_p^2	$F_{(1,54)}$	p	η_p^2
Tempo	26.16	< .001	.29	35.10	< .001	.39
Grupo	0.97	.328	.02	0.04	.841	< .01
Interação entre fatores	0.65	.425	.01	11.02	.002	.17

Nota. $n_{(non-intenders)} = 67$ e $n_{(intenders)} = 56$.

Para os participantes inicialmente classificados de *non-intenders*, a análise inferencial univariada que se seguiu à transformação logarítmica dos dados (tabela 5.9) revelou apenas o efeito isolado estatisticamente significativo do fator tempo na log-transformada prática de atividades físicas ($F_{(1, 65)} = 26.16, p < .001, \eta_p^2 = .29$). Já para os primeiranistas inicialmente classificados de *intenders*, a mesma análise mostrou o efeito isolado estatisticamente significativo do fator tempo ($F_{(1, 54)} = 35.10, p < .001, \eta_p^2 = .39$) e o efeito estatisticamente significativo de interação entre o tempo e o grupo na variável dependente em consideração ($F_{(1, 54)} = 11.02, p = .002, \eta_p^2 = .17$). Na ilustração 5.9 pode observar-se a evolução dos quatro grupos de participantes relativamente à prática de atividades físicas (antes e após a transformação logarítmica dos dados desta variável), bem como a interação estatisticamente significativa encontrada.

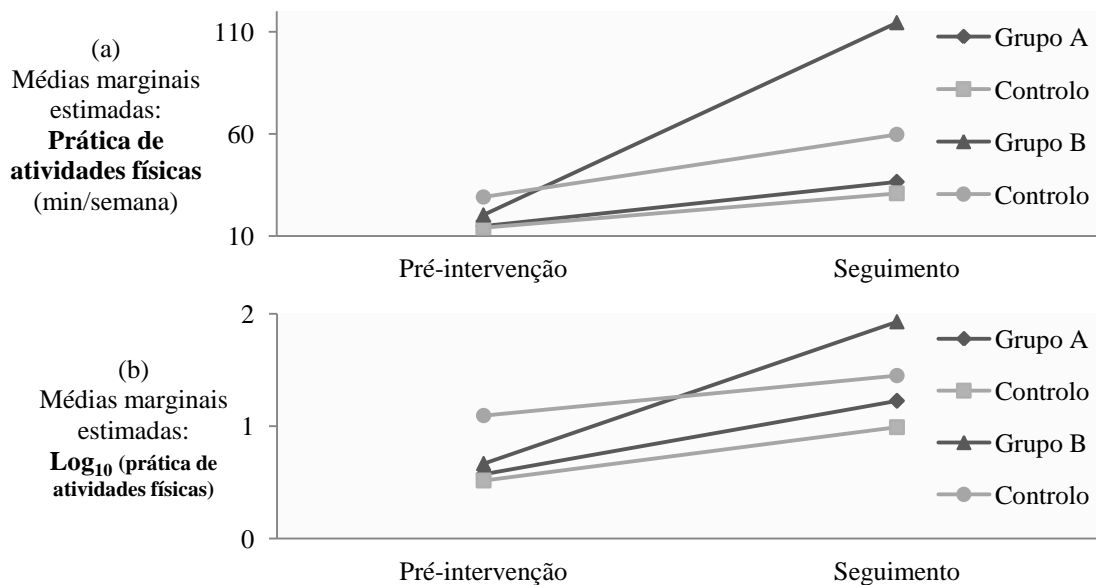


Ilustração 5.9. Representação gráfica da evolução da prática de atividades físicas, antes (a) e após a transformação logarítmica (b), nos quatro grupos.

A informação proveniente dos testes de comparações múltiplas que completaram esta

análise à log-transformada prática de atividades físicas permitiu confirmar que, no momento pré-intervenção, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos em comparação (*non-intenders*: $p = .758$, $d = 0.44$; *intenders*: $p = .052$, $d = 2.82$) e, no momento seguimento, apenas o grupo experimental B registou uma média significativamente superior à dos respetivos controlos (*non-intenders*: $p = .204$, $d = 1.82$; *intenders*: $p = .003$, $d = 4.36$). Nos grupos experimentais a média do momento seguimento foi significativamente superior à do primeiro tempo (*non-intenders*: $p < .001$, $d = 4.22$; *intenders*: $p < .001$, $d = 6.88$), enquanto que nos grupos não intervencionados somente a média dos controlos do grupo A, no último momento, foi significativamente superior à do primeiro tempo (*non-intenders*: $p = .004$, $d = 3.03$; *intenders*: $p = .066$, $d = 2.03$).

Tabela 5.10. Coeficientes de correlação entre as variáveis manipuladas com a intervenção e a intenção de praticar exercício físico, nos momentos pós-intervenção, ou a (log-transformada) prática de atividades físicas, no momento seguimento, do grupo experimental A.

Variáveis	Percepção de risco		Expetativas de resultado		Autoeficácia de tarefa		Intenção	
	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3
Intenção T2	.15	.04	.06	-.09	.64***	.41*	-	.54**
Log ₁₀ (prática de atividades físicas) T3	.25	.17	.17	.21	.43**	.50**	.38*	.46**

Nota. $n_{(\text{grupo A})} = 35$.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Com o objetivo de estudar a **relação entre as variáveis manipuladas** com a intervenção (i.e., determinantes sociocognitivos nos momentos pós-intervenção e seguimento) e a **intenção do grupo A** praticar exercício físico, no momento pós-intervenção, bem como entre aquelas e a **prática de atividades físicas dos dois grupos experimentais**, no momento seguimento, executaram-se análises de correlação linear. Relativamente ao grupo A (tabela 5.10), estas análises mostraram a existência de uma correlação positiva moderada ($r = .64$, $r^2 = 41.0\%$) estatisticamente significativa entre a autoeficácia de tarefa e a intenção de praticar exercício físico no final da intervenção, assim como correlações positivas de intensidade fraca a moderada (e com tendência crescente do segundo para o terceiro momento de avaliação) estatisticamente significativas ($.38 \leq r \leq .50$, $14.4\% \leq r^2 \leq 25.0\%$) entre dois dos determinantes manipulados – a autoeficácia de tarefa e a intenção – e a (log-transformada) prática registada no último momento de avaliação.

Quanto ao grupo B (tabela 5.11), as mesmas análises indicaram correlações positivas

de intensidade moderada ($.40 \leq r \leq .44$, $16.0\% \leq r^2 \leq 19.3\%$) estatisticamente significativas entre três dos determinantes sociocognitivos manipulados – a intenção, o planeamento da ação e do *coping* (apenas no último momento de avaliação) – e a (log-transformada) prática de atividades físicas exibida no momento seguimento.

Tabela 5.11. Coeficientes de correlação entre as variáveis manipuladas com a intervenção e a (log-transformada) prática de atividades físicas, no momento seguimento, do grupo experimental B.

Variáveis	Intenção		Planeamento da ação		Planeamento do coping		Autoeficácia de manutenção	
	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3
Log ₁₀ (prática de atividades físicas) T3	.44*	.40*	.42*	.43*	-.05	.42*	-.04	.27

Nota. $n_{(\text{grupo B})} = 27$.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.4.3. Impacto da intervenção

A apreciação das mudanças ocorridas, para lá dos limites estabelecidos na própria intervenção, contou com a **análise do impacto (imediato) do programa T(+S) subjetivamente percebido** pelos participantes intervencionados. A distribuição das suas respostas pode ser consultada na tabela 5.12.

Tabela 5.12. Dados descritivos do impacto (imediato) do programa T(+S).

Impacto percebido T2 (Pós-intervenção)	Grupo A		Grupo B	
	f_o	%	f_o	%
Aquisição de conhecimento ⁽¹⁾	9	25.7	0	0.0
+ Outros benefícios: (2) (3) (4) (5) (6)	20	57.1	26	96.3
Total (conhecimento)	29	82.9	26	96.3
Inclinação/preparação para mudanças no estilo de vida ⁽²⁾	0	0.0	0	0.0
+ Outros benefícios: (1) (3) (4) (5) (6)	18	51.4	15	55.6
Total (inclinação/preparação)	18	51.4	15	55.6
Mudanças efetivas no estilo de vida ⁽³⁾	1	2.9	1	3.7
+ Outros benefícios: (1) (2) (4) (5) (6)	5	14.3	15	55.6
Total (mudança)	6	17.1	16	59.3
Saúde e bem-estar ⁽⁴⁾	0	0.0	0	0.0
+ Outros benefícios: (1) (2) (3) (5) (6)	0	0.0	3	11.1
Total (saúde/bem-estar)	0	0.0	3	11.1
Adaptação (e.g., UC/cidade, rede social, desempenho) ⁽⁵⁾	2	5.7	0	0.0
+ Outros benefícios: (1) (2) (3) (4) (6)	4	11.4	6	22.2
Total (adaptação)	6	17.1	6	22.2
Outro (de natureza não especificada) ⁽⁶⁾	0	0	0	0.0
+ Outros benefícios: (1) (2) (3) (4) (5)	18	51.4	21	77.8
Total (outro)	18	51.4	21	77.8
Nenhum	3	8.6	0	0.0
Múltiplos benefícios	20	57.1	26	96.3
Total	35	100	27	100

Com a exceção de três participantes (do grupo A), os alunos identificaram pelo menos uma categoria de benefícios decorrentes do programa de intervenção, sendo comum apontarem várias categorias (como fizeram 57.1% e 96.3% dos inquiridos dos grupos A e B, respetivamente). Das cinco categorias especificadas, a aquisição de conhecimentos foi a mais frequente (acima dos 82%, no grupo A, e dos 96%, no grupo B), seguida da inclinação/preparação para mudanças no estilo de vida (no grupo A, 51.4%) ou de mudanças efetivas no estilo de vida (no grupo B, 59.3%). Já a categoria saúde e bem-estar recolheu o número mais baixo de inquiridos (somente do grupo B, 11.1%). No que concerne às respostas dadas por um número considerável de participantes (51.4%, no grupo A, e 77.8%, no grupo B) sob a categoria denominada outro impacto (de natureza não especificada até à data da análise dos dados), importa salientar o seguinte:

- O conteúdo da esmagadora maioria das respostas consistiu em informação suplementar (mais pormenorizada) a respeito da(s) categoria(s) de benefícios que o respondente assinalara anteriormente (ver exemplos nos parágrafos seguintes), havendo apenas quatro respostas do grupo A (11.4%) que, por não se enquadrarem nas cinco categorias especificadas, foram agrupadas sob a designação/descrição *consciencialização para o estilo de vida atual e as suas consequências e ponderação de mudança* (e.g. “Fez-me refletir sobre o meu estilo de vida, a minha saúde atual e a necessidade de fazer mudanças rapidamente.”).
- A informação adicional prestada pelos participantes do grupo A visou sobretudo as mudanças efetivas no estilo de vida, podendo estas estar (e.g. “Não evito as escadas nem os percursos a pé [...]”) ou não (e.g. “Enquanto não começar uma atividade física tenho mais cuidado com a alimentação.”) relacionadas com o CAS-alvo da intervenção. O aumento da inclinação (e.g. “[...] mais determinada [...] a ser mais ativa.”) e da preparação (e.g. “Ajudou-me a escolher o sítio [...]”) para a mudança nos CAS, bem como a melhoria de alguns aspetos relacionados com a adaptação ao ensino superior, particularmente de natureza interpessoal (e.g. “[...] conheci novos colegas.”) e contextual (e.g. “[...] interessante conhecer alguns factos relacionados com a cidade e a AAC.”), também foram alvo de esclarecimentos adicionais.
- Os participantes do grupo B optaram, na sua maioria, por fornecer informação suplementar ora sobre as mudanças efetivas no estilo de vida, sendo

comum apresentarem pormenores de alguns componentes da atividade física em curso ou futura (e.g. “Iniciei [...] caminhadas; ginásio só em Janeiro.”), ora sobre a aquisição de conhecimentos, mencionando alguns conteúdos abordados (e.g. “Estou mais informada sobre os riscos do sedentarismo [...]” ou “Ajudou-me a perceber diferenças entre falta de tempo e falta de organização.”). Alguns alongaram-se em considerações acerca do progresso na inclinação/preparação para a mudança nos CAS (e.g. “Tenho um plano detalhado do que quero fazer e quando começar.”) e dos benefícios de natureza mais social (e.g. “[...] encontrei grupo [...] têm interesses comuns.”). Houve ainda quem relatasse melhorias ao nível da saúde e do bem-estar (e.g. “Comecei uma atividade física, ainda que com uma frequência abaixo da desejada [...] sinto-me menos ansiosa.”).

No âmbito da análise do impacto da intervenção foram ainda consideradas as **mudanças ocorridas no estilo de vida (ICEV) e nas variáveis de saúde** (viz., estado de saúde e qualidade de vida) **e de sucesso académico** (viz., qualidade das vivências académicas adaptativas).

Tabela 5.13. Dados descritivos do estilo de vida de cada um dos quatro grupos nos três momentos de avaliação.

Variável dependente	Grupo (fator inter-sujeitos)	Tempo (fator intra-sujeitos)		
		T1 (Pré-intervenção)	T2 (Pós-intervenção)	T3 (Seguimento)
		$M \pm DP (n)$	$M \pm DP (n)$	$M \pm DP (n)$
ICEV	Grupo A	9.7 ± 1.9 (35)	10.0 ± 1.8 (35)	10.6 ± 1.2 (35)
	Controlo	10.0 ± 1.9 (32)	9.3 ± 1.6 (32)	9.9 ± 1.4 (32)
	Total _{non-intenders}	9.8 ± 1.9 (67)	9.6 ± 1.7 (67)	10.3 ± 1.3 (67)
	Grupo B	10.0 ± 1.4 (27)	10.4 ± 1.8 (27)	10.9 ± 2.0 (27)
	Controlo	9.3 ± 2.1 (30)	9.9 ± 1.5 (30)	10.3 ± 1.7 (29)
	Total _{intenders}	9.7 ± 1.8 (57)	10.2 ± 1.7 (57)	10.6 ± 1.9 (56)

Na tabela 5.13 resumem-se os dados descritivos atinentes ao **estilo de vida**¹³¹ de todos os grupos nos três momentos de avaliação¹³². Da sua primeira leitura ficaram as

¹³¹ No apêndice 16 podem ser consultados dados de outras variáveis do estilo de vida da amostra total. Embora irrelevantes na avaliação do programa T(+)/S, estes dados possibilitam, a título de curiosidade, a comparação e a constatação de semelhanças entre as amostras utilizadas nos dois estudos empíricos.

¹³² Ainda que se apresentem os dados descritivos das variáveis dependentes para todos os momentos de avaliação, os resultados das (M)AN(C)OVAs exibidos dizem apenas respeito aos momentos pré-intervenção e seguimento (como sugerido pela hipótese H3).

seguintes impressões: (1) independentemente do momento de avaliação e do grupo de pertença, o conjunto de sujeitos da amostra exibia um estilo de vida no qual predominavam os CAS positivos; (2) o valor médio de três dos quatro grupos (viz., grupo experimental A, grupo experimental B e respectivo controlo) parecia ter sofrido uma variação positiva e consistente ao longo do tempo, contrariamente à média do quarto grupo (viz., controlo do grupo experimental A) que aparentava ter diminuído do primeiro para o segundo momento de avaliação e recuperado no último momento; (3) por este motivo o par de resultados médios que, à primeira vista, mais se afastara ao longo do tempo pertencia aos participantes inicialmente classificados de *non-intenders*.

Para os participantes inicialmente classificados de *non-intenders*, a análise inferencial subsequente (tabela 5.14) permitiu confirmar a existência do efeito isolado estatisticamente significativo do fator tempo ($F_{(1, 65)} = 5.11, p = .027, \eta_p^2 = .07$) e do efeito estatisticamente significativo de interação entre o tempo e o grupo na medida geral do estilo de vida ($F_{(1, 65)} = 5.83, p = .019, \eta_p^2 = .08$). No que diz respeito aos primeiranistas inicialmente classificados de *intenders*, os mesmos testes revelaram apenas o efeito isolado estatisticamente significativo do fator tempo na variável dependente em estudo ($F_{(1, 54)} = 13.14, p < .001, \eta_p^2 = .20$). A ilustração 5.10 expõe a evolução da medida geral do estilo de vida dos quatro grupos de participantes, assim como a interação estatisticamente significativa encontrada.

Tabela 5.14. Resultados da ANOVAs 2x2 (VD: ICEV) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.

Fatores	<i>Non-intenders</i> (Grupo A vs. Controlo)			<i>Intenders</i> (Grupo B vs. Controlo)		
	$F_{(1,65)}$	p	η_p^2	$F_{(1,54)}$	p	η_p^2
Tempo	5.11	.027	.07	13.14	< .001	.20
Grupo	0.27	.604	< .01	1.65	.205	.03
Interação entre fatores	5.83	.019	.08	< 0.01	.956	< .01

Nota. $n_{(non-intenders)} = 67$ e $n_{(intenders)} = 56$.

Os resultados da análise *post hoc* confirmaram as conjecturas feitas quando da leitura dos dados descritivos: a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as medidas gerais do estilo de vida dos grupos em comparação no momento pré-intervenção (*non-intenders*: $p = .498, d = 0.17$; *intenders*: $p = .265, d = 0.31$) e a superioridade estatisticamente significativa da média do grupo experimental A quando comparada com a do seu controlo (*non-intenders*: $p = .040, d = 0.51$) no último momento de avaliação – resultado que não se estendeu ao outro grupo experimental (*intenders*: $p = .279, d = 0.28$).

Nos grupos intervencionados a média do momento seguimento foi significativamente superior à do primeiro tempo (*non-intenders*: $p = .001$, $d = 0.50$; *intenders*: $p = .013$, $d = 0.62$), ao passo que nos grupos de controlo esta evolução verificou-se apenas nos controlos do grupo B (*non-intenders*: $p = .915$, $d = 0.02$; *intenders*: $p = .013$, $d = 0.43$).

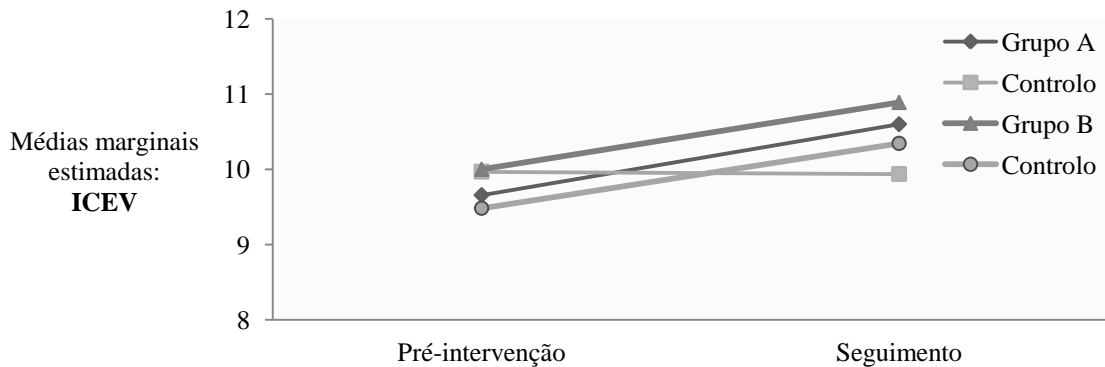


Ilustração 5.10. Representação gráfica da evolução da medida geral do estilo de vida nos quatro grupos. A variável dependente foi medida numa escala com um mínimo de 0 (pontos) e um máximo de 100 (pontos).

Os dados descritivos relativos ao **estado de saúde** e à **qualidade de vida** dos quatro grupos nos três momentos de avaliação podem ser lidos na tabela 5.15. À primeira vista, estes dados sugeriam que (1) independentemente do momento de avaliação e do grupo de pertença, a amostra total alcançara, de um modo geral, pontuações médias mais elevadas no componente físico do estado de saúde e no domínio das relações sociais da qualidade de vida e pontuações médias mais baixas no componente mental e no domínio ambiente; (2) em quase todas as variáveis dependentes, a média dos grupos experimentais parecia ter aumentado gradualmente ao longo dos três tempos, enquanto a média dos grupos de controlo dava mostras de ter aumentado apenas no último momento de avaliação; (3) os resultados médios dos grupos em comparação não se afastaram de modo muito perceptível ou, pelo menos, duradouro (i.e., em algumas variáveis dependentes, como é o caso da faceta geral da qualidade de vida, a distância entre médias ganha no momento pós-intervenção parecia esbater-se no momento de avaliação seguinte), à exceção dos obtidos nas variáveis estado de saúde mental e relações sociais da qualidade de vida pelos participantes inicialmente classificados de *intenders*.

Tabela 5.15. Dados descritivos das variáveis do âmbito da saúde de cada um dos quatro grupos nos três momentos de avaliação.

Variáveis dependentes	Grupo (fator inter-sujeitos)	Tempo (fator intra-sujeitos)				
		T1 (Pré-intervenção)	T2 (Pós-intervenção)	T3 (Seguimento)		
		$M \pm DP (n)$	$M \pm DP (n)$	$M \pm DP (n)$		
Estado de Saúde	CF	Grupo A	63.0 ± 20.8 (35)	66.0 ± 20.0 (35)	71.3 ± 16.3 (35)	
		Controlo	60.2 ± 20.9 (32)	62.7 ± 21.0 (32)	71.4 ± 16.6 (32)	
		Total _{non-intenders}	61.7 ± 20.7 (67)	64.4 ± 20.4 (67)	71.4 ± 16.3 (67)	
		Grupo B	Grupo A	73.7 ± 19.1 (27)	73.4 ± 16.7 (27)	80.9 ± 13.6 (27)
			Controlo	70.2 ± 15.6 (29)	69.2 ± 17.9 (29)	73.8 ± 13.2 (28)
			Total _{intenders}	71.9 ± 17.3 (56)	71.2 ± 17.3 (56)	77.3 ± 13.7 (55)
	CM	Grupo A	Grupo A	58.1 ± 20.9 (35)	59.4 ± 18.0 (35)	67.2 ± 15.1 (35)
			Controlo	61.7 ± 19.2 (32)	61.7 ± 18.5 (32)	71.5 ± 17.5 (32)
			Total _{non-intenders}	59.8 ± 20.0 (67)	60.5 ± 18.2 (67)	69.3 ± 16.3 (67)
		Grupo B	Grupo B	66.4 ± 19.3 (27)	70.4 ± 15.1 (27)	77.8 ± 12.5 (27)
			Controlo	60.7 ± 15.6 (29)	60.9 ± 18.2 (29)	65.5 ± 13.2 (28)
			Total _{intenders}	63.5 ± 17.6 (56)	65.5 ± 17.3 (56)	71.5 ± 14.2 (55)
Qualidade de Vida	FG	Grupo A	70.0 ± 15.5 (35)	70.7 ± 12.5 (35)	73.9 ± 12.6 (35)	
		Controlo	68.8 ± 13.8(32)	63.7 ± 15.3 (32)	71.5 ± 10.2 (32)	
		Total _{non-intenders}	69.4 ± 14.6 (67)	67.4 ± 14.3 (67)	72.8 ± 11.5 (67)	
		Grupo B	Grupo B	76.4 ± 10.6 (27)	79.2 ± 9.2 (27)	78.7 ± 13.3 (27)
			Controlo	73.8 ± 15.9 (30)	72.9 ± 16.8 (30)	75.0 ± 12.5 (29)
			Total _{intenders}	75.0 ± 13.6 (57)	75.9 ± 13.9 (57)	76.8 ± 12.9 (56)
	DFís	Grupo A	Grupo A	67.8 ± 14.6 (35)	69.9 ± 12.3 (35)	73.7 ± 8.3 (35)
			Controlo	69.2 ± 14.3 (32)	68.4 ± 16.5 (32)	75.1 ± 12.8 (32)
			Total _{non-intenders}	68.4 ± 14.3 (67)	69.2 ± 14.4 (67)	74.4 ± 10.7 (67)
		Grupo B	Grupo B	75.1 ± 12.7 (27)	79.6 ± 9.5 (27)	79.1 ± 9.6 (27)
			Controlo	73.0 ± 12.9 (30)	71.3 ± 12.5 (30)	75.2 ± 10.7 (29)
			Total _{intenders}	74.0 ± 12.8 (57)	75.3 ± 11.9 (57)	77.1 ± 10.3 (56)
DPsi	Grupo A	Grupo A	67.6 ± 17.0 (35)	71.3 ± 11.5 (35)	74.0 ± 10.8 (35)	
		Controlo	71.4 ± 15.0 (32)	70.7 ± 15.5 (32)	77.7 ± 12.2 (32)	
		Total _{non-intenders}	69.4 ± 16.1 (67)	71.0 ± 13.5 (67)	75.8 ± 11.6 (67)	
	Grupo B	Grupo B	76.2 ± 11.3 (27)	76.5 ± 11.4 (27)	79.8 ± 9.2 (27)	
		Controlo	69.9 ± 17.1 (30)	71.1 ± 16.1 (30)	71.0 ± 14.6 (29)	
		Total _{intenders}	72.9 ± 14.9 (57)	73.7 ± 14.2 (57)	75.2 ± 13.0 (56)	
DRçS	Grupo A	Grupo A	72.4 ± 18.3 (35)	74.3 ± 14.3 (35)	76.2 ± 11.3 (35)	
		Controlo	75.8 ± 17.0 (32)	80.5 ± 15.2 (32)	80.5 ± 14.6 (32)	
		Total _{non-intenders}	74.0 ± 17.6 (67)	77.2 ± 15.0 (67)	78.2 ± 13.1 (67)	
	Grupo B	Grupo B	76.5 ± 13.5 (27)	86.1 ± 11.6 (27)	85.2 ± 12.5 (27)	
		Controlo	75.8 ± 15.8 (30)	72.5 ± 17.7 (30)	75.3 ± 16.9 (29)	
		Total _{intenders}	76.2 ± 14.6 (57)	78.9 ± 16.4 (57)	80.1 ± 15.6 (56)	
DAmb	Grupo A	Grupo A	67.3 ± 11.1 (35)	69.0 ± 10.7 (35)	71.3 ± 9.7 (35)	
		Controlo	66.1 ± 11.0 (32)	67.6 ± 12.0 (32)	69.7 ± 11.4 (32)	
		Total _{non-intenders}	66.7 ± 11.0 (67)	68.3 ± 11.3 (67)	70.6 ± 10.5 (67)	
	Grupo B	Grupo B	72.0 ± 12.1 (27)	76.2 ± 8.9 (27)	74.1 ± 12.1 (27)	
		Controlo	69.0 ± 13.6 (30)	72.5 ± 15.0 (30)	72.1 ± 13.7 (29)	
		Total _{intenders}	70.4 ± 12.9 (57)	74.2 ± 12.5 (57)	73.0 ± 12.9 (56)	

A análise multivariada possibilitou a deteção de efeitos multivariados estatisticamente significativos no conjunto de variáveis do estado de saúde para os fatores tempo (*non-intenders*: Traço de Pillai = .275, $F_{(2, 64)} = 12.15$, $p < .001$, $\eta^2 = .28$; *intenders*: Traço de Pillai = .242, $F_{(2, 52)} = 8.29$, $p < .001$, $\eta^2 = .24$) e grupo (somente nos *intenders* e de modo tangencial: Traço de Pillai = .115, $F_{(2, 52)} = 3.37$, $p = .042$, $\eta^2 = .12$; *non-intenders*: Traço de Pillai = .034, $F_{(2, 64)} = 1.14$, $p = .327$, $\eta^2 = .03$), não se verificando o mesmo para a interação entre os dois (*non-intenders*: Traço de Pillai = .006, $F_{(2, 64)} = 0.20$, $p = .821$, $\eta_p^2 < .01$; *intenders*: Traço de Pillai = .037, $F_{(2, 52)} = 0.99$, $p = .378$, $\eta^2 = .04$).

Os testes univariados (tabela 5.16) confirmaram o efeito estatisticamente significativo do tempo (ou momento de avaliação) na autoperceção do estado de saúde física (somente nos *non-intenders*: $F_{(1, 65)} = 18.00$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .22$) e psicológica (*non-intenders*: $F_{(1, 65)} = 18.00$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .22$; *intenders*: $F_{(1, 53)} = 16.37$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .24$), bem como do grupo de pertença na autoperceção do estado de saúde psicológica (somente nos *intenders*: $F_{(1, 53)} = 6.85$, $p = .012$, $\eta_p^2 = .11$).

Os resultados dos testes de comparações múltiplas foram coerentes com a maioria dos efeitos principais encontrados anteriormente e, desta forma, com a leitura inicial dos dados descritivos. Assim, relativamente aos participantes inicialmente classificados de *non-intenders*, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos em comparação nem no momento pré-intervenção ($CF_{(T1)}$: $p = .594$, $d = 0.13$; $CM_{(T1)}$: $p = .470$, $d = 0.18$), nem no momento seguimento ($CF_{(T3)}$: $p = .981$, $d < 0.01$; $CM_{(T3)}$: $p = .293$, $d = 0.26$), tendo os dois grupos registado um aumento estatisticamente significativo na autoperceção do estado de saúde física ($CF_{(\text{grupo A})}$: $p = .011$, $d = 0.42$; $CF_{(\text{controlo})}$: $p = .001$, $d = 0.67$) e psicológica ($CM_{(\text{grupo A})}$: $p = .004$, $d = 0.53$; $CM_{(\text{controlo})}$: $p = .003$, $d = 0.53$) do primeiro para o último momento de avaliação. No caso dos participantes inicialmente classificados de *intenders*, o grupo intervencionado destacou-se de modo estatisticamente significativo do grupo controlo na autoperceção do estado de saúde psicológica unicamente no último momento de avaliação ($CF_{(T1)}$: $p = .432$, $d = 0.21$; $CM_{(T1)}$: $p = .178$, $d = 0.37$; $CF_{(T3)}$: $p = .054$, $d = 0.53$; $CM_{(T3)}$: $p < .001$, $d = 0.96$), apesar do efeito principal do fator grupo (na variável dependente anterior) encontrado pela ANOVA de *follow-up*. Já nas comparações intragrúps, somente o grupo experimental B cresceu de forma estatisticamente significativa nos dois componentes do estado de saúde do primeiro para o último momento de avaliação ($CF_{(\text{grupo B})}$: $p = .045$, $d = 0.37$; $CM_{(\text{grupo B})}$: $p < .001$,

$d = 0.87$; $CF_{(controle)}$: $p = .270$, $d = 0.28$; $CM_{(controle)}$: $p = .066$, $d = 0.38$), apesar do efeito principal do fator tempo (na variável dependente estado de saúde psicológica¹³³) indicado pela ANOVA de *follow-up*.

Tabela 5.16. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: componentes do estado de saúde) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.

Fator	Variáveis dependentes		Non-intenders (Grupo A vs. Controlo)			Intenders (Grupo B vs. Controlo)		
			$F_{(1,65)}$	p	η^2	$F_{(1,53)}$	p	η^2
Tempo	Estado de Saúde	CF	18.00	< .001	.22	5.06	.029	.09
		CM	18.10	< .001	.22	16.37	< .001	.24
Grupo	Estado de Saúde	CF	0.11	.741	< .01	2.52	.118	.05
		CM	1.01	.319	.02	6.85	.012	.11
Interação	Estado de Saúde	CF	0.38	.541	< .01	0.47	.495	< .01
		CM	0.02	.885	< .01	2.00	.163	.04

Nota. $n_{(non-intenders)} = 67$ e $n_{(intenders)} = 55$ (excluído um valor aberrante). $\alpha = .025$ (correção de Bonferroni).

Quanto à qualidade de vida, os testes multivariados evidenciaram apenas o efeito isolado estatisticamente significativo do fator tempo no conjunto de variáveis dependentes em questão, nos participantes inicialmente classificados de *non-intenders* (tempo: Traço de Pillai = .249, $F_{(5, 61)} = 4.04$, $p = .003$, $\eta^2 = .25$; grupo: Traço de Pillai = .144, $F_{(5, 61)} = 2.05$, $p = .085$, $\eta^2 = .14$; interação entre os fatores: Traço de Pillai = .005, $F_{(5, 61)} = 0.06$, $p = .997$, $\eta^2 < .01$). Nos outros participantes (*intenders*), não houve qualquer efeito multivariado estatisticamente significativo (tempo: Traço de Pillai = .186, $F_{(5, 50)} = 2.28$, $p = .061$, $\eta^2 = .19$; grupo: Traço de Pillai = .118, $F_{(5, 50)} = 1.34$, $p = .262$, $\eta^2 = .12$; interação entre os fatores: Traço de Pillai = .127, $F_{(5, 50)} = 1.46$, $p = .221$, $\eta^2 = .13$).

A análise univariada subsequente (tabela 5.17) revelou que apenas três dos domínios da qualidade de vida dos participantes inicialmente classificados de *non-intenders* (DFís: $F_{(1, 65)} = 15.63$, $p < .001$, $\eta^2 = .19$; DPsi: $F_{(1, 65)} = 15.13$, $p < .001$, $\eta^2 = .19$; DAmb: $F_{(1, 65)} = 7.72$, $p = .007$, $\eta^2 = .11$) dependiam do momento de avaliação, bem como o domínio do meio ambiente da qualidade de vida dos participantes inicialmente classificados de *intenders* (DAmb: $F_{(1, 65)} = 7.72$, $p = .007$, $\eta^2 = .11$), apesar dos resultados

¹³³ Note-se, no entanto, que a probabilidade de significância associada ao teste F no estado de saúde física dos participantes inicialmente classificados de *intenders* ($p = .029$) se aproximou do nível de significância corrigido ($\alpha = .025$).

dos testes multivariados¹³⁴.

Tabela 5.17. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: faceta geral e domínios da qualidade de vida) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.

Fator	Variáveis dependentes	<i>Non-intenders</i> (Grupo A vs. Controlo)			<i>Intenders</i> (Grupo B vs. Controlo)			
		$F_{(1,65)}$	p	η^2	$F_{(1,54)}$	p	η^2	
Tempo	Qualidade de Vida	FG	5.23	.025	.07	1.66	.203	.03
		DFís	15.63	< .001	.19	4.55	.037	.08
		DPsi	15.13	< .001	.19	3.32	.074	.06
		DRçs	3.86	.054	.06	5.53	.022	.09
		DAMB	7.72	.007	.11	7.55	.008	.12
Grupo	Qualidade de Vida	FG	0.41	.525	< .01	1.15	.289	.02
		DFís	0.28	.599	< .01	1.23	.273	.02
		DPsi	1.53	.220	.02	5.93	.018	.10
		DRçs	1.52	.222	.02	2.51	.119	.04
		DAMB	0.39	.536	< .01	0.71	.402	.01
Interação	Qualidade de Vida	FG	0.17	.683	< .01	0.04	.851	< .01
		DFís	< 0.01	> .999	< .01	0.30	.584	< .01
		DPsi	< 0.01	.988	< .01	0.32	.574	< .01
		DRçs	0.04	.840	< .01	5.53	.022	.09
		DAMB	0.02	.883	< .01	0.57	.453	.01

Nota. $n_{(non-intenders)} = 67$ e $n_{(intenders)} = 56$. $\alpha = .010$ (correção de Bonferroni).

Os testes de comparações múltiplas confirmaram a maior parte dos resultados das ANOVAs de *follow-up* executadas para os participantes inicialmente classificados de *non-intenders*: por um lado, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida dos grupos em comparação nos momentos pré-intervenção (faceta geral e domínios: $.346 \leq p \leq .730$, $0.09 \leq d \leq 0.23$) e seguimento (faceta geral e domínios: $.182 \leq p \leq .585$, $0.14 \leq d \leq 0.33$); por outro lado, a superioridade estatisticamente significativa dos valores médios do último momento de avaliação, quando comparados com o primeiro momento, relativamente a alguns domínios da qualidade de vida ($FG_{(grupo A)}$: $p = .055$, $d = 0.30$; $DFís_{(grupo A)}$: $p = .006$, $d = 0.48$; $DPsi_{(grupo A)}$: $p = .006$, $d = 0.45$; $DRçs_{(grupo A)}$: $p = .207$, $d = 0.22$; $DAMB_{(grupo A)}$: $p = .038$, $d = 0.38$; $FG_{(controlo)}$: $p = .199$, $d = 0.29$; $DFís_{(controlo)}$: $p = .008$, $d = 0.55$; $DPsi_{(controlo)}$: $p = .009$, $d = 0.60$; $DRçs_{(controlo)}$: $p = .138$, $d = 0.28$; $DAMB_{(controlo)}$: $p = .073$, $d = 0.31$). A realização dos mesmos testes, desta vez nos dados dos participantes inicialmente classificados de *intenders*, mostrou que os grupos em comparação não diferiram significativamente na qualidade de vida no momento pré-intervenção (faceta geral e domínios: $.071 \leq p \leq .751$,

¹³⁴ Registe-se, porém, que no caso dos participantes inicialmente classificados de *intenders* a probabilidade de significância associada ao Traço de Pillai para o fator tempo ($p = .061$) se aproximou do nível de significância convencionado ($\alpha = .050$).

$0.09 \leq d \leq 0.50$) e que o grupo intervencionado se destacou de modo estatisticamente significativo do seu controlo nos domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida no último momento de avaliação ($FG_{(T3)}: p = .288, d = 0.29$; $DFís_{(T3)}: p = .164, d = 0.38$; $DPsi_{(T3)}: p = .010, d = 0.74$; $DRçs_{(T3)}: p = .016, d = 0.67$; $DAmb_{(T3)}: p = .570, d = 0.15$)¹³⁵. No âmbito das comparações intragrupal, o domínio das relações sociais da qualidade de vida do grupo experimental B sofreu um crescimento estatisticamente significativo do primeiro para o último momento de avaliação¹³⁶ ($DRçs_{(grupo B)}: p = .002, d = 0.66$; faceta geral e restantes três domínios: $.068 \leq p \leq .310, 0.21 \leq d \leq 0.33$), assim como o domínio ambiente da qualidade de vida do seu grupo controlo ($DAmb_{(controlo)}: p = .015, d = 0.47$; faceta geral e restantes três domínios: $.259 \leq p < .999, 0.01 < d \leq 0.16$).

No que diz respeito à **qualidade da adaptação**, os dados descritivos (tabela 5.18) pareciam indicar que (1) independentemente do momento de avaliação e do grupo de pertença, a totalidade dos participantes obtivera, de um modo geral, pontuações médias mais elevadas na dimensão institucional e pontuações médias mais baixas na dimensão estudo; (2) na maioria das variáveis dependentes (a dimensão carreira constitui a exceção, pela estagnação dos valores dos grupos experimentais) a média dos quatro grupos dava mostras de ter aumentado gradualmente com o decorrer do tempo; (3) os afastamentos mais proeminentes entre os grupos em comparação pareciam ter ocorrido nas vivências adaptativas de carreira dos participantes (*non-intenders* e *intenders*) e nas vivências adaptativas pessoais dos participantes inicialmente classificados de *intenders* registadas nos três momentos, bem como na dimensão interpessoal dos participantes inicialmente classificados de *intenders* no último momento de avaliação.

No âmbito da análise inferencial alcançaram-se resultados multivariados estatisticamente significativos no conjunto de variáveis da qualidade da adaptação para os fatores tempo (*non-intenders*: Traço de Pillai = .526, $F_{(5, 61)} = 13.53, p < .001, \eta^2 = .53$; *intenders*: Traço de Pillai = .488, $F_{(5, 50)} = 9.53, p < .001, \eta^2 = .49$) e grupo (*non-intenders*:

¹³⁵ A este propósito, note-se que a probabilidade de significância associada ao teste F para o fator grupo no domínio psicológico da qualidade de vida dos participantes inicialmente classificados de *intenders* ($p = .018$) se aproximou do nível de significância corrigido ($\alpha = .010$).

¹³⁶ Mais uma vez, note-se que a probabilidade de significância associada ao teste F para o fator tempo ($p = .022$) e para a interação entre fatores ($p = .022$) no domínio das relações sociais da qualidade de vida dos participantes inicialmente classificados de *intenders* se aproximaram do nível de significância corrigido ($\alpha = .010$).

Traço de Pillai = .212, $F_{(5, 61)} = 3.28$, $p = .011$, $\eta^2 = .21$; *intenders*: Traço de Pillai = .238, $F_{(5, 50)} = 3.12$, $p = .016$, $\eta^2 = .24$), assim como para a interação entre os dois (somente nos *intenders*: Traço de Pillai = .242, $F_{(5, 50)} = 3.20$, $p = .014$, $\eta_p^2 = .24$; *non-intenders*: Traço de Pillai = .089, $F_{(5, 61)} = 1.19$, $p = .326$, $\eta^2 = .09$).

Tabela 5.18. Dados descritivos dos indicadores de sucesso académico de cada um dos quatro grupos nos três momentos de avaliação.

Variáveis dependentes	Grupo (fator inter-sujeitos)	Tempo (fator intra-sujeitos)			
		T1 (Pré-intervenção)	T2 (Pós-intervenção)	T3 (Seguimento)	
		$M \pm DP (n)$	$M \pm DP (n)$	$M \pm DP (n)$	
Qualidade da Adaptação	DPes	Grupo A	59.8 ± 19.0 (35)	65.1 ± 16.2 (35)	70.2 ± 11.9 (35)
		Controlo	62.7 ± 16.0 (32)	63.3 ± 17.2 (32)	73.6 ± 15.0 (32)
		Total _{non-intenders}	61.2 ± 17.6 (67)	64.2 ± 16.5 (67)	71.8 ± 13.5 (67)
		Grupo B	67.3 ± 17.0 (27)	74.3 ± 12.5 (27)	74.9 ± 12.7 (27)
		Controlo	59.0 ± 17.5 (30)	63.3 ± 18.3 (30)	67.6 ± 14.0 (29)
		Total _{intenders}	62.9 ± 17.6 (57)	68.5 ± 16.6 (57)	71.1 ± 13.7 (56)
	DIntp	Grupo A	66.2 ± 18.8 (35)	69.5 ± 16.1 (35)	72.9 ± 14.1 (35)
		Controlo	68.4 ± 13.4 (32)	71.0 ± 15.1 (32)	75.2 ± 11.6 (32)
		Total _{non-intenders}	67.2 ± 16.4 (67)	70.2 ± 15.6 (67)	74.0 ± 12.9 (67)
		Grupo B	70.9 ± 13.6 (27)	78.7 ± 13.8 (27)	83.1 ± 9.4 (27)
		Controlo	68.5 ± 19.1 (30)	71.6 ± 18.4 (30)	72.7 ± 16.4 (29)
		Total _{intenders}	69.6 ± 16.6 (57)	75.0 ± 16.7 (57)	77.7 ± 14.3 (56)
	DCar	Grupo A	75.8 ± 15.1 (35)	74.4 ± 15.4 (35)	76.0 ± 14.4 (35)
		Controlo	60.6 ± 18.4 (32)	64.7 ± 20.5 (32)	65.6 ± 18.4 (32)
		Total _{non-intenders}	68.5 ± 18.3 (67)	69.8 ± 18.6 (67)	71.0 ± 17.1 (67)
		Grupo B	84.0 ± 11.9 (27)	82.5 ± 11.0 (27)	83.0 ± 10.5 (27)
		Controlo	66.2 ± 18.5 (30)	71.0 ± 19.2 (30)	72.2 ± 18.4 (29)
		Total _{intenders}	74.6 ± 18.0 (57)	76.4 ± 16.8 (57)	77.4 ± 15.9 (56)
	DEst	Grupo A	57.0 ± 9.1 (35)	60.3 ± 9.4 (35)	64.7 ± 8.2 (35)
		Controlo	58.2 ± 11.3 (32)	57.9 ± 14.7 (32)	65.5 ± 12.0 (32)
		Total _{non-intenders}	57.6 ± 10.1 (67)	59.1 ± 13.2 (67)	65.1 ± 10.1 (67)
		Grupo B	63.0 ± 10.6 (27)	68.2 ± 9.9 (27)	68.2 ± 12.7 (27)
		Controlo	60.8 ± 14.5 (30)	62.4 ± 11.3 (30)	64.3 ± 12.2 (29)
		Total _{intenders}	61.8 ± 12.7 (57)	65.1 ± 10.9 (57)	66.2 ± 12.5 (56)
DInst	Grupo A	76.6 ± 13.4 (35)	77.3 ± 11.3 (35)	81.1 ± 10.1 (35)	
	Controlo	71.9 ± 12.4 (32)	75.4 ± 15.2 (32)	79.2 ± 12.9 (32)	
	Total _{non-intenders}	74.3 ± 13.0 (67)	76.4 ± 13.2 (67)	80.2 ± 11.5 (67)	
	Grupo B	79.2 ± 9.5 (27)	82.6 ± 8.9 (27)	84.0 ± 9.3 (27)	
	Controlo	73.4 ± 16.8 (30)	76.9 ± 16.8 (30)	79.7 ± 12.9 (29)	
	Total _{intenders}	76.2 ± 14.0 (57)	79.6 ± 13.8 (57)	81.8 ± 11.4 (56)	

Os testes univariados (tabela 5.19) confirmaram não só o efeito isolado estatisticamente significativo do momento de avaliação na maior parte das dimensões das vivências adaptativas dos participantes inicialmente classificados de *non-intenders* (DPes:

$F_{(1, 65)} = 39.51, p < .001, \eta_p^2 = .38$; DIntp: $F_{(1, 65)} = 20.39, p < .001, \eta_p^2 = .24$; DEst: $F_{(1, 65)} = 47.94, p < .001, \eta_p^2 = .42$; DInst: $F_{(1, 65)} = 19.24, p < .001, \eta_p^2 = .23$) e *intenders* (DPes: $F_{(1, 54)} = 16.65, p < .001, \eta_p^2 = .24$; DIntp: $F_{(1, 54)} = 32.19, p < .001, \eta_p^2 = .37$; DEst: $F_{(1, 54)} = 8.75, p = .005, \eta_p^2 = .14$; DInst: $F_{(1, 54)} = 20.19, p < .001, \eta_p^2 = .27$), como também o efeito isolado estatisticamente significativo do grupo de pertença apenas nas vivências adaptativas de carreira dos participantes (DCar_(non-intenders): $F_{(1, 65)} = 10.75, p = .002, \eta_p^2 = .14$; DCar_(intenders): $F_{(1, 54)} = 13.42, p < .001, \eta_p^2 = .20$). No entanto, não foram suficientemente sensíveis para captar o efeito de interação entre os fatores nos dados dos participantes inicialmente classificados de *intenders*¹³⁷ (tabela 5.19).

Os resultados dos testes de comparações múltiplas que completaram a análise foram coerentes com a maior parte dos efeitos principais descritos anteriormente para os participantes inicialmente classificados de *non-intenders*, confirmando a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de adaptação dos grupos em comparação nos momentos pré-intervenção (dimensões, fora DCar: $.139 \leq p \leq .616, 0.12 \leq d \leq 0.37$) e seguimento (dimensões, fora DCar: $.299 \leq p \leq .756, 0.08 \leq d \leq 0.26$), exceto na dimensão carreira da variável composta em estudo (DCar_(T1): $p < .001, d = 0.91$; DCar_(T3): $p = .012, d = 0.64$), e ainda o aumento estatisticamente significativo da média da esmagadora maioria das vivências adaptativas dos dois grupos do primeiro para o último momento de avaliação (DPes_(grupo A): $p < .001, d = 0.74$; DIntp_(grupo A): $p = .002, d = 0.78$; DCar_(grupo A): $p = .886, d = 0.03$; DEst_(grupo A): $p < .001, d = 0.97$; DInst_(grupo A): $p = .019, d = 0.43$; DPes_(controle): $p < .001, d = 0.92$; DIntp_(controle): $p = .003, d = 0.47$; DCar_(controle): $p = .003, d = 0.49$; DEst_(controle): $p < .001, d = 0.75$; DInst_(controle): $p < .001, d = 0.66$). A averiguação de diferenças significativas entre os grupos de participantes inicialmente classificados de *intenders* contou, mais uma vez, com a realização de testes de comparações múltiplas, os quais revelaram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na maior parte das vivências adaptativas do momento pré-intervenção (dimensões, fora DCar_(T1): $.069 \leq p \leq .511, 0.18 \leq d \leq 0.50$; DCar_(T1): $p < .001, d = 1.15$) e a superioridade estatisticamente significativa da média do grupo experimental, quando comparada com a do controle, relativamente a alguns dimensões da qualidade da adaptação no último momento de avaliação (DPes_(T3): $p = .048, d = 0.54$; DIntp_(T3):

¹³⁷ Todavia é importante salientar que a probabilidade de significância associada ao teste F nas dimensões interpessoal ($p = .016$) e carreira ($p = .022$) da qualidade de adaptação dos participantes inicialmente classificados de *intenders* se aproximou do nível de significância corrigido ($\alpha = .010$).

$p = .006$, $d = 0.80$; $DCar_{(T3)}$: $p = .010$, $d = 0.75$; $DEst_{(T3)}$: $p = .247$, $d = 0.31$; $DInst_{(T3)}$: $p = .161$, $d = 0.39$). Nas comparações intragrupo ficou novamente demonstrado o crescimento estatisticamente significativo dos dois grupos, relativamente à esmagadora maioria das vivências adaptativas ($DPes_{(grupo B)}$: $p = .012$, $d = 0.51$; $DIntp_{(grupo B)}$: $p < .001$, $d = 1.14$; $DCar_{(grupo B)}$: $p = .638$, $d = 0.10$; $DEst_{(grupo B)}$: $p = .018$, $d = 0.56$; $DInst_{(grupo B)}$: $p = .011$, $d = 0.48$; $DPes_{(controlo)}$: $p = .002$, $d = 0.61$; $DIntp_{(controlo)}$: $p = .025$, $d = 0.45$; $DCar_{(controlo)}$: $p = .005$, $d = 0.50$; $DEst_{(controlo)}$: $p = .087$, $d = 0.29$; $DInst_{(controlo)}$: $p < .001$, $d = 0.82$), entre os momentos de avaliação considerados.

Tabela 5.19. Resultados dos testes univariados da MANOVA 2x2 (VD's: dimensões da qualidade da adaptação) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.

Fator	Variáveis dependentes		Non-intenders (Grupo A vs. Controlo)			Intenders (Grupo B vs. Controlo)		
			$F_{(1,65)}$	p	η^2	$F_{(1,54)}$	p	η^2
Tempo	Qualidade da Adaptação	DPes	39.51	< .001	.38	16.65	< .001	.24
		DIntp	20.39	< .001	.24	32.19	< .001	.37
		DCar	5.58	.021	.08	2.81	.100	.05
		DEst	47.94	< .001	.42	8.75	.005	.14
		DInst	19.24	< .001	.23	20.19	< .001	.27
Grupo	Qualidade da Adaptação	DPes	0.84	.364	.01	4.79	.033	.08
		DIntp	0.48	.491	< .01	3.11	.084	.05
		DCar	10.75	.002	.14	13.42	< .001	.20
		DEst	0.21	.652	< .01	1.04	.313	.02
		DInst	1.52	.222	.02	2.77	.102	.05
Interação	Qualidade da Adaptação	DPes	0.03	.858	< .01	0.12	.730	< .01
		DIntp	< 0.01	.976	< .01	6.14	.016	.10
		DCar	4.68	.034	.07	5.55	.022	.09
		DEst	0.05	.827	< .01	0.29	.592	< .01
		DInst	1.13	.291	.02	0.50	.482	< .01

Nota. $n_{(non-intenders)} = 67$ e $n_{(intenders)} = 56$. $\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)

Perante a desigualdade inicial entre os grupos em comparação, optou-se por repetir o estudo das diferenças intergrupais relativamente à qualidade da adaptação no último momento de avaliação, introduzindo no modelo como covariável ou concomitante a dimensão carreira no primeiro momento de avaliação ($DCar_{(T1)}$).

De acordo com testes multivariados da MANCOVA¹³⁸, o fator grupo de pertença não

¹³⁸ Os modelos constam apenas das variáveis dependentes significativamente correlacionadas com a concomitante ($DCar_{(T1)}$). No grupo dos participantes inicialmente classificados de *non-intenders* ($n = 67$), esta era um correlato estatisticamente significativo da dimensão interpessoal ($r = .35$, $p = .003$), carreira ($r = .87$, $p < .001$), de estudo ($r = .29$, $p = .017$) e institucional ($r = .43$, $p < .001$), mas não estava correlacionada com a dimensão pessoal ($r = .24$, $p = .073$). No outro grupo ($n = 56$), a concomitante era um correlato estatisticamente significativo da dimensão pessoal ($r = .47$, $p < .001$), carreira ($r = .78$, $p < .001$), de

produziu um efeito estatisticamente significativo no conjunto de variáveis da qualidade da adaptação (*non-intenders*: Traço de Pillai = .082, $F_{(4, 61)} = 1.36$, $p = .257$, $\eta_p^2 = .08$; *intenders*: Traço de Pillai = .010, $F_{(4, 50)} = 0.13$, $p = .971$, $\eta_p^2 = .01$) no momento pós-intervenção, depois de controlado o efeito da concomitante (tabela 5.20). Os testes univariados de *follow-up* confirmaram a inexistência de diferenças entre os grupos em comparação relativamente às vivências adaptativas no último momento de avaliação, ainda que a probabilidade de significância associada ao teste F na dimensão interpessoal ($p = .023$) da qualidade de adaptação dos participantes inicialmente classificados de *non-intenders* se tenha aproximado do nível de significância corrigido ($\alpha = .010$)¹³⁹.

Tabela 5.20. Médias ajustadas à concomitante e resultados dos testes univariados da MANCOVA 1x2 (VD's: dimensões da qualidade da adaptação no T3) para os participantes *non-intenders* e *intenders*.

Variáveis dependentes	Grupo (fator inter-sujeitos)	Non-intenders (Grupo A vs. Controlo)			Intenders (Grupo B vs. Controlo)			
		M_{ajust}	$F_{(1,64)}$	η_p^2	M_{ajust}	$F_{(1,53)}$	η_p^2	
Qualidade da Adaptação	DPes	Experimental	-	-	-	71.7 ^c	0.10 ^d	< .01
		Controlo	-			70.5 ^c		
	DIntp	Experimental	70.5 ^a	5.46 ^{*b}	.08	-	-	-
		Controlo	77.9 ^a			-		
	DCar	Experimental	69.9 ^a	0.96 ^b	.02	76.4 ^c	0.36 ^d	< .01
		Controlo	72.2 ^a			78.3 ^c		
	DEst	Experimental	63.2 ^a	2.23 ^b	.03	66.5 ^c	0.02 ^d	< .01
		Controlo	67.1 ^a			66.0 ^c		
	DInst	Experimental	78.9 ^a	0.92 ^b	.01	81.4 ^c	0.07 ^d	< .01
		Controlo	81.6 ^a			82.2 ^c		

Nota. $n_{(non-intenders)} = 67$ e $n_{(intenders)} = 56$.

^aValor da concomitante do modelo: $DCar_{(T1)} = 68.5$. ^b F univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .082, $F_{(4, 61)} = 1.36$, $p = .257$, $\eta_p^2 = .08$. ^cValor da concomitante do modelo: $DCar_{(T1)} = 74.8$. ^d F univariado de *follow-up* [$\alpha = .010$ (correção de Bonferroni)]. Teste multivariado: Traço de Pillai = .010, $F_{(4, 50)} = 0.13$, $p = .971$, $\eta_p^2 = .01$.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.4.4. Sustentabilidade e transferibilidade da intervenção

Dos três grupos de discussão envolvidos na apreciação destas subcomponentes avaliativas resultou um conjunto finito de pareceres e sugestões, cuja análise e

estudo ($r = .29$, $p = .032$) e institucional ($r = .44$, $p < .001$), mas não estava correlacionada com a dimensão interpessoal ($r = .24$, $p = .073$).

¹³⁹ A concomitante, por seu lado, teve um efeito multivariado estatisticamente significativo (*non-intenders*: Traço de Pillai = .730, $F_{(4, 61)} = 41.19$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .73$; *intenders*: Traço de Pillai = .594, $F_{(4, 50)} = 18.32$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .59$). Os testes univariados de *follow-up* revelaram que esta estava significativamente relacionada com a maioria das dimensões da qualidade da adaptação (*non-intenders*: DIntp: $F_{(1, 64)} = 14.76$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .19$; DCar: $F_{(1, 64)} = 170.64$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .73$; DEst: $F_{(1, 64)} = 8.18$, $p = .006$, $\eta_p^2 = .11$; DInst: $F_{(1, 64)} = 15.05$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .19$; *intenders*: DPes: $F_{(1, 53)} = 10.42$, $p = .002$, $\eta_p^2 = .16$; DCar: $F_{(1, 53)} = 68.81$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .57$; DEst: $F_{(1, 53)} = 3.35$, $p = .073$, $\eta_p^2 = .06$; DInst: $F_{(1, 53)} = 10.60$, $p = .002$, $\eta_p^2 = .17$).

exemplificação podem ser consultadas no quadro abaixo (ilustração 5.11).

Grupos de discussão	Sustentabilidade	Transferibilidade
<p>Implementadora e participantes do grupo B</p>	<p>(S) A extensão do apoio para lá do fim do T(+S permitiria responder a necessidades futuras e manter os ganhos:</p> <p>“O ideal seria existir uma pessoa ligada ao programa que estivesse disponível para nos ajudar [a manter ou retomar os níveis de atividade física] no futuro. Imagino que quem tiver uma má experiência com a atividade que escolheu agora precise de um <i>reforço</i> para não desistir de vez.”</p> <p>(S) A sustentabilidade do T(+S poderia melhorar com a inclusão de outros recursos (já existentes na comunidade):</p> <p>“Consideraram a possibilidade de incluir representantes das secções desportivas da AAC no programa que, numa fase posterior, pudessem dar continuidade ao vosso trabalho?”</p>	<p>(S) Há interesse num T(+S adaptado a outros objetivos de mudança:</p> <p>“Falo por mim e (...) colegas que têm dificuldade em fazer uma alimentação equilibrada durante as aulas (...) não gostam das cantinas (...) seria muito útil realizar um programa semelhante a este ainda que direcionado para a preparação de refeições saudáveis.”</p> <p>“Eu acho que um [programa semelhante] dirigido ao sono também é do nosso interesse.”</p>
<p>Implementadora e colaboradores (GAE)</p>	<p>(P/S) A sustentabilidade do T(+S poderia melhorar com a inclusão de outros recursos (já existentes na comunidade) e os devidos ajustamentos:</p> <p>“Demonstrada a sua eficácia, [a versão parcelar do T(+S)] pode ser incorporada no programa de atividades do GAE, ainda que com alguns ajustamentos: (...) preparação prévia de quem aceitar o desafio da execução (...) ou alteração do formato [e.g., modalidade de aplicação com recurso à internet].”</p>	<p>(P) A adaptação do T(+S a outros objetivos de mudança deve ser precedida de estudos de eficácia e eficiência relativa:</p> <p>“Existindo outras iniciativas [para CAS-alvo como o comportamento alimentar ou o padrão sono-vigília] previstas ou a decorrer, faz mais sentido começar por perceber se existem vantagens [em termos de ganhos e custos] na substituição ou na suplementação [de iniciativas].”</p>

(cont.)

(cont.)

Grupos de discussão	Sustentabilidade	<i>Transferibilidade</i>
Investigadora e orientador	<p>(P) O maior obstáculo à sustentabilidade do T(+)<i>S</i> é a imposição de um implementador e avaliador com formação e experiência específicas:</p> <p>“O resultado do balanço entre ganhos e custos parece ser satisfatório (...) o que está em causa não é a pertinência de manter o programa, antes a possibilidade de custear as despesas que daí decorrem [particularmente com o equivalente ao elemento dedicado] (...) fazendo-o [T(+)<i>S</i>] depender de voluntariado ou de outra bolsa de investigação.”</p> <p>(P) A sustentabilidade do T(+)<i>S</i> poderia melhorar com a inclusão de outros recursos (já existentes na comunidade):</p> <p>“[Como] o programa está documentado e avaliado, pode interessar a outras estruturas (...) e ser incorporado nas suas atividades (...) o GAE é um bom candidato (...) até os alunos [do segundo ciclo de estudos] da FCDEF. (...) Em ambos os casos será sempre necessário investir algum tempo no treino do potencial implementador e avaliador.”</p>	<p>(P) É mais fácil transportar e adaptar o T(+)<i>S</i> a outros objetivos de mudança do que a uma população-alvo de maiores dimensões:</p> <p>“O alargamento da oferta [do T(+)<i>S</i>] a todos os estudantes é uma exigência ética (...) viável se existisse uma equipa [em vez de um elemento dedicado] ou se o formato fosse convertido para grupos de grandes dimensões. (...) [transportar, adaptar e financiar os mecanismos do T(+)<i>S</i> para] trabalhar outros CAS-alvo não oferece tantas dificuldades.”</p>

Ilustração 5.11. Resultados da apreciação da sustentabilidade dos ganhos e mecanismos e da *transferibilidade* dos mecanismos do programa T(+)*S* segundo os grupos de discussão. P = parecer, S = sugestão.

No que diz respeito à sustentabilidade dos ganhos e dos mecanismos do programa T(+)*S*, destacaram-se as seguintes ideias:

- A manutenção dos ganhos estava dependente de fatores individuais (e.g., desenvolvimento de uma intenção comportamental concorrente à prática de exercício físico) e contextuais (e.g., experiência negativa com a atividade escolhida) que podiam não ter sido antecipados durante o T(+)*S* e a cessação do apoio dado aos participantes poderia resultar na não acomodação das novas necessidades e no retrocesso desses ganhos;
- Ainda que os dados preliminares da eficácia do T(+)*S* parecessem positivos e os seus custos tivessem sido facilmente suportados (pelos subsídios atribuídos à investigadora reponsável), a continuação do programa impunha um implementador e um avaliador com formação e experiência específicas (e.g., conhecimentos na área

da Psicologia, em particular sobre a APAS e as técnicas de mudança comportamental). Esta exigência constituía provavelmente o maior obstáculo à sustentabilidade dos mecanismos do T(+)*S*, uma vez que dela decorriam duas questões importantes: na impossibilidade da investigadora responsável continuar a desempenhar aqueles papéis, quem ficaria responsável pela preparação do futuro implementador e avaliador? Como seria custeado o trabalho deste último (numa altura em que os subsídios da investigadora responsável teriam cessado)? No seguimento destas questões foi ainda sugerida uma alternativa: a modificação dos métodos de intervenção, mais concretamente da modalidade de aplicação (e.g. substituir a aplicação presencial pela aplicação à distância, por meio da internet, e possibilitar o acesso a conteúdos emparelhados com o *mindset* do utilizador, avaliado numa etapa prévia) de modo a que a presença física do implementador e avaliador pudesse ser dispensada;

- A sustentabilidade do T(+)*S* poderia ser melhorada com a inclusão de outros recursos já existentes na comunidade (com o propósito não só de substituir a investigadora responsável nos papéis acima mencionados, como também de possibilitar um apoio continuado aos participantes) como é o caso dos membros do GAE, cujo plano de atividades já inclui algumas iniciativas de promoção da saúde, ou dos alunos do segundo ciclo de estudos da FCDEFUC com um plano de estudos (e.g., o do Mestrado em Atividade Física em Contexto Escolar) compatível com o programa. Independentemente da estrutura escolhida seria necessário acomodar eventuais necessidades de formação/treino do futuro implementador e avaliador do T(+)*S*, tendo em consideração as especificidades do programa. O envolvimento das secções desportivas da AAC, ainda que desejável, foi considerado menos viável tendo em consideração a dimensão e a complexidade (e.g., secções heterogéneas quanto ao nível de maturidade e, conseqüentemente, de organização e responsabilidade) desta estrutura.

Quanto à *transferibilidade* dos mecanismos do programa T(+)*S* a outros contextos, sobressaíram as seguintes ideias:

- Transportar e adaptar os mecanismos do T(+)*S* a outros CAS-alvo (e.g., comportamento alimentar, padrão sono-vigília, consumo de substâncias psicoativas)

parecia ser do interesse de alguns participantes (potenciais destinatários, ou semelhantes, de programas futuros);

- Em conformidade com esse interesse, havia pareceres favoráveis (quer dos colaboradores, quer dos principais responsáveis) na adaptação do T(+S) a outros objetivos de mudança. No entanto, perante a existência de iniciativas com objetivos semelhantes, seria mais sensato começar por aferir a eficácia e a eficiência relativa de todas as iniciativas de forma a evitar o desperdício de recursos;

- O alargamento do T(+S) a todos os jovens-adultos primeiranistas constituía uma exigência ética, apenas viável se existissem mais recursos humanos e/ou materiais ou se a modalidade de aplicação fosse adaptada a grupos de grandes dimensões (como mencionado a propósito da sustentabilidade do programa).

3.5. Discussão integrada dos resultados da avaliação

A estimação do valor ou mérito de qualquer intervenção é um momento crítico – i.e., penoso pelo consumo de recursos que a recolha sistemática e rigorosa de informação implica, mas crucial para tomar decisões acerca do futuro da intervenção realizada – que não deve ser negligenciado (Fitzpatrick et al., 2011; Mertens & Wilson, 2012; Rojo, 2002). Com este princípio em mente e sob a orientação das perguntas avaliativas inspiradas no modelo de avaliação CIPP (Stufflebeam, 2007; Stufflebeam & Zhang, 2017), segue-se a discussão dos resultados detalhadamente apresentados no ponto anterior.

Os **resultados** encontrados na **componente avaliativa context** apoiavam a primeira característica do programa de intervenção T(+S): **utilidade**. A pertinência dos seus objetivos advinha dos seguintes factos: os objetivos do T(+S) procuraram responder às necessidades e aos problemas subjacentes (previamente identificados e considerados relevantes) da sua população-alvo, ao mesmo tempo que o alcance daqueles beneficiou de valiosos recursos e oportunidades existentes localmente e à data da avaliação das necessidades.

A segunda característica do programa de intervenção T(+S) – **qualidade** – alicerçava-se nos **resultados** da **componente avaliativa input**. Por um lado, a estratégia (bem como os planos) do T(+S) fundou-se em considerações teóricas e evidências sólidas e emergiu de

um exercício de comparação (e de demonstração de superioridade) com estratégias alternativas; por outro, os planos que traduziram a operacionalização dessa estratégia receberam a aprovação e incorporaram as sugestões de um pequeno grupo de alunos comparáveis aos destinatários da intervenção, num esforço colaborativo de garantia de coerência, atratividade, viabilidade, etc..

Já os **resultados** da **componente avaliativa** seguinte (*process*) sustentavam outras características do programa de intervenção T(+)*S* – **viabilidade** e **probidade** – e reforçavam a já mencionada **qualidade**.

De facto, as alterações registadas na implementação do T(+)*S* (viz., abreviação/prolongamento de algumas atividades da terceira e quinta sessões da condição experimental B) não diminuíram de modo relevante o grau de correspondência entre o que foi planeado e efetivamente realizado, tendo sido alcançado um bom equilíbrio entre a fidelidade ao essencial do programa e a adaptação às necessidades específicas do contexto (Carvalho et al., 2013). No mesmo sentido, a apreciação positiva feita pelos respondentes quanto aos diversos aspetos das sessões do programa (e.g., desempenho do implementador, participação dos destinatários, conteúdo e/ou forma da sessão), bem como o recrutamento e a taxa de retenção alcançados (indicadores subjetivos do nível de aceitação, interesse e envolvimento/barreiras no compromisso dos participantes), sublinharam a qualidade da implementação do plano prático do T(+)*S*.

Estes resultados (em especial, as críticas e as sugestões dos respondentes) impulsionaram também a formulação das primeiras *lições*, obstinadamente defendidas por Stufflebeam (2007). Na versão definitiva do T(+)*S* ou numa intervenção futura semelhante devem ser reconsideradas as vantagens e as desvantagens dos seguintes aspetos: (1) grupos de trabalho e de desenvolvimento com dimensões superiores a 30 elementos (i.e., o aumento do alcance da intervenção pode não justificar a diminuição da satisfação individual com a mesma, como parece ter acontecido com o grupo A, recorde-se, de 35 elementos e com o registo menos positivo na apreciação geral da sessão); (2) horário tardio das sessões (i.e., os períodos pós-laborais, ainda que da preferência da maioria, podem ser contraproducentes e tornarem-se objeto de críticas, inclusive de quem os escolheu); (3) existência de trabalhos de casa (i.e., não estando em causa a supressão destas atividades, pode ser considerada a possibilidade de algumas destas serem integradas na estrutura da

sessão); (4) vácuo entre destinatários do programa e representantes de infraestruturas/entidades ligadas ao exercício físico e ao desporto locais (i.e., o esforço prévio de aproximação das infraestruturas/entidades aos destinatários, através do convite para participação ou da solicitação de informações de contacto preferencial, pode evitar ou atenuar algumas das dificuldades sentidas pelos destinatários aquando do estabelecimento do primeiro contacto); (5) ausência de seguimento após o fim do programa (i.e., qualquer intervenção breve deve ter uma duração compatível com a sua natureza, no entanto a oferta de uma sexta sessão no tratamento volitivo¹⁴⁰ pode ser uma resposta viável para os participantes intervencionados que procuram apoio extra no início ou na consolidação da mudança comportamental).

Por fim, na estimação do valor ou mérito do T(+)*S* foram ainda considerados os **resultados da componente avaliativa *product***, abonatórios das últimas características do programa: **efetividade e alcance**.

Uma vez verificada a homogeneidade dos grupos em comparação (experimentais A/B vs. controlos) relativamente às características sociodemográficas (viz., género, idade, estado civil, nacionalidade, proveniência, nível socioeconómico e dependência financeira) e à maioria das características escolares/académicas (viz., primeira matrícula no ensino superior, mudança do local de residência com o ingresso, frequência da deslocação à residência original, participação em atividades extracurriculares) e identificados os fatores de heterogeneidade (viz., curso de pertença, prioridade de escolha do curso e nota de ingresso) que poderiam interferir na avaliação dos efeitos do T(+)*S*, encontraram-se os primeiros dados positivos da eficácia do programa.

Os resultados da análise das mudanças a curto prazo (e da sua estabilidade), ocasionadas pela intervenção, permitiram confirmar boa parte da primeira hipótese de investigação (H1_(a) e H1_(b)). Com efeito, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis manipuladas somente depois da intervenção, particularmente no momento pós-intervenção, sendo estas diferenças sistematicamente favoráveis aos grupos experimentais A e B.

¹⁴⁰ Este ponto será retomado adiante, aquando da discussão dos resultados da sustentabilidade e *transferibilidade* do T(+)*S*.

Por outras palavras, e mantendo o foco nas diferenças intergrupais, nenhum dos dois grupos experimentais diferiu dos respetivos controlos ao nível das variáveis analisadas (viz., percepção de risco, expectativas de resultado, autoeficácia de tarefa e intenção, nos participantes inicialmente classificados de *non-intenders*; intenção, planeamento da ação, planeamento do *coping* e autoeficácia de manutenção, nos participantes inicialmente classificados de *intenders*) no momento pré-intervenção, ambos foram superiores aos respetivos grupos de controlo nas mesmas variáveis no momento pós-intervenção (registando-se magnitudes do efeito médias nos participantes inicialmente classificados de *non-intenders* e magnitudes tendencial e efetivamente elevadas nos participantes inicialmente classificados de *intenders*) e apenas o grupo experimental B se destacou do grupo controlo em algumas das variáveis (viz., planeamento da ação, planeamento do *coping* e autoeficácia de manutenção) no momento seguimento (verificando-se uma ligeira variação nas magnitudes do efeito, negativa nas variáveis de planeamento e positiva na variável autoeficácia de manutenção).

Deslocando o foco para as diferenças intragrupais (i.e., para a evolução de cada grupo ao longo do tempo), os dois grupos intervencionados apresentaram um crescimento (mais acentuado no grupo B, atendendo às magnitudes do efeito tendencialmente elevadas nos participantes inicialmente identificados de *non-intenders* e algumas magnitudes muito elevadas nos participantes inicialmente classificados de *intenders*) do primeiro para o segundo tempo ao nível de quase todas as variáveis analisadas (viz., percepção de risco, expectativas de resultado, autoeficácia de tarefa e intenção, nos participantes inicialmente classificados de *non-intenders*; planeamento da ação, planeamento do *coping* e autoeficácia de manutenção, nos participantes inicialmente classificados de *intenders*) que estabilizou no momento seguimento de 3 meses para a maioria delas (as exceções registaram-se ao nível das expectativas de resultado, nos participantes inicialmente classificados de *non-intenders*, e da intenção, nos participantes inicialmente classificados de *intenders*), enquanto os seus controlos se mantiveram constantes ao longo do tempo na maior parte das variáveis (as exceções concretizaram-se ao nível da percepção de risco e da intenção, nos controlos *non-intenders*, e do planeamento da ação, nos controlos *intenders*).

A lógica subjacente a uma intervenção baseada na teoria e na evidência é a de que se uma teoria ou modelo (que identifica e explica o modo de atuação dos determinantes mais relevantes do CAS-alvo) e as técnicas de mudança efetiva (capazes de atuar nos construtos

da teoria anterior) tiverem sido bem escolhidas e corretamente aplicadas ao desenvolvimento da intervenção, há uma probabilidade maior de alcançar a mudança comportamental pretendida por intermédio de alterações produzidas nos mediadores teóricos (Davis, Campbell, Hildon, Hobbs, & Michie, 2015; Norman & Conner, 2015). Ainda que os resultados anteriores não permitissem perceber se a teoria de base tinha sido uma escolha acertada (cf. discussão sobre mudanças a médio prazo para este efeito), eles eram abonatórios das técnicas de mudança efetiva escolhidas para o conteúdo da intervenção, estando em harmonia com os resultados de outras intervenções promotoras da atividade física que empregaram algumas destas técnicas¹⁴¹ (e.g., Araújo-Soares et al., 2009; Bray et al., 2011; Duan et al., 2017; Koring et al., 2012).

Há ainda dois aspetos nestes resultados que merecem alguma atenção. O primeiro prende-se com a estabilidade das diferenças intergrupais: inexistente entre os grupos de sujeitos inicialmente classificados de *non-intenders*, mas suficientemente expressiva (olhando às magnitudes do efeito tendencial e efetivamente elevadas) entre os grupos de sujeitos inicialmente classificados de *intenders*. Tal facto pode estar relacionado com o tempo de exposição à intervenção (recorde-se que o grupo A foi exposto a uma sessão de 90 minutos e a um total de sete técnicas de mudança efetiva, ao passo que o grupo B recebeu cinco sessões semanais com igual duração e um total de 18 técnicas) e vai ao encontro dos resultados alcançados por Rhodes et al. (2017) relativamente ao conjunto de moderadores do sucesso de uma intervenção promotora de atividade física (viz., número total de estratégias utilizadas, supervisão e frequência elevada de contacto). O segundo aspeto diz respeito ao crescimento observado nos grupos de controlo (no último momento de avaliação) em algumas das variáveis. Não sendo uma ocorrência exclusiva desta

¹⁴¹ A comparação entre os resultados de diferentes intervenções promotoras da atividade física (por intermédio da atuação nos determinantes sociocognitivos deste CAS-alvo) é sempre limitada pelas inúmeras diferenças que as separam. Perante a ausência de uma iniciativa com as mesmas características do T(+S), foi necessário recorrer às intervenções publicadas destinadas a populações-alvo dissemelhantes (e.g., Koring et al., 2012; Renner et al., 2007), baseadas em modelos sociocognitivos que não o APAS (e.g., Araújo-Soares et al., 2009; Bray et al., 2011) ou que fizeram uso de métodos de intervenção diferentes (e.g., Duan, Wienert, Hu, Si, & Lippke, 2017; Fernández & Schwarzer, 2014). Note-se também que a atual abundância de estudos de intervenção na literatura científica não é ainda acompanhada do rigor advogado por peritos na área (e.g., Davis et al., 2015; Norman & Conner, 2015) na descrição teórica e metodológica das intervenções, dificultando a tarefa de comparação de resultados. Este cenário pode infelizmente prolongar-se em face dos resultados encontrados na revisão de alto nível realizada por Rhodes et al. (2017) relativamente ao conjunto de moderadores do sucesso de uma intervenção promotora de atividade física e do qual não fazem parte o recurso a um modelo teórico sobre mudança comportamental no desenvolvimento e avaliação da intervenção ou a utilização de uma determinada técnica de mudança comportamental.

intervenção (e.g., Araújo-Soares et al., 2009), esta pode ter resultado de duas situações distintas: do fenómeno *mere-measurement effect*¹⁴² (i.e., o simples preenchimento do questionário APAS_EF por parte dos controlos provocou alterações quer nas suas cognições associadas ao CAS-alvo, quer na probabilidade de execução deste último, capturadas nos momentos de avaliação seguintes) e/ou da perceção de degradação da saúde¹⁴³ com o decorrer do ano letivo. Esta última pode ter estimulado a expressão de alguns dos determinantes sociocognitivos da intenção (como de crenças de vulnerabilidade pessoal à doença associadas à inatividade física) e da intenção de praticar regularmente exercício físico (no caso dos controlos *non-intenders*) ou a expressão de processos autorregulatórios volitivos (como o planeamento da ação, no caso dos controlos *intenders*).

De igual forma, na análise das mudanças a médio prazo ocasionadas pela intervenção obtiveram-se resultados que permitiram confirmar parcialmente a segunda hipótese de investigação (H2) e contribuir para a demonstração da eficácia do programa T(+).S. Com efeito, do ponto de vista das diferenças intergrupais, nenhum dos dois grupos experimentais diferiu dos respetivos controlos ao nível do CAS-alvo (viz., CAS frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas) no momento pré-intervenção, mas apenas o grupo experimental B se destacou do grupo controlo no CAS-alvo no momento seguimento (registando-se uma magnitude do efeito elevada).

Já do ponto de vista das diferenças intragrupais, os grupos intervencionados apresentaram um crescimento (mais acentuado no grupo B, atendendo às magnitudes do efeito, elevadas nos dois grupos) do primeiro para o último tempo ao nível da variável analisada, ao passo que só os controlos *intenders* se mantiveram constantes ao longo do tempo na mesma variável.

No último momento de avaliação, os dois grupos experimentais apresentavam, relativamente à prática de atividades físicas: grupo A, pouco mais de 30 minutos por

¹⁴² Este fenómeno (também conhecido por *question-behaviour effect*, *self-generated validity* ou por outras designações) tem sido observado em diversos CAS (e.g., Conner, Godin, Norman, & Sheeran, 2011; Sandberg & Conner, 2011; Wood, Conner, Sandberg, Godin, & Sheeran, 2014) e, em termos simples, diz respeito à influência que uma simples pergunta sobre um determinado comportamento (e.g., qual a intenção comportamental de comer vegetais e fruta?) tem na probabilidade de o executar posteriormente. Alguns autores (e.g., Koring et al., 2012) recorreram a planos de investigação transversais (sem pré-teste) para contornar o fenómeno anterior.

¹⁴³ Esta possibilidade parece ser coerente com a flutuação registada ao nível das medidas do estado de saúde e da qualidade de vida dos grupos de controlo (cf. dados descritivos da tabela 5.15, sugestivos de uma variação negativa do primeiro para o segundo momento de avaliação, em alguns componentes ou domínios, seguida de uma variação positiva mais expressiva).

semana (i.e., 36.6 ± 37.0) e cerca de 11% de sujeitos cumpridores das recomendações da OMS (WHO, 2010); grupo B, quase 120 minutos por semana (i.e., 114.4 ± 91.3) e aproximadamente 56% de sujeitos cumpridores das mesmas recomendações.

Os resultados anteriores evidenciaram, por um lado, a utilidade dos determinantes individuais sociocognitivos do CAS-alvo submetidos a manipulação experimental na promoção da prática de atividades físicas, quando acutelada a identificação do *mindset* dos participantes e a atribuição de um tratamento emparelhado com as suas características, e, por outro lado, a adequação da APAS (Schwarzer, 1992, 2008, 2016) na qualidade de modelo sociocognitivo de apoio ao desenvolvimento de uma intervenção. Recorde-se que os grupos experimentais receberam, como sugerido por Schwarzer (2008; Schwarzer & Luszczynska, 2015), um tratamento emparelhado com o seu *mindset* inicial (viz., o grupo A, constituído por sujeitos inicialmente classificados de *non-intenders*, foi submetido a um tratamento motivacional ou educacional, e o grupo B, formado por sujeitos inicialmente classificados de *intenders*, recebeu um tratamento essencialmente volitivo ou autorregulatório) do qual resultaram um aumento (ainda que não duradouro) da expressão da intenção de praticar exercício físico no grupo A e um aumento (de estabilidade desconhecida) da prática de exercício físico no grupo B, tal como previsto pelo modelo teórico e validado por diversos estudos (e.g., Duan et al., 2017; Fernández & Schwarzer, 2014; Koring et al., 2012; Schwarzer, 2008, 2016; Zhou et al., 2016).

Assim, o facto de o incremento da expressão da intenção de praticar exercício físico no primeiro grupo experimental não ter dado origem a um aumento da prática – ao contrário do que estabelecia um (provavelmente o mais ambicioso) dos objetivos de mudança distais do programa T(+)S – torna-se coerente com o modelo, por várias razões. Por um lado, “*before changing their habits, people need to become motivated*” (Schwarzer, 2016, p. 123) e a intenção de praticar exercício físico por parte deste grupo, inclusive após a intervenção, nunca foi forte (note-se que os valores médios dos dois últimos momentos foram inferiores a 50), muito provavelmente devido à brevidade da exposição à intervenção. Por outro lado, “*the adoption and maintenance of the health action is not achieved through an act of will but involves the development of self-regulatory skills and strategies*” (Schwarzer, 2016, p. 123) e o grupo em questão não recebeu qualquer tratamento volitivo (o qual poderia ter sido proveitoso apenas para os participantes do grupo A que, depois do tratamento motivacional, transitaram de *mindset*).

Importa ainda acrescentar que para esta ausência de mudança (ocasionada pela intervenção) no grupo A ou, mais precisamente, para a incapacidade de a detetar contribuiu também o crescimento registado do primeiro para o último tempo ao nível do CAS-alvo por parte dos controlos *non-intenders*, desencadeado provavelmente pelo *mere-measurement effect* (cf. explicação dada aquando da primeira menção) e/ou pela perceção de degradação da saúde referida anteriormente (no seguimento da justificação apresentada, esta constatação pode ter estimulado a intenção comportamental e a sua tradução em alguma ação).

A propósito dos resultados alcançados relativamente à prática de atividades físicas do grupo B compete destacar que o estilo de vida de mais de metade dos sujeitos deste grupo passou a incluir mais um CAS positivo (i.e., a prática salutar/regular de exercício físico), tal como estipulava um dos objetivos de mudança distais do T(+).S. Ademais, o aumento verificado nos restantes sujeitos não deve ser menosprezado, em face das evidências que apontam para a possibilidade de pequenas mudanças na prática de atividades físicas (e.g., menos de metade dos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada) conduzirem a mudanças claras e clinicamente relevantes no estado de saúde (particularmente em populações inativas e/ou clínicas; Rhodes et al., 2017).

Quanto aos resultados da análise suplementar (viz., correlação entre os determinantes sociocognitivos manipulados e a intenção de praticar ou a prática de atividades físicas dos participantes intervencionados), ficou demonstrada a importância que algumas variáveis da APAS manipuladas tiveram nos resultados alcançados pelos grupos experimentais nesta intervenção, como as que se individualizam em seguida. A autoeficácia de tarefa no desenvolvimento da intenção comportamental em sujeitos inicialmente classificados de *non-intenders* (i.e., os sujeitos do grupo A que terminaram a intervenção com crenças mais otimistas acerca das suas capacidades para exercer controlo sobre exigências desafiantes e sobre o seu próprio funcionamento foram também os que expressaram intenções mais fortes para iniciar a prática de atividades físicas). A autoeficácia de tarefa (indiretamente, segundo a APAS) e a intenção (diretamente, de acordo com a APAS) no desempenho do CAS-alvo por parte dos sujeitos inicialmente classificados de *non-intenders* (i.e., os participantes do grupo A com mais capacidade de imaginar sucesso ou de antecipar potenciais resultados de diversas estratégias e com objetivos comportamentais explícitos bem desenvolvidos no final da intervenção e, sobretudo, 3 meses depois desta ter

terminado, foram os que exibiram melhores resultados ao nível da prática de atividades físicas no momento seguimento). A intenção e o planeamento no desempenho do CAS-alvo por parte dos sujeitos inicialmente classificados de *intenders* (i.e., os sujeitos do grupo B com objetivos comportamentais explícitos bem desenvolvidos, nos dois momentos que se seguiram à intervenção, e com maior capacidade de imaginar cenários vívidos ou de antecipar oportunidades e obstáculos, bem como de elaborar planos minuciosos para executarem a ação pretendida e se prepararem para eventuais dificuldades, particularmente no último momento de avaliação, foram os que manifestaram melhores resultados ao nível da prática de atividades físicas no momento seguimento).

De resto, importa salientar que a ausência de correlações estatisticamente significativas entre os restantes determinantes sociocognitivos manipulados e as variáveis que representam os principais objetivos de mudança desta intervenção não retira relevância aos primeiros, uma vez que existem relações complexas comprovadas (alguns dos estudos podem ser encontrados em Schwarzer & Luszczynska, 2015) a interligar todos os determinantes não apreendidas pela análise estatística (relativamente simples) efetuada e, como o próprio autor da APAS reconhece, é necessário distinguir o modelo teórico que informa a intervenção do modelo analítico que acolhe apenas um subconjunto das variáveis com os resultados mais relevantes (Schwarzer, 2016, p. 127) numa determinada amostra e num momento específico.

Aos dados da eficácia do T(+)*S* anteriores, somaram-se outros igualmente positivos: os do impacto da intervenção.

Primeiramente, e com base nos resultados descritivos provenientes da avaliação do impacto (imediato) subjetivamente percebido pelos participantes intervencionados, deve ser sublinhado o facto de a esmagadora maioria dos respondentes ter reconhecido (pelo menos) uma categoria de benefícios decorrentes do programa de intervenção, não tendo sido apontadas quaisquer mudanças negativas inesperadas.

Depois, os mesmos resultados possibilitaram a confirmação de que algumas mudanças positivas previstas estavam em curso (estando, por conseguinte, em harmonia com os resultados da eficácia já discutidos) numa parte considerável da amostra (e.g., a aquisição de conhecimentos que precede a perceção de vulnerabilidade pessoal ou o desenvolvimento de competências volitivas, a evolução da intensidade da intenção

comportamental ou a execução de ações preparatórias que facilitam o CAS desejado) e, mais importante, a identificação de mudanças positivas inesperadas (e.g., melhorias ao nível de outros CAS do estilo de vida).

Por último, da apreciação das mudanças ocorridas no estilo de vida e nas variáveis de saúde e de sucesso académico resultaram dados que permitiram confirmar até certo ponto a terceira hipótese de investigação (H3) e, deste modo, fundamentar o impacto positivo do programa T(+).S. Efetivamente, no exercício de comparação de grupos (experimentais A/B vs. controlos), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em algumas variáveis dependentes no último momento de avaliação, sendo estas diferenças sistematicamente favoráveis aos grupos experimentais, particularmente ao B.

Tal como se esperava, e mantendo o foco nas diferenças intergrupais, os grupos experimentais não diferiram dos respetivos controlos na esmagadora maioria das variáveis em estudo (viz., ICEV, componentes do estado de saúde, faceta geral e domínios da qualidade de vida, e dimensões da qualidade da adaptação fora a dimensão carreira, nos participantes inicialmente classificados de *non-intenders* e *intenders*) no momento pré-intervenção e destacaram-se dos respetivos controlos em algumas variáveis (designadamente, o grupo A no ICEV e o grupo B no estado de saúde psicológica, nos domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida, e nas vivências adaptativas interpessoais¹⁴⁴) no momento seguimento (verificando-se magnitudes do efeito médias nos participantes inicialmente classificados de *non-intenders* e magnitudes médias a elevadas nos participantes inicialmente classificados de *intenders*).

Ao contrário do que era desejável, e deslocando o foco para as diferenças intragrupais, os quatro grupos evoluíram (mais acentuadamente no grupo B e nos controlos *non-intenders*, atendendo ao conjunto das magnitudes do efeito) ao longo do tempo nas variáveis analisadas, com algumas exceções. Estas recaíram sobre o estilo de vida (para os controlos *non-intenders*), os componentes do estado de saúde (para os controlos *intenders*), a faceta geral da qualidade de vida (para os quatro grupos) e seus domínios (físico e psicológico, para os participantes inicialmente classificados de *intenders*; relações sociais,

¹⁴⁴ Recorde-se que as diferenças encontradas nas dimensões pessoal e carreira da qualidade da adaptação dos participantes inicialmente classificados de *intenders* desapareceram após o controlo do efeito da variável concomitante (viz. dimensão carreira no primeiro momento de avaliação). Uma situação semelhante (i.e. perda das diferenças na dimensão carreira da qualidade da adaptação após a introdução da mesma covariável no modelo) foi observada nos participantes inicialmente classificados de *non-intenders*.

para todos salvo o grupo B; ambiente, para os controlos *non-intenders* e grupo B) e sobre algumas dimensões da qualidade da adaptação (carreira, para os grupos experimentais; estudo, para os controlos *intenders*).

Conforme o que foi apresentado em lugar próprio (ver os primeiros dois capítulos desta tese), cada uma das variáveis dependentes anteriores é determinada por uma constelação de fatores e, portanto, a expectativa de que a participação no programa de intervenção, mesmo que plenamente bem-sucedida (i.e., que resultasse em prática regular de exercício físico e consequentemente na inclusão de mais um CAS positivo no estilo de vida do jovem participante), desencadearia grandes alterações nos seus valores seria simplesmente irrealista. Não obstante, esperava-se que o T(+)*S*, pelas suas características naturais – i.e., um programa instigador de um estilo de vida mais saudável, ao mesmo tempo que procura familiarizar o primeiranista (particularmente o deslocado) com o meio que o rodeia (e.g., através da atividade “Coimbra: aliada do exercício físico e do desporto!”) ou promover a formação de grupos de pares com interesses comuns (e.g., através das atividades “A minha cidade natal é...”, “Planos...para troca!”) – excedesse o alcance previsto, afetando positivamente (ainda que de modo subtil) a perceção do aluno relativamente à sua saúde e à sua qualidade de vida, à instituição e à cidade de acolhimento, e à rede de apoio social. Em face dos resultados já apresentados, tal expectativa não se afigurou desajustada.

Com efeito, o estilo de vida (e não somente o padrão de exercício físico) dos dois grupos experimentais parece ter beneficiado do T(+)*S*¹⁴⁵, havendo participantes que passaram a engrossar o seu repertório de CAS positivos não só com a prática regular de exercício físico (particularmente os do grupo B, de acordo com os dados da eficácia do programa), mas também com outros CAS saudáveis (e.g., um comportamento alimentar ou um padrão sono-vigília adequados) escolhidos com o propósito de complementar ou substituir o primeiro (em particular os alunos que conseguiram iniciar/manter alguma atividade física, ainda que abaixo do nível recomendado, segundo a informação adicional prestada aquando da avaliação do impacto imediato percebido). A mudança simultânea ou

¹⁴⁵ Note-se que esta afirmação não ignora o facto de ter havido apenas um grupo experimental (viz., grupo A) a destacar-se de modo estatisticamente significativo do seu controlo ao nível da medida geral do estilo de vida no último momento de avaliação. No entanto, admite a possibilidade do programa de intervenção ter sido responsável pelo crescimento desigual verificado nos grupos de sujeitos inicialmente classificados de *intenders* (i.e., por $d_{(grupoB)} > d_{(controlo)}$).

sequencial de diversos CAS não é uma novidade, embora o estudo científico do fenómeno seja relativamente recente (ver, e.g., Geller, Lippke, & Nigg, 2017) e aponte para a existência de associações positivas cruzadas entre CAS com algumas semelhanças, estádios de mudança e mecanismos motivacionais/volitivos subjacentes à mudança, capaz de gerar efeitos sinérgicos (e.g., Fleig et al., 2015; Geller et al., 2017).

A participação no T(+)*S* parece ter favorecido também a perceção da saúde (física e, principalmente, psicológica¹⁴⁶) e da qualidade de vida (nos domínios psicológico e das relações sociais) do grupo B, sendo estes resultados coerentes entre si¹⁴⁷, bem como com as expectativas de alguns primeiranistas do grupo atrás mencionado (recorde-se que os benefícios psicológicos, como o efeito positivo no humor ou a abreviação da resposta de stresse, e sociais, como o reforço do bem-estar social e a prática de comportamentos pró-sociais, faziam parte dos motivos apresentados para o início/aumento da sua prática de exercício físico, no âmbito da atividade “A minha cidade natal é...” e com a perceção do impacto dos cerca de 11% dos respondentes que reportou benefícios da categoria saúde e bem-estar imediatamente após a intervenção. Ainda que a maioria dos estudos sobre o impacto positivo da atividade física se centre na saúde física (e.g., Fletcher et al., 2018; Rhodes et al., 2017), as evidências sobre os benefícios para a saúde mental da população geral (e.g., Poirel, 2017; Rhodes et al., 2017) e, inclusive, universitária (e.g., Downs & Ashton, 2011; Rodrigues, 2012) têm aumentado. Sabe-se que os mecanismos biológicos através dos quais o exercício físico regular e/ou a atividade física espontânea promovem a saúde (física e psicológica) e o bem-estar são complexos e diversos, podendo incluir a otimização da resposta fisiológica e neuroendócrina ao stresse, a promoção de um estado anti-inflamatório e aumento da neuroplasticidade e da expressão de fatores de crescimento (Silverman & Deuster, 2014).

De forma idêntica, a participação no programa de intervenção parece ter favorecido a perceção das vivências adaptativas interpessoais (i.e., a satisfação com as novas relações interpessoais e com o apoio social disponibilizado) do grupo B – facto não surpreendente

¹⁴⁶ Mais uma vez, esta afirmação não ignora o facto de o grupo B se ter destacado de modo estatisticamente significativo do seu controlo apenas ao nível do componente mental do estado de saúde no último momento de avaliação. Porém, admite a possibilidade do programa de intervenção ter sido responsável pelo aumento estatisticamente significativo do estado de saúde física verificado no grupo B (e não no seu controlo).

¹⁴⁷ Coerência desejável perante as afinidades conceptuais existentes entre o componente mental do estado de saúde (que inclui dimensões que procuram avaliar as limitações na execução de tarefas por motivos de ordem emocional, o estado de humor ou a interferência da saúde no funcionamento social) e os domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida.

em face dos componentes ou domínios do estado de saúde e da qualidade de vida afetados pelo T(+).S. Alguns investigadores têm chamado a atenção para a importância do envolvimento em atividades estruturadas (sejam elas de natureza educativa extraletiva, cultural, desportiva ou comunitária) na adaptação social de quem se encontra em transição para o ensino superior (e.g., Almeida et al., 2012; Bohnert, Aikins, & Edidin, 2007; Pascarella & Terenzini, 1991, 2005; Veloso et al., 2010).

A discussão dos resultados do impacto do T(+).S ficaria incompleta sem um breve comentário acerca da evolução dos grupos controlos entre os dois momentos de avaliação. O crescimento registado em algumas variáveis de saúde e de sucesso académico, embora inoportuno do ponto de vista da avaliação dos ganhos da intervenção, não é totalmente inesperado. Se é verdade que todos os alunos enfrentam desafios e adversidades de natureza escolar, sociorrelacional ou psicológica, num determinado momento do primeiro ano letivo do ensino terciário (e.g., Almeida et al., 2016; Brites et al., 2010; Fowler & Boylan, 2010; Hillman, 2005; Ishler & Upcraft, 2005; Pinheiro, 2003; Rodríguez et al., 2017), não é menos verdade que a maioria progride até ao termo deste ano letivo experienciando níveis crescentes (sobretudo a partir do início do segundo semestre; ver estudos longitudinais, e.g., Cao & Mao, 2008; English et al., 2016; Pittman & Richmond, 2008) e aceitáveis de saúde (mesmo que o seu estilo de vida seja desprovido da prática regular de exercício físico) e de adaptação académica sem a interferência de terceiros.

Porém, a desigualdade observada na evolução intragrupal dos sujeitos inicialmente classificados de *non-intenders* e favorecedora do grupo não intervencionado revelou-se curiosa. O grupo A, embora tenha melhorado o seu estilo de vida no seguimento do tratamento experimental, não exibiu um crescimento mais proeminente do que o seu grupo controlo na maioria das variáveis de saúde e de sucesso académico (i.e., $d_{(grupoA)} \leq d_{(controlo)}$). Duas explicações plausíveis podem ser propostas. As consequências de um estilo de vida mais saudável não são imediatas e boa parte pode ter aparecido no grupo A após o último momento de avaliação. Mais, um evento externo à investigação condicionou a relação entre as variáveis em estudo: por exemplo, o momento de avaliação seguimento pode ter coincidido com um período do calendário escolar menos fatigante ou com um período de maior satisfação com o curso e congruência entre a pessoa e a carreira escolhida, que se refletiram positivamente nas vivências adaptativas pessoais, na saúde e no bem-estar dos controlos *non-intenders* (único grupo cuja composição incluía quase exclusivamente

estudantes que não frequentavam o Mestrado Integrado em Psicologia).

Para finalizar a discussão dos resultados da componente avaliativa *product* resta apenas dar sentido aos dados tratados de sustentabilidade e transferibilidade do T(+)*S*.

Idealmente, uma intervenção deve ser eficaz e sustentável para maximizar o impacto junto da população-alvo (Cole & Sleet, 2017). Do conjunto total de resultados, estes são provavelmente os que mais enfraquecem o valor ou mérito do programa de intervenção. Ainda que a pertinência da sua extensão (i.e., da disponibilização de apoio pós-intervenção aos participantes cujas necessidades tivessem mudado) e continuação (de modo a acomodar as necessidades dos novos primeiranistas) não tenha gerado controvérsia (em face dos resultados positivos de eficácia e impacto), a alocação de recursos para que tal fosse possível (i.e., recursos financeiros para, pelo menos, assegurar a execução das tarefas do implementador e avaliador do T(+)*S*; recursos humanos para preparar o futuro implementador e avaliador) afigurou-se mais complexa, uma vez que os subsídios atribuídos à investigadora responsável, bem como a disponibilidade desta, cessariam em breve.

As sugestões mais relevantes que emergiram dos grupos de discussão facilitaram a enumeração de outras lições (Stufflebeam, 2007). Assim, com o objetivo de melhorar a sustentabilidade dos ganhos e dos mecanismos da versão definitiva do T(+)*S* ou de uma intervenção futura semelhante devem ser ponderados os seguintes aspetos: (1) possibilitar o acesso ao tratamento volitivo aos participantes inicialmente identificados de *non-intenders* que, depois do tratamento motivacional, evoluíram no seu *mindset*; (2) acrescentar uma sessão ao tratamento volitivo orientada para a monitorização dos ganhos, a revisão e o acerto de algumas estratégias trabalhadas nas sessões anteriores e a manipulação da autoeficácia de recuperação, e para ser implementada algum tempo (e.g., quatro semanas) depois da quinta sessão; (3) negociar a continuação da implementação e avaliação da intervenção com estruturas existentes na comunidade, detentoras de recursos e planos de atividades compatíveis com a intervenção, e/ou optar por uma modalidade de aplicação que dispense a presença física do implementador e avaliador (viz., aplicação à distância, por meio da internet; ver intervenção de Duan et al., 2017).

O valor ou mérito de um programa de intervenção é tanto maior quanto mais económicos, transportáveis e adaptáveis forem os mecanismos que produziram os ganhos,

para que possam ser usados noutros contextos (Stufflebeam, 2007; Stufflebeam & Zhang, 2017). Os resultados, satisfatórios, indicaram que os mecanismos do T(+)S eram facilmente transferíveis a outros CAS-alvo (e.g., comportamento alimentar, padrão sono-vigília, consumo de substâncias psicoativas) mas dificilmente transferíveis a grupos de grandes dimensões.

Conforme sugerido pelos grupos de discussão, o primeiro facto não dispensa a realização de estudos de eficácia e eficiência relativa (para perceber se o programa constituía uma alternativa superior às iniciativas existentes) e a opção por uma modalidade de aplicação à distância, mais adequada a grandes grupos, pode ser a solução para aumentar a *transferibilidade* da versão definitiva do T(+)S ou de uma intervenção futura semelhante.

3.6. Conclusões, limitações e recomendações

Conhecidos e discutidos os resultados das quatro componentes avaliativas resta reconhecer, em modo conciso e conclusivo, o programa de intervenção T(+)S (versão parcelar) como uma iniciativa útil (i.e., com objetivos relevantes e adequados), virtuosa ou de qualidade (i.e., com uma estratégia baseada na teoria e na evidência e operacionalizada com a aprovação e colaboração de um pequeno grupo de sujeitos comparáveis aos destinatários da intervenção), viável e proba (i.e., com a capacidade de ser implementada conservando um bom equilíbrio entre os polos fidelidade e adaptação, bem como de atrair, reter e agradar aos participantes), efetiva e abrangente (i.e., capaz de produzir os efeitos planeados – a saber: aumento (1) da expressão do subgrupo de determinantes sociocognitivos do exercício físico escolhidos para manipulação em função do *mindset* dos sujeitos entre os dois grupos de participantes e (2) da prática efetiva desse CAS, somente entre os participantes inicialmente classificados de *intenders* – e outros que, não sendo planeados, acrescentam mérito à iniciativa – a saber: melhoria (3) do estilo de vida nos dois grupos de participantes submetidos ao tratamento experimental e da percepção (4) da saúde física e, especialmente, psicológica, (5) dos domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida, e (6) das vivências adaptativas interpessoais nos participantes inicialmente classificados de *intenders*), ainda que aprimorável (i.e., passível de aperfeiçoamento, por exemplo, ao nível da sustentabilidade).

Não obstante, os resultados e as conclusões anteriores devem ser lidos com alguma reserva perante a presença de algumas **limitações**.

Destacam-se, em primeiro lugar, as limitações associadas ao facto do T(+)*S* ser um programa de intervenção piloto. Segundo alguns autores (e.g., Leon, Davis, & Kraemer, 2010), o papel e a interpretação dos resultados da avaliação de uma versão piloto (em especial, os do seu efeito) sofrem de restrições sérias, decorrentes de planos amostrais desadequados (e.g., amostragem não aleatória, dimensão da amostra pequena). Logo, atribuir à versão definitiva do T(+)*S* o valor ou mérito desta primeira versão seria uma prática abusiva. Estes resultados podem (e devem) ser usados para informar a versão definitiva e a reavaliação do seu efeito.

A inexistência de um avaliador (interno ou externo) alheio ao planeamento ou à execução do T(+)*S* representa igualmente uma limitação importante. É desejável que a avaliação (particularmente, a de natureza sumativa) dos programas de intervenção não seja conduzida pelo seu(s) planeador(es) ou implementador(es), sob pena dos resultados dessa avaliação poderem ser considerados enviesados ou suspeitos e, por conseguinte, nulos (Stufflebeam & Zhang, 2017). No entanto, perante a impossibilidade de seguir esta recomendação, a autoavaliação afigura-se preferível à ausência de avaliação.

Há também algumas limitações de teor metodológico que afetam principalmente a validade interna e externa do estudo do efeito do T(+)*S*. Entre outras, salienta-se o recurso a: (1) uma amostra não probabilística, de pequena dimensão e predominantemente feminina (ainda que, no âmbito de um estudo piloto, estas características tenham algum grau de aceitação; Leon et al., 2010); (2) uma distribuição parcialmente aleatória e não cega dos participantes pelas condições experimentais (embora tenha sido alcançado um grau de homogeneidade satisfatório entre os grupos em comparação relativamente às características sociodemográficas e escolares/académicas e às variáveis dependentes pré-intervenção); (3) medidas autodescritivas e retrospectivas para medir o CAS-alvo (se bem que as alternativas disponíveis, como os monitores ou a observação direta, não estejam isentos de críticas; Prince et al., 2008; Rhodes et al., 2017); (4) intervalos de tempo longos entre momentos de avaliação e apenas um momento seguimento (de modo a não sobrecarregar os participantes e a diminuir a mortalidade experimental).

Assim, no âmbito do planeamento, implementação e avaliação da versão definitiva

do programa de intervenção T(+)*S*, devem ser consideradas as lições oportunamente enumeradas aquando da discussão dos resultados, bem como as seguintes **recomendações**, orientadas para a superação das limitações apresentadas.

Para começar, deve ser nomeado um avaliador interno (i.e., alguém que conheça e esteja familiarizado com o programa, mas que não tenha tomado parte no seu planeamento ou na sua implementação) ou externo (i.e., pessoa alheia ao programa) para conduzir a avaliação do programa de intervenção. O primeiro pode facilitar a comunicação e o uso dos resultados da avaliação (porém o risco de um enviesamento favorável dos resultados é maior), o segundo pode produzir resultados mais credíveis e trazer uma perspetiva e competências diferentes ao processo de avaliação (Stufflebeam & Zhang, 2017). Se esta nomeação não for possível, é aconselhável a realização de uma meta-avaliação independente.

Depois, e com o objetivo de obter evidências conclusivas a respeito da eficácia e do impacto da versão definitiva do T(+)*S*, deve recorrer-se a um ensaio completamente randómico e controlado. Por outras palavras, é importante garantir uma amostra probabilística, de dimensão superior (tendo em consideração o número elevado de alunos que transitam todos os anos para o ensino superior – e.g., em 2018 rondavam os 123 000, segundo o sítio da Base de Dados Portugal Contemporâneo; www.pordata.pt) e mais representativa do seu universo (pelo menos, no que diz respeito ao género¹⁴⁸ e aos cursos/instituições de pertença), assim como uma distribuição totalmente aleatória (e, idealmente, cega) pelas condições experimentais e de controlo. Também deve ser ponderada a combinação de medidas autodescritivas (e.g., obtidas através de questionário) e objetivas (e.g., obtidas por intermédio de um pedómetro¹⁴⁹) para medir a prática de exercício físico, sem descurar que os instrumentos necessários para tal medem construtos diferentes do CAS-alvo que, embora estejam relacionados, não são permutáveis (Troiano,

¹⁴⁸ Um desequilíbrio (menos acentuado que o deste estudo) favorecedor do género feminino deve ser esperado novamente, por duas razões: (1) atualmente ingressam no ensino superior mais alunas do que alunos (e.g., em 2018, cerca de 68 000 alunas e 55 000 alunos matricularam-se pela primeira vez no ensino superior, segundo o sítio da Base de Dados Portugal Contemporâneo; www.pordata.pt); (2) há estudos que apontam para a existência de diferenças de género no estilo de vida (e.g., Costa, 2008; Martinho, 2006; Pengpid & Peltzer, 2015) e no interesse por intervenções promotoras de estilos de vida mais saudáveis (Plotnikoff et al., 2015). Intervenções específicas para cada género (i.e., planeadas para responder às necessidades e aos interesses de cada género) podem ajudar a atenuar o desequilíbrio com origem no segundo facto enunciado.

¹⁴⁹ Note-se que os pedómetros e outros dispositivos semelhantes proporcionam a medição objetiva do CAS-alvo, bem como outras vantagens. A utilização destes instrumentos constitui uma estratégia motivacional e autorregulatória promissora no aumento da atividade física (Koring et al., 2013).

McClain, Brychta, & Chen, 2014). Além disso, é essencial assegurar mais momentos de avaliação (pelo menos, um seguimento de 6 meses¹⁵⁰) sem perder o controlo das possíveis consequências nefastas (e.g., mortalidade experimental, *mere-measurement effect*). Finalmente, na presença de uma amostra de dimensão aceitável, recomenda-se uma análise formal de mediação em vez da análise das diferenças produzidas pela intervenção nos mediadores teóricos considerados.

¹⁵⁰ Estudos longitudinais com intervalos de tempo grandes entre os diversos momentos de avaliação são adequados à captação de mudanças comportamentais duradouras. No entanto, estudos com intervalos de tempo pequenos (e.g., o estudo com momentos de avaliação diários de Kelly & Updegraff, 2017) podem produzir resultados mais fidedignos quanto às relações entre cognições e comportamento e às flutuações de ambos. Por conseguinte, a combinação dos dois tipos de avaliação pode ser ponderada em estudos futuros.

Segundo Almeida e Freire (2007), qualquer trabalho de investigação é conduzido com o objetivo de esclarecer uma dúvida, replicar um fenómeno, testar uma teoria ou procurar soluções para um dado problema. A realização deste trabalho de investigação possibilitou, por um lado, o esclarecimento de algumas dúvidas relativamente ao estilo de vida dos estudantes em transição para o ensino superior e ao impacto daquele no estado de saúde, na qualidade de vida e no sucesso académico do primeiranista; por outro lado, o ensaio de uma solução (viz., o programa de intervenção piloto T(+S) capaz de contrariar o estabelecimento de CAS negativos (como a prática insuficiente de atividades físicas moderadas ou vigorosas) no estilo de vida do primeiranista, bem como as potenciais consequências (e.g., mudanças negativas na saúde e no bem-estar, que podem comprometer o sucesso académico).

Sem menosprezar o contributo feito para o corpo de conhecimento, reconhece-se que o tema deste trabalho está longe de esgotado e sublinha-se a necessidade de dar continuidade à investigação aqui encetada. Para os que estão dispostos a aceitar este desafio, ficam quatro advertências.

Em primeiro lugar, a missão de uma instituição de ensino superior centra-se na educação – não na saúde! Para recolher o apoio necessário a qualquer iniciativa de promoção da saúde, é fundamental respeitar os objetivos e a agenda institucionais (particularmente num período de enormes pressões decorrentes da atual competitividade internacional) ao mesmo tempo que se desenvolve uma intervenção compatível e, idealmente, catalisadora daqueles. O argumento a utilizar que melhor condensa a ideia anterior é: ambientes de aprendizagem (de trabalho e de vida) saudáveis (e sustentáveis) proporcionam experiências mais produtivas e gratificantes, logo favorecedores da reputação institucional!

Em segundo lugar, as instituições de ensino superior são entidades amplas, hierarquizadas e complexas. O acesso à população-alvo de uma iniciativa promotora de saúde (viz., discentes, docentes, técnicos ou qualquer membro da comunidade do campus) está sujeito a autorização, logo o arranque da intervenção depende da rapidez com que se percorre a hierarquia e os meandros burocráticos. Ademais, a articulação com as estruturas existentes e as atividades em curso beneficia a subsistência da intervenção. Uma comunicação convincente e atempada e um envolvimento alargado são estratégicos!

Em terceiro lugar, a moderação das expectativas das partes interessadas (desde os

responsáveis máximos das instituições de ensino superior até aos destinatários da intervenção) em relação à eficácia e ao impacto da iniciativa (na saúde e no bem-estar e, sobretudo, no sucesso acadêmico) é sempre uma questão delicada. Se, por um lado, expectativas baixas podem comprometer a liderança, a coordenação e a participação na intervenção, por outro lado, expectativas altas são propensas ao desapontamento e à insatisfação. Em defesa da credibilidade dos promotores da intervenção é fundamental respeitar o princípio da prática baseada na teoria e na evidência e o da avaliação do valor ou mérito da intervenção, bem como ser claro e rigoroso na comunicação dos objetivos pretendidos e dos alcançados e estar preparado para facultar as justificações necessárias.

Em quarto e último lugar, a documentação e a divulgação de uma iniciativa de promoção da saúde (no ensino superior ou noutro contexto) são indispensáveis à edificação (através da partilha) de conhecimento científico. A construção de um repositório digital somente para iniciativas de promoção da saúde – no qual fosse possível encontrar racionais teóricos, materiais (didáticos e de avaliação), procedimentos, breves descrições dos resultados da avaliação e das lições aprendidas – tornaria a literatura cinzenta mais acessível e útil. A concretização desta ideia depende do esforço coletivo dos que trabalham nesta área de investigação e de atuação e principalmente do esforço individual que o(s) promotor(es) da iniciativa tem(têm) de empregar depois de ter(em) atravessado as árduas fases de planeamento, implementação e avaliação.

- Abraham, C. (2010). Interventions to change health-related behaviour patterns. In D. French, K. Vedhara, A. Kaptein, & J. Weinmen (Eds.), *Health Psychology* (2nd ed., pp. 99-110). Oxford, UK: BPS Blackwell.
- Abraham, C., Connor, M., Jones, F., & O'Connor, D. (2016). *Health Psychology: Topics in Applied Psychology* (2nd ed.). Abingdon, UK: Routledge.
- Abraham, C., Kok, G., Schaalma, H., & Luszczynska, A. (2011). Health promotion. In P. Martin et al. (Eds.), *IAAP handbook of applied psychology* (pp. 81-111). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology, 27*(3), 379-87. doi: 10.1037/0278-6133.27.3.379.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The health belief model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 30-69). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Abrantes, A., Scalco, M., O'Donnell, S., Minami, H., & Read, J. (2017). Drinking and exercise behaviors among college students: between and within-person associations. *Journal of Behavioral Medicine, 40*(6), 964-977. doi: 10.1007/s10865-017-9863-x
- Aceijas, C., Bello-Corassa, R., Waldhäusl, S., Lambert, N., & Cassar, S. (2016). Barriers and determinants of physical activity among UK university students. *European Journal of Public Health, 26*(S1). doi: 10.1093/eurpub/ckw174.255
- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. (2010). Motivation and volition in the course of action. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.), *Motivation and action* (2nd ed., pp. 275-299). New York, NY: Cambridge University Press.
- Adelmann, P. (2005). Social environmental factors and preteen health-related behaviors. *Journal of Adolescent Health, 36*, 36-47. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.07.027
- Administração da Universidade de Coimbra. (2011). *UC em números: 2009/2010*. Coimbra, PT: Universidade de Coimbra.
- Administração da Universidade de Coimbra. (2012). *UC em números: 2010/2011*. Coimbra, PT: Universidade de Coimbra.
- Agante, D., Brito, I., & Rodrigues, V. (2010). Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas em estudantes do ensino superior de Coimbra, Aveiro e Leiria. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas - Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 177-178). Aveiro, PT: Universidade de Aveiro.
- Agudo, V. (2008). *A transição para a idade adulta e os seus marcos: que efeito na sintomatologia depressiva?* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisbon.

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of Planned Behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, DE: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior* (2nd ed.). Milton-Keynes, UK: Open University Press / McGraw-Hill.
- Alarcão, I. (2000). Para uma conceptualização dos fenómenos de insucesso/sucesso escolares no ensino superior. In J. Tavares, & R. Santiago (Orgs.), *Ensino superior: (In)Sucesso académico* (pp. 11-23). Porto, PT: Porto Editora.
- Albuquerque, C. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior* (Unpublished master's thesis). Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Albuquerque, C. (Org.). 2012. *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e perspectivas*. Viseu, PT: Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Viseu.
- Allensworth, D., Grizzell, J., Stevenson, B., & Tappe, M. (2017). Promoting health in schools and universities. In C. Fertman & D. Allensworth (Eds.), *Health promotion programs: from theory to practice* (2nd ed., pp. 325-348). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Almeida, L. (2001). Acesso, integração e sucesso académico: uma análise reportada aos estudantes do 1º ano. In R. Sousa, E. Sousa, F. Lemos, & C. Januário (Orgs.), *III Simpósio Pedagogia na Universidade* (pp. 223-240). Lisbon, PT: Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.
- Almeida, L. (2002). Formatar o ensino a pensar na aprendizagem. In A. Pouzada, L. Almeida, & R. Vasconcelos (Eds.), *Contextos e dinâmicas da vida académica* (pp. 239-252). Guimarães, PT: Universidade do Minho.
- Almeida, L., Araújo, A., & Martins, C. (2016). Transição e adaptação dos alunos do 1º ano: Variáveis intervenientes e medidas de atuação. In L. Almeida & R. Castro (Orgs.), *Ser estudante no ensino superior: O caso dos estudantes do 1º ano* (pp. 146-164). Braga, PT: Universidade do Minho, Centro de Investigação em Educação.
- Almeida, L., Diniz, A., Pais, L., & Guisande, M. (2006). A avaliação psicológica na prática dos psicólogos: As provas psicológicas usadas em Portugal. In C. Machado, L. Almeida, M. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Orgs.), *Actas da XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1091-1097). Braga, PT: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, L., & Ferreira, J. (1997). *Questionário de Vivências Académicas*. Braga, PT: Universidade do Minho.

- Almeida, L., Ferreira, J., & Soares, A. (1999). Questionário de Vivências Académicas: Construção e validação de uma versão reduzida (QVA-r). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 33(3), 181-207.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação* (4th ed.). Braga, PT: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, L., Gonçalves, A., Soares, A., Marques, A., Machado, C., & Fernandes, E. (2004). *Transição, adaptação e rendimento académico de jovens no ensino superior* (Report). Braga, PT: Universidade do Minho.
- Almeida, L., Guisande, M., & Paisana, J. (2012). Extra-curricular involvement, academic adjustment and achievement in higher education: A study of Portuguese students. *Anales de Psicología*, 28(3), 860-865.
- Almeida, L., Guisande, M., Soares, A., & Saavedra, L. (2006). Acesso e sucesso no ensino superior em Portugal: questões de género, origem socio-cultural e percurso académico dos alunos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 507-514.
- Almeida, L., Soares, A., & Ferreira, J. (2000). Transição e adaptação à universidade: apresentação do Questionário de Vivências Académicas (QVA). *Psicologia*, 14(2), 189-208.
- Almeida, L., Soares, A., Salgueiro, A., Freitas, A., & Vasconcelos, R. (2004). Questionário de Vivências Académicas (QVA-r): Novo estudo de validação. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Orgs.), *Actas do X Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 449-454). Braga, PT: Psiquilíbrios Edições.
- Alwan, A. (1997). Noncommunicable diseases: a major challenge for public health in the region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 3(1), 6-16.
- Amante, M. (2007). *A avaliação da qualidade no ensino superior: Uma proposta de indicadores de qualidade docente* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- American College Health Association. (2012). *Standards of practice for health promotion in higher education* (3rd ed.). Retrieved from http://www.acha.org/publications/guidelines_whitepapers.cfm
- Anderson, M., Goodman, J., & Schlossberg, N. (2012). *Counseling adults in transition: linking Schlossberg's theory with practice in a diverse world* (4th ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Andrade, K., Souza, J., Leite, L., Figueiró, M., & Cunha, B. (2011). Qualidade de vida em estudantes de Psicologia. *Psicólogo informação*, 15, 129-141.
- American Psychological Association. (2010a). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

- American Psychological Association. (2010b). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- Araújo, B., & Almeida, L. (2010, July). *Interferência dos factores psicossociais e curriculares no rendimento académico: Um estudo com estudantes de Enfermagem*. Paper presented at the I Seminário Internacional “Contributos da Psicologia em Contextos Educativos”, Universidade do Minho, Braga, PT.
- Araújo, A., Almeida, L., Ferreira, J., Santos, A., Noronha, A., & Zanon, C. (2014). Questionário de Adaptação ao Ensino Superior (QAES): Construção e validação de um novo questionário. *Psicologia, Educação e Cultura*, 18(1), 131-145.
- Araújo-Soares, V., McIntyre, T., MacLennan, G., & Sniehotta, F. (2009). Development and exploratory cluster-randomised opportunistic trial of a theory-based intervention to enhance physical activity among adolescents. *Psychology & Health*, 24(7), 805-822. doi: 10.1080/08870440802040707
- Armitage, C., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: a structured review. *Psychology & Health*, 15, 173-189. doi: 10.1080/08870440008400299
- Ashton, J. (1998). The historical shift in public health. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson, & M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, experience and framework for action* (pp. 5-10). Copenhagen, DK: WHO Regional Office for Europe.
- Astin, A. (1993). *What matters in college? Four critical years revisited*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Astin, A. (1997). *What matters in college? Four critical years revisited*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Astin, A. (2005). How College Affects Students, volume 2: A third decade of research (review). *The Review of Higher Education*, 29(1), 120-122.
- Azevedo, C., Oliveira, L., Gonzalez, R., & Abdalla, M. (2013, November). *A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo*. Paper presented at the IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, Brasília, BR. Retrieved from http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq_2013/2013_EnEPQ5.pdf
- Baker, R., & Siryk, B. (1989). *Student Adaptation to College Questionnaire*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Bandura, A. (2000). Social-cognitive theory. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology* (Vol. 7, pp. 329-332). Washington, DC: American Psychological Association.

- Baptista, A. (2009). *O estudante adulto não-tradicional na Universidade de Aveiro* (Unpublished master's thesis). Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G., Gottlieb, N., & Fernández, M. (2011). *Planning health promotion programs; an Intervention Mapping approach* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bessa, J., & Tavares, J. (2004). *(ETApES) Experiências na transição académica para o ensino superior: construção e validação de inventário*. Retrieved from http://media.wix.com/ugd/1cfeac_b8aa18024d98917b52001c865b9fef6b.pdf?dn=daes_etapes.pdf
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-341.
- Bohnert, A., Aikins, J., & Edidin, J. (2007). The role of organized activities in facilitating social adaptation across the transition to college. *Journal of Adolescent Research*, 22(2), 189-208. doi:10.1177/0743558406297940
- Bonnetaud, C. (2011). *Student engagement profile: A comparison of traditional and nontraditional undergraduate college students*. Raleigh, NC: North Carolina State University.
- Bradley, B., & Greene, A. (2013). Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 523-532. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.01.008
- Brandão, M. (2010). *Estudo epidemiológico sobre a saúde de estudantes universitários* (Unpublished doctoral dissertation). Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Brandão, M., Pimentel, F., & Cardoso, M. (2011). Impact of academic exposure on health status of university students. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 49-58.
- Braxton, J. (2016). How College Affects Students: Volume 3. 21st Century Evidence That Higher Education Works by Matthew J. Mayhew et al. (review). *Journal of College Student Development*, 57(8), 1059-1062. doi:10.1353/csd.2016.0101
- Bray, S., & Beauchamp, M., Latimer, A., Hoar, S., Shields, C., & Bruner, M. (2011). Effects of a print-mediated intervention on physical activity during transition to the first year of university. *Behavioral Medicine*, 37(2), 60-69. doi:10.1080/08964289.2011.571306
- Bray, S., & Born, H. (2004). Transition to university and vigorous physical activity: implications for health and psychological well-being. *Journal of American College Health*, 52(4), 181-188. doi: 10.3200/JACH.52.4.181-188

- Breslow, L. (2006). Health measurement in the third era of public health. *American Journal of Public Health, 96*, 17-19.
- Brint, S., & Allison, M. (2010). Undergraduate time use and academic outcomes: Results from the University of California undergraduate experiences survey 2006. *Teachers College Record, 112*(9), 2441-2470.
- Brites, J., Seco, G., Canastra, F., Dias, I., & Abreu, M. (2010). (In)sucesso académico no ensino superior: factores e estratégias de intervenção. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas - Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 152-159). Aveiro, PT: Universidade de Aveiro.
- Bronfenbrenner, U. (1993). Ecological models of human development. In M. Gauvin & M. Cole (Eds.), *Readings on the development of children* (pp. 37-43). New York, NY: Freeman.
- Brown-Liburd, H., & Porco, B. (2011). It's what's outside that counts: Do extracurricular experiences affect the cognitive moral development of undergraduate accounting students? *Issues in Accounting Education, 26* (2), 439-454.
- Bruinsma, M., & Jansen, E. (2007). Educational productivity in higher education: An examination of part of the Walberg Educational Productivity Model. *School Effectiveness and School Improvement, 18*(1), 45-65. doi: 10.1080/09243450600797711
- Cabrera, N., Miner, D., & Milem, J. (2013). Can a summer bridge program impact first year persistence and performance? A case study of the New Start Summer Program. *Research in Higher Education, 54*(5), 481-498. doi:10.1007/s11162-013-9286-7
- Camões, M., & Lopes, C. (2008). Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública, 42*(2), 208-216. doi: 10.1590/S0034-89102008000200004
- Canavarro, J. (2007). *Para a compreensão do abandono escolar*. Lisbon, PT: Texto Editores.
- Canavarro, J. (2009, April). Quinze meses de Plano de Apoio à Transição na UC. *Rua Larga, 24*. Retrieved 7 December, 2009, from http://www.uc.pt/rualarga/anteriores/24/24_03
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces, 3*, 243-268.
- Canavarro, M., Pereira, M., Simões, M., & Pintassilgo, A. (2011). Quality of life assessment in HIV-infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care, 23*(2), 187-194.

- Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho, ...Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- Cao, Y.-W., & Mao, C.-M. (2008). Adjustment of freshman college students: A longitudinal study using longitudinal Rasch model (Abstract). *Acta Psychologica Sinica*, 40(4), 427-435. doi: 10.3724/SP.J.1041.2008.00427
- Carreiro, A. (2005). Projecto Elos de Apoio: um exemplo de voluntariado universitário. In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Acção social e aconselhamento psicológico no ensino superior: Investigação e intervenção – Actas do congresso nacional* (pp. 223-236). Coimbra, PT: SASUC Edições.
- Carvalho, A. (2007). *Promoção da saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior* (Unpublished doctoral dissertation). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Carvalho, G. (2006). A criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In B. Pereira & G. Carvalho (Coords.), *Actividade física, saúde e lazer: A infância e estilos de vida saudáveis* (pp. 19-37). Lisbon, PT: LIDEL Edições Técnicas.
- Carvalho, M., Honeycutt, S., Escoffery, C., Glanz, K., Sabbs, D., & Kegler, M. (2013). Balancing fidelity and adaptation: implementing evidence-based chronic disease prevention programs. *Journal of Public Health Management Practice*, 19(4), 348-356. doi: 10.1097/PHH.0b013e31826d80eb
- Carvalho, T., Alvarez, M., Barz, M., & Schwarzer, R. (2015). Preparatory behavior for condom use among heterosexual young men: a longitudinal mediation model. *Health Education and Behavior*, 42(1), 92-99. doi: 10.1177/1090198114537066
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Castanheira, H. (2012). Políticas sociais e respostas educativas: Contributos para a promoção da saúde, dos direitos e da cidadania. In C. Albuquerque (Org.), *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e perspectivas* (pp. 205-214). Viseu, PT: Instituto Politécnico de Viseu/Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Castanheira, H., & Pereira, A. (2012, February). Políticas sociais e respostas educativas: desafios à promoção de uma universidade saudável. Paper presented at the 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Aveiro, PT.

- Castanheira, H., Nogueira, R., Oliveira, P., Vasconcelos, G., & Pereira, A. (2010). Ação social no ensino superior: novos contributos para uma agenda estratégica. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas - Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 96-105). Aveiro, PT: Universidade de Aveiro.
- Chachamovich, E., & Fleck, M. (2008). Desenvolvimento do WHOQOL-100. In M. Fleck et al. (Eds.), *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 60-73). Porto Alegre, BR: Artmed.
- Chatterji, S., Üstün, T., Sadana, R., Salomon, J., Mathers, C., & Murray, C. (2002). *The conceptual basis for measuring and reporting on health* (Gpe discussion paper No. 45). Geneva, CH: WHO.
- Chazan, A., Campos, M., & Portugal, F. (2015). Quality of life of medical students at the State University of Rio de Janeiro (UERJ), measured using WHOQOL-bref: a multivariate analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 547-556. doi: 10.1590/1413-81232015202.05182014
- Chen, X., Gelaye, B., & Williams, M. (2014). Sleep characteristics and health-related quality of life among a national sample of american young adults: Assessment of possible health disparities. *Quality of Life Research*, 23(2), 613-25. doi: 10.1007/s11136-013-0475-9
- Chickering, A. (1969). *Education and identity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Chickering, A., & Reisser, L. (1993). *Education and Identity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Chickering, A., & Schlossberg, N. (2001). *How to get the most out of college* (2nd ed.). New York, NY: Pearson.
- Chiu, C., Lynch, R., Chan, F., & Berven, N. (2011). The Health Action Process Approach as a motivational model for physical activity self-management for people with multiple sclerosis: A path analysis. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 171-181. doi: 10.1037/a0024583.
- Choy, S. (2002). *Nontraditional undergraduates: Findings from the condition of education*. Washington, DC: National Center for Educational Statistics.
- Clark, M. (2005). Negotiating the freshman year: challenges and strategies among first-year college students. *Journal of College Student Development*, 46(3), 296-316.
- Clemente, F., Nikolaidis, P., Martins, F., & Mendes, R. (2016). Physical activity patterns in university students: do they follow the public health guidelines? *PLoS ONE*, 11(3), e0152516. doi: 10.1371/journal.pone.0152516

- Cochrane, T., Davey, R., Gidlow, C., Smith, G., Fairburn, J., Armitage, C., ... Speight, S. (2009). Small area and individual level predictors of physical activity in urban communities: A multi-level study in Stoke-on-Trent, England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(2), 654-677. doi:10.3390/ijerph60200654
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67. doi: 10.1177/002214650504600105
- Cohen, B. (2008). *Explaining psychological statistics* (3rd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cohen, J. (1992). A power prime. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. (1985). Measuring the functional components of social support. In I. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social support: theory research and application* (pp. 73-94). The Hague, NL: Martinus Nijhoff.
- Cole, S., & Sleet, D. (2017). Leadership for change and sustainability. In C. Fertman & D. Allensworth (Eds.), *Health promotion programs: from theory to practice* (2nd ed., pp. 295-321). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2003, February). *Comunicação da Comissão: O papel das universidades na Europa do conhecimento*. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV%3Ac11067>
- Conboy, J. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 21(2), 145-158.
- Conner, M., Godin, G., Norman, P., & Sheeran, P. (2011). Using the question-behavior effect to promote disease prevention behaviors: two randomized controlled trials. *Health Psychology*, 30(3), 300-309. doi: 10.1037/a0023036
- Conner, M., & Norman, P. (2015). Predicting and changing health behaviour: a social cognition approach. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., 1-29). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Conner, M., & Sparks, P. (2015). The theory of planned behaviour and the reasoned action approach. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 142-188). Maidenhead, UK: Open University Press.

- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 10(2), 148-167. doi: 10.1080/17437199.2014.947547
- Correia, T., Gonçalves, I., & Pile, M. (2003). *Insucesso Académico no IST*. Lisbon, PT: Instituto Superior Técnico.
- Cortina, J., & Nouri, H. (2000). *Effect size for ANOVA designs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Costa, E. (2004). *Saúde mental, estratégias de coping e adaptação académica: uma investigação com estudantes universitários do segundo ano de Viseu* (Unpublished master's thesis). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisbon.
- Costa, E., & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior: avaliar para intervir. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 213-216.
- Costa, S. (2008). *Saúde e bem-estar na transição para o ensino superior: Influência dos estilos de vida nos processos de adaptação* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro.
- Credé, M., & Niehorster, S. (2012). Adjustment to college as measured by the student adaptation to college questionnaire: A quantitative review of its structure and relationships with correlates and consequences. *Educational Psychology Review*, 24(1), 133-165.
- Crespo, V. (2006). Rede das instituições de ensino superior nos países da união europeia. *Revista Lusófona de Educação*, 7, 41-57.
- Cronk, N., Harris, K., Harrar, S., Conway, K., Catley, D., & Good, G. (2011). Analysis of smoking patterns and contexts among college student smokers. *Substance Use & Misuse*, 46(8), 1015-1022. doi: 10.3109/10826084.2010.543746
- Cruce, T., Wolniak, G., Seifert, T., & Pascarella, E. (2006). Impacts of good practices on cognitive development, learning orientations, and graduate degree plans during the first year of college. *Journal of College Student Development*, 47(4), 365-383. doi: 10.1353/csd.2006.0042
- Cruz, J., Gomes, A., Roriz, F., Parente, F., Amorim, P., Dias, B., & Paiva, P. (2008). Avaliação de dimensões psicológicas nos comportamentos de exercício e actividade física em estudantes universitários: Características psicométricas de medidas de atitudes e estados de humor associados à prática desportiva. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 24-31). Braga, PT: Psiquilíbrios Edições.
- Curado, A., & Machado, J. (2005). *Percursos escolares dos estudantes da Universidade de Lisboa: factores de sucesso e insucesso escolar na Universidade de Lisboa*. Lisbon, PT: Universidade de Lisboa.

- Cutler, D., Huang, W., & Lleras-Muney, A. (2015). When does education matter? The protective effect of education for cohorts graduating in bad times. *Social Science & Medicine*, 127, 63–73. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.07.056
- Cutler, D., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1–28. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.10.003
- Dantzer, C., Wardle, J., Fuller, R., Pampalone, S., & Steptoe, A. (2006). International study of heavy drinking: attitudes and sociodemographic factors in university students. *Journal of American College Health*, 55(2), 83-89. doi: 10.3200/JACH.55.2.83-90
- Davies, M., & Macdowall, W. (2006). *Health promotion theory*. London, UK: Open University Press.
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, 9(3), 323–344. doi: 10.1080/17437199.2014.941722
- Dearnley, C., & Matthew, B. (2007). Factors that contribute to undergraduate student success. *Teaching in Higher Education*, 12(3), 377-391.
- DeBerard, M., Spielmans, G., & Julka, D. (2004). Predictors of academic achievement and retention among college. *College Student Journal*, 38(1), 66-80.
- Del Boca, F., Darkes, J, Greenbaum, P., & Goldman, M. (2004). Up close and personal: Temporal variability in the drinking of individual college students during their first year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 155-164.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds.). (2013). Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In *The landscape of qualitative research* (4th ed., pp. 1-42). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Department of Health. (2004). *At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health* (Report). London, UK: Author.
- Department of Health and Social Security. (1980). *Inequalities in health* (Report). Retrieved from <http://www.sochealth.co.uk/resources/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>
- Deshpande, S., Basil, M., & Basil, D. (2009). Factors influencing healthy eating habits among college students: An application of the Health Belief Model. *Health Marketing Quarterly*, 26(2), 145-164. doi: 10.1080/07359680802619834
- Despacho n.º 6659/99 de 5 de abril. *Diário da República n.º 79/99 - 2ª série*. Ministério da Educação. Lisbon.

- Dey, M., Gmel, G., Studer, J., & Mohler-kuo, M. (2014). Health-risk behaviors and quality of life among young men. *Quality of Life Research*, 23(3), 1009-1017. doi: 10.1007/s11136-013-0524-4
- Dias, G. (Coord.). (2006). *Apoio psicológico a jovens do ensino superior: Método, técnicas e experiências*. Porto, PT: Edições ASA.
- Dias, M., Duque, A., Silva, M., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 22(3), 463-473.
- Diniz, A. (2001). *Crenças, escolha de carreira e integração universitária* (Unpublished doctoral dissertation). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Diniz, A. (2005). *A universidade e os seus estudantes: um enfoque psicológico*. Lisbon, PT: Edições ISPA.
- Diniz, A., & Almeida, L. (2006). Adaptação à universidade em estudantes do primeiro ano: Estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 24(1), 29-38.
- Disch, W., Harlow, L., Campbell, J., & Dougan, T. (2000). Student functioning, concerns, and socio-personal well-being. *Social Indicators Research*, 51(1), 41-74.
- Dooris, M. (2010). *Healthy Universities: An introduction*. Retrieved from http://www.healthyuniversities.ac.uk/uploads/fck/HU-Model_Brief.pdf
- Dooris, M., & Doherty, S. (2010). Healthy universities: Time for action: A qualitative research study exploring the potential for a national programme. *Health Promotion International*, 25(1), 94-106. doi:10.1093/heapro/daq015
- Dooris, M., Doherty, S., Cawood, J., & Powell, S. (2012). The healthy universities approach: Adding value to higher education sector. In A. Scriven & M. Hodgins (Eds.), *Health promotion settings: Principles and practice* (pp. 153-169). London, UK: Sage.
- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health promotion: Models and values* (2nd ed., pp. 9-75). Oxford, UK: University Press.
- Downs, A., & Ashton, J. (2011). Vigorous physical activity, sports participation, and athletic identity: Implications for mental and physical health in college students. *Journal of Sport Behavior*, 34(3), 228-249.
- Duan, Y., Wienert, J., Hu, C., Si, G., & Lippke, S. (2017). Web-based intervention for physical activity and fruit and vegetable intake among chinese university students: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e106. doi: 10.2196/jmir.7152

- Duque, L. (2014). A framework for analysing higher education performance: students' satisfaction, perceived learning outcomes, and dropout intentions. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(1-2), 1-21. doi: 10.1080/14783363.2013.807677
- Durkin, K., Wolfe, T., & Clark, G. (2005). College students and binge drinking: An evaluation of social learning theory. *Sociological Spectrum*, 25, 255-272.
- Dusselier, L., Dunn, B., Wang, Y., Shelley II, M., & Whalen, D. (2005). Personal, health, academic, and environmental predictors of stress for residence hall students. *Journal of American College Health*, 54(1), 15-24. doi: 10.3200/JACH.54.1.15-24
- Elias, A., Azevedo, V., & Maia, A. (2009). Saúde e rendimento académico nos estudantes da Universidade do Minho: percepção de áreas problemáticas. In C. Sequeira, I. Ribeiro, J. Carvalho, T. Martins, & T. Rodrigues (Coords.), *Actas do IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida* (pp. 292-302). Porto, PT: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ellis, B. (2013). Risky adolescent behavior: an evolutionary perspective. In B. Hewlett (Ed.), *Adolescent identity: evolutionary, cultural and developmental perspectives* (pp. 23-29). Abingdon, UK: Routledge.
- Ellis, P. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Engberg, E., Alen, M., Kukkonen-Harjula, K., Peltonen, J., Tikkanen, H., & Pekkarinen, H. (2012). Life events and change in leisure time physical activity: a systematic review. *Sports Medicine*, 42(5), 433-447. doi: 10.2165/11597610-000000000-00000
- English, T., Davis, J., Wei, M., & Gross, J. (2016). Homesickness and adjustment across the first year of college: A longitudinal study. *Emotion*, 17(1), 1-5. doi: 10.1037/emo0000235
- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. (2004). *Guia: Os alimentos na roda* (2nd ed.). Lisbon, PT: Instituto do Consumidor.
- Faria, M., Chamorro, C., Carvalho, S., & Rocha, A. (2004). Autocuidado em saúde e consumo de substâncias no ensino superior. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do V Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança* (pp. 177-182). Lisbon, PT: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Faria, C., Coelho, C., Oliveira, F., Lucas, C., & Soares, L. (2014). Entre PARES: Um programa de tutoria na Universidade da Madeira. In C. Figueira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Gonçalves, M. Abreu, & T. Espanssandim (Eds.), *Novas fronteiras para a intervenção psicológica no ensino superior: Atas do III Congresso da RESAPES-AP* (pp. 67-75). Lisbon, PT: Universidade de Lisboa.

- Fernandes, C. (2005). PAF: como intervir precocemente com estudantes do ensino superior. In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Acção social e aconselhamento psicológico no ensino superior: Investigação e intervenção – Actas do congresso nacional* (pp. 227-235). Coimbra, PT: SASUC Edições.
- Fernandes, C., Boto, I., & Martins, A. (2010). Introdução do desenvolvimento das soft-skills nos planos curriculares do ensino superior. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas - Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 234-242). Aveiro, PT: Universidade de Aveiro.
- Fernández, B., Montenegro-Montenegro, E., Knoll, N., & Schwarzer R. (2014). Self-efficacy, action control, and social support explain physical activity changes among Costa Rican older adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(8), 1573-1578. doi: 10.1123/jpah.2013-0175
- Fernández, B., & Schwarzer, R. (2014, August). *Planning increases physical exercise among low active young adults in a self-regulatory intervention*. Paper presented at the 28th Conference of the European Health Psychology Society, Innsbruck, AT.
- Ferraz, N., Pereira, A., Castanheira, H., & Taveira, E. (2012). A vida na residência universitária como amortecedor das adversidades. *Psicologia, Saúde & Doença*, 13 (suppl.), 207-215.
- Ferreira, A., Clemente, M., Rocha, J., & Almeida, V. (2008, February). *A formação em inteligência emocional: Avaliação de um programa para a promoção do bem-estar nos estudantes do ensino superior*. Paper presented at the 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto, PT.
- Ferreira, C., Fernandes, C., & Santos, A. (2014). Práticas de avaliação do impacto de intervenção dos serviços de apoio psicológico no ensino superior. In C. Figueira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Gonçalves, M. Abreu, & T. Espanssandim (Eds.), *Novas fronteiras para a intervenção psicológica no ensino superior: Atas do III Congresso da RESAPES-AP* (pp. 190-200). Lisbon, PT: Universidade de Lisboa.
- Ferreira, I. (2003). *Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do ensino superior: factores familiares e sociodemográficos* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, J., Almeida, L., & Soares, A. (2001). Adaptação académica em estudante do 1º ano: diferenças de género, situação de estudante e curso. *Psico-USF*, 6(1), 1-10.
- Ferreira, J. (2000). *O desenvolvimento psicológico do jovem adulto em contexto de ensino universitário* (Lecture). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validade. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Ferreira P., & Melo, E. (1999). Percepção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do Perfil de Saúde de Nottingham. *Nursing*, 135, 23-29.
- Ferreira, V., Borrego, R., Silva, P., Rowland, J., Truninger, M., Lavado, E., & Melo, R. (2014). *Consumos e estilos de vida no ensino superior: O caso dos estudantes da Universidade de Lisboa*. Lisbon: SIDAC/CNJ/OPJ.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The Reasoned Action Approach*. New York, NY: Psychology Press (Taylor & Francis).
- Fitzpatrick, J., Sanders, J., & Worthen, B. (2011). *Program evaluation: Alternative approaches and practical guidelines* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Fleck, M. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In M. Fleck et al. (Eds.), *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre, BR: Artmed.
- Fleig, L., Küper, C., Lippke, S., Schwarzer, R., & Wiedemann, A. (2015). Cross-behavior associations and multiple health behavior change: A longitudinal study on physical activity and fruit and vegetable intake. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 525-534. doi: 10.1177/1359105315574951
- Fletcher, G., Landolfo, C., Niebauer, J., Ozemek, C., Arena, R., & Lavie, C. (2018). Reprint of promoting physical activity and exercise: JACC Health Promotion Series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(23), 3053-3070. doi: 10.1016/j.jacc.2018.10.025
- Fletcher, P., Bryden, P., Schneider, M., Dawson, K., & Vandermeer, A. (2007). Health issues and service utilization of university students: experiences, practices & perceptions of students, staff and faculty. *College Student Journal*, 41(2), 482-493.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3rd ed.). Loures, PT: Lusociência.
- Fowler, P., & Boylan, H. (2010). Increasing student success and retention: A multidimensional approach. *Journal of Developmental Education*, 34(2), 2-10.
- Fragoso, A. (2016). A investigação no campo dos estudantes não-tradicionais no ensino superior: o 1º ano em debate. In L. Almeida & R. Castro (Orgs.), *Ser estudante no Ensino Superior: O caso dos estudantes do 1º ano* (pp. 39-63). Braga, PT: Universidade do Minho, Centro de Investigação em Educação.
- Gadzella, B., Hogan, L., Masten, W., Stacks, J., Stephens, R., & Zascavage, V. (2006). Reliability and validity of the Watson-Glasere Critical Thinking Appraisal-forms for different academic groups. *Journal of Instructional Psychology*, 33(2), 141-143.

- Gameiro, S., Canavarro, M., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C.,...Rijo, D. (2010). Factores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. In M. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisbon, PT: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gardner, J., Upcraft, M., & Barefoot, B. (2005). Conclusion: Principles of good practice for the first college year and summary of recommendations. In M. Upcraft, J. Gardner, B. Barefoot, & Associates (Eds.), *Challenging and supporting the first-year student: A handbook for improving the first year of college* (pp. 27-12). EUA: John Wiley & Sons.
- Gaspar, P. (2004). *Efeitos do sedentarismo a nível cardiovascular: A importância da actividade física na manutenção da saúde* (Academic paper). Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Matos, M., & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71.
- Gaultney, J. (2010). The prevalence of Sleep Disorders in college students: Impact on academic performance. *Journal of American College Health*, 59(2), 91-97.
- Geadá, M., Justo, J., Santos, S., Steptoe, A., & Wardle, J. (1994). Hábitos de saúde, comportamentos de risco e níveis de saúde física e psicológica em estudantes universitários. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*, (pp. 157-175). Braga, PT: APPORT.
- Gebhardt, W., & Maes, S. (2001). Integrating social-psychological frameworks for health behavior research. *American Journal of Health Behavior*, 25(6), 528-536.
- Geller, K., Lippke, S., & Nigg, C. (2017). Future directions of multiple behavior change research. *Journal of Behavioral Medicine*, 40, 194-202. doi: 10.1007/s10865-016-9809-8
- Gil, A. (2006). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (5th ed.) São Paulo, BR: Atlas.
- Gil, J. (1998). Qualidade de vida / estado funcional em doentes com problemas lombares: Adaptação e validação cultural do Functional Status Questionnaire (Unpublished master's thesis). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Giles-Corti, B., & Donovan, R. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Social Science & Medicine*, 54(12), 1793-1812.
- Glanz, K., & Bishop, D. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399-418. doi:10.1146/annurev.publhealth.012809.103604

- Godinho, C., Alvarez, M., Lima, M., & Schwarzer, R. (2015). Health messages to promote fruit and vegetable consumption at different stages: a match-mismatch design. *Psychology & Health, 30*(12), 1410-1432. doi: 10.1080/08870446.2015.1054827
- Gold, A., & Souvignier, E. (2005). Prediction of college outcomes: results from longitudinal studies. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 37*(4), 214-222.
- Gollwitzer, P. (1990). Action phases and mind-sets. In E. Higgins & R. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol. 2, pp. 53-92). New York, NY: Guilford Press.
- Gollwitzer, P. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of Social Psychology* (Vol. 4, pp. 141-185). New York, NY: Wiley.
- Gollwitzer, P. (1999). Implementation intentions: Strong effect of simple plans. *American Psychologist, 54*, 493-503.
- Gollwitzer, P., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievements: A meta-analysis of its effects and processes. In M. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 38, pp. 69-119). New York, NY: Academic Press.
- Gomes, A. (2006). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários* (Unpublished doctoral dissertation). Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gomes, A., Tavares, J., Pereira, A., & Azevedo, M. (2008, February). *Sono no ensino superior: "diagnóstico" e intervenção*. Paper presented at the 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto, PT.
- Gómez-López, M., Gallegos, A., & Extremera, A. (2010). Perceived barriers by university students in the practice of physical activities. *Journal of Sports Science & Medicine, 9*(3), 374-381.
- Gonçalves, I. (2010). Contributos dos modelos da autorregulação da aprendizagem para a formação de alunos e professores no ensino superior. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas - Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 597-610). Aveiro, PT: Universidade de Aveiro.
- Gonçalves, I., Lucas, A., & Moura, G. (2016). Identificação e intervenção com alunos de baixo rendimento académico no ensino superior. In L. Almeida & R. Castro (Orgs.), *Ser estudante no ensino superior: O caso dos estudantes do 1º ano* (pp. 93-122). Braga, PT: Universidade do Minho, Centro de Investigação em Educação.
- Granado, J., Santos, A., Almeida, L., Soares, A., & Guisande, M. (2005). Integração académica de estudantes universitários: Contributos para a adaptação e validação do QVA-r no Brasil. *Psicologia e Educação, 4*, 33-43.

- Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, *16*, 259-268. doi: 10.1007/s12529-009-9032-x
- Gräser, S. (2010). Zur internationalen Entwicklung der gesundheitsfördernden Hochschulen [The international development of health promoting universities]. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *5*(3), 179-184. doi: 10.1007/s11553-010-0254-1
- Guerra, M., & Lima, L. (Coord.). (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisbon, PT: Climepsi.
- Hancox, R., Milne, B., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: A longitudinal birth cohort study. *Lancet*, *364*, 257-262. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16675-0
- Haskell, W., Lee, I., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B.,... Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *39*(8), 1423–1434.
- Heraud, S. (2013). Universidades saludables: Una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología*, *31*(2), 287-314. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472013000200006&lng=es&nrm=iso
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2nd ed.). Lisbon, PT: Edições Sílabo.
- Hillman, K. (2005). *The first year experience: The transition from secondary school to university and TAFE in Australia*. (Longitudinal Surveys of Australian Youth Research Report No. 40). Camberwell, Victoria, AU: Australian Council for Educational Research.
- Hingson, R., Zha, W., & Weitzman, E. (2009). Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18–24, 1998–2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *16* (suppl.), 12-20.
- Horn, J., Wanberg, K., & Foster, F. (1990). *Guide to the Alcohol Use Inventory (AUI)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Howland, J., Rohsenow, D., Greece, J., Littlefield, C., Almeida, A., Heeren, T.,...Hermos, J. (2010). The effects of binge drinking on college students' next-day academic test-taking performance and mood state. *Addiction*, *105*, 655–665.
- Hunt, S., McKenna, S., McEwen, J., Backett, E., Williams, J., & Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *34*, 281-286.

- Inkelas, K., Daver, Z., Vogt, K., & Leonard, B. (2007). Living-learning programs and first-generation college students' academic and social transition to college. *Research in Higher Education*, 48(4), 403–434.
- Instituto da Droga e da Toxicoddependência, Instituto Público. (2010). *Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Retrieved 5 December, 2010, from <http://www.idt.pt>
- Ishler, J., & Upcraft, M. (2005). The keys to first-year student persistence. In M. Upcraft, J. Gardner, B. Barefoot, & Associates (Eds.), *Challenging and supporting the first-year student: A handbook for improving the first year of college* (1st ed., pp. 27-12). EUA: John Wiley & Sons.
- Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe*. Radbound, NL: University Nijmegen. Retrieved from <http://www.imhpa.net/actionplan>
- Jané-Llopis, E., & Barry, M. (2005). What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education*, 12 (2 suppl.), 47-54. doi: 10.1177/10253823050120020108
- Jardim, M. (2007). *Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico* (Unpublished doctoral dissertation). Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Jette, A., Davies, A., Cleary, P., Rubenstein, L., Fink, A., Kosecoff, J.,...Delbanco, T. (1986). The Functional Status Questionnaire: Reliability and validity when used in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 1, 143-149.
- Jones, C., Smith, H., & Llewellyn, C. (2014). Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: a systematic review. *Health Psychology Review*, 8(3), 253-69. doi: 10.1080/17437199.2013.802623.
- Judge, L., Bellar, D., Petersen, J., Bryan, C., Ferkel, R., & Wanless, E. (2014). Physical activity patterns and academic performance of college students (Abstract). *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 85(S1), A-73. doi: 10.1080/02701367.2014.948745
- Kahn, J. (2006). Factor analysis in Counseling Psychology research, training and practice: principles, advances and applications. *The Counseling Psychology*, 34 (5), 684-718.
- Karamanou, M., Panayiotakopoulos, G., Tsoucalas, G., Kousoulis, A., & Androustos, G. (2012). From miasmas to germs: a historical approach to theories of infectious disease transmission. *Le Infezioni in Medicina*, 1, 52-56.
- Kawamura, M. (1988). Dental behavioral science: The relationship between perceptions of oral health and oral status in adults. *Hiroshima Daigaku Shigaku Zasshi*, 20(2), 273-286.

- Keating, X., Guan, J., Piñero, J., & Bridges, D. (2005). A meta-analysis of college students' physical activity behaviours. *Journal of American College Health*, *54*(2), 116-126. doi: 10.3200/JACH.54.2.116-126
- Kelly, S., & Updegraff, J. (2017). Substituting activities mediates the effect of cognitive flexibility on physical activity: A daily diary study. *Journal of Behavioral Medicine*, *40*(4), 669-674. doi: 10.1007/s10865-017-9839-x
- Keup, J. (2006). Promoting new-student success: Assessing academic development and achievement among first-year students. *New Directions for Student Services*, *114*, 27-45. doi: 10.1002/ss.205
- Khaw, K., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine* *5*, e12. doi:10.1371/journal.pmed.0050012
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London, UK: Routledge.
- Koring, M., Richert, J., Parschau, L., Ernsting, A., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2012). A combined planning and self-efficacy intervention to promote physical activity: a multiple mediation analysis. *Psychology, Health & Medicine*, *17*(4), 488-498. doi: 10.1080/13548506.2011.608809
- Kwasnicka, D., Penseu, J., White, M., & Sniehotta, F. (2013). Does planning how to cope with anticipated barriers facilitate health-related behaviour change? A systematic review. *Health Psychology Review*, *7*(2), 129-145. doi: 10.1080/17437199.2013.766832
- LaBrie, J., Huchting, K., Pedersen, E., Hummer, J., Shelesky, K., & Tawalbeh, S. (2007). Female college drinking and the Social Learning Theory: An examination of the developmental transition period from high school to college. *Journal of College Student Development*, *48*(3), 344-356. doi: 10.1353/csd.2007.0026
- Lackman, J., Smith, M., & McNeill, E. (2015). Freshman college students' reasons for enrolling in and anticipated benefits from a basic college physical education activity course. *Frontiers in Public Health*, *3*, 162. doi: 10.3389/fpubh.2015.00162
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians* (working document). Ottawa, CAN: Canadian Ministry of National Health and Welfare.
- Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago, CL: OMS/OPS/Universidad de Chile/Pontificia Universidad Católica/Consejo Nacional para la Promoción de la Salud.
- Leitão, L., Paixão, M., Silva, J., & Miguel, J. (2000). Viagem ao Futuro: programa de desenvolvimento vocacional de apoio à transição ensino secundário/ensino superior. In A. Soares, A. Osório, J. Capela, L. Almeida, R. Vasconcelos, & S. Caires (Eds.), *Transição para o ensino superior* (pp. 215-222). Braga, PT: Universidade do Minho.

- Li, K., Kay, N., & Nokkaew, N. (2009). The performance of the World Health Organization's WHOQOL-Bref in assessing the quality of life of Thai college students. *Social Indicators Research*, *90*, 489-501. doi: 10.1007/s11205-008-9272-1
- Lippke, S., & Plotnikoff, R. (2014). Testing two principles of the Health Action Process Approach in individuals with type 2 diabetes. *Health Psychology*, *33*(1), 77-84. doi: 10.1037/a0030182
- Lippke, S., Schwarzer, R., Ziegelmann, J., Scholz, U., & Schüz, B. (2010). Testing stage-specific effects of a stage-matched intervention: a randomized controlled trial targeting physical exercise and its predictors. *Health Education & Behavior*, *37*(4), 533-546. doi: 10.1177/1090198109359386
- Lizewski, L. (2010). *The Health Belief Model*. Retrieved from <http://lawrencelizewski.com/attachments/File/HBM.pdf>
- Lobo, F., Almeida, L., & Pinheiro, M. (2011). Avaliação do clima académico no ensino superior. In A. Ferreira, A. Verhaeghe, R. Silva, L. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), *Actas de VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica e XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos* (pp. 1364-1375). Lisbon, PT: Sociedade Portuguesa de Psicologia.
- Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina* (Unpublished master's thesis). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Loureiro, E., McIntyre, T., Mota-Cardoso, R., & Ferreira, M. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*, *21*(3), 209-214.
- Loureiro, I. (2009). Competências para promover a saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, *43*(2), 81-103.
- Loureiro, L., & Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(3), 151-162.
- Lovell, G., Ansari, W., & Parker, J. (2010). Perceived exercise benefits and barriers of non-exercising female university students in the United Kingdom. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *7*(3), 784-798. doi: 10.3390/ijerph7030784
- Lucas, K., & Lloyd, B. (2005). *Health promotion: Evidence and experience*. London, UK: Sage.
- Lund, H., Reider, B., Whiting, A., & Prichard, J. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, *46*, 124-132. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016
- Luo, M., Williams, J., & Vieweg, B. (2007). Transitioning transfer students: Interactive factors that influence first-year retention. *College and University*, *83*(2), 8-19.

- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2015). Social cognitive theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 225-251). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Machado, C., & Almeida, L. (2000). Vivências académicas: Análise diferencial em estudantes dos 1º e 4º anos do ensino superior. In J. Tavares, & R. Santiago (Orgs.), *Ensino superior: (In)Sucesso académico* (pp. 133-145). Porto, PT: Porto Editora.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review. *Applied Psychology: An International Review*, 54, 267–299. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
- Maia, A., Elias, A., Azevedo, V., Samorinha, A., & Ferreira, A. (2010). Desafios e oportunidades de promoção da saúde no campus universitário. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas - Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 129-136). Aveiro, PT: Universidade de Aveiro.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Estacio, E. (2015). *Health Psychology: Theory, research and practice* (4th ed.). London, UK: Sage.
- Marlatt, G., & Donovan, D. (Eds.). (2008). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford Press.
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro, PT: ReportNumber.
- Marques, A., Florêncio, J., & Fernandes, C. (2014). Métodos de Estudo e Qualidade na Aprendizagem: programa de formação para estudantes da FCUL. In C. Figueira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Gonçalves, M. Abreu, & T. Espanssandim (Eds.), *Novas fronteiras para a intervenção psicológica no ensino superior: Atas do III Congresso da RESAPES-AP* (pp. 201-211). Lisbon, PT: Universidade de Lisboa.
- Marques, D., & Gomes, A. (2012). Criação de uma consulta de sono no âmbito das consultas de psicologia da UA: Apresentação e primeiros dados. In D. Vieira, A. Ferreira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Ardions, S. Pinto, & A. Pereira (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior, um olhar sobre o futuro: Actas do II Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 189-195). Porto, PT: Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- Martinho, F. (2006). *Afectividade, percepção de saúde, stress e estilos de vida nos jovens* (Unpublished master's thesis). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisbon.
- Martins, A., Jesus, S., & Pacheco, A. (2008, February). *Programa de intervenção para a qualidade de vida do estudante do ensino superior*. Paper presented at the 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto, PT.

- Martins, A., Pacheco, A., & Jesus, S. (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16(2), 100-105.
- Martins, M. (2009). *Food habits of portuguese university students* (research paper). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto.
- Matalaka, K., Sidki, A., Abdul-Malik, S., & Thewaini, A. (2000). Academic stress: Influence on Epstein-Barr virus and cytomegalovirus reactivation, cortisol, and prolactin. *Laboratory Medicine*, 31(3), 163-168.
- Mathison, S. (Ed.). 2005. *Encyclopedia of Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Matos, A., & Albuquerque, C. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647-663.
- Matos, M. (Ed.). (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisbon, PT: Edições FMH.
- Matos, M. (2007). Psicologia da Saúde e Saúde Pública. In J. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 43-70). Lisbon, PT: Climepsi Editores.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). New York, NY: Basic Books.
- Mayhew, M., Rockenbach, A., Bowman, N., Seifert, T., Wolniak, G., Pascarella, E., & Terenzini, P. (2016). *How college affects students: 21st century evidence that higher education works* (Vol. 3). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- McCormick, A., Kinzie, J., & Gonyea, R. (2013). Student engagement: bridging research and practice to improve the quality of undergraduate education. In M. Paulsen (Ed.), *Higher education handbook of theory and research* (Vol. 28, pp. 47-92). Berlin, DE: Springer.
- Meneses, R., Ribeiro, J., & Martins da Silva, A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. I: Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 61-88.
- Mertens, D., & Wilson, A. (2012). *Program evaluation theory and practice: A comprehensive guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Mestre, S. (2010). *A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens e adultos* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Michalos, A. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65(1), 27-46. doi: 10.1023/A:1025592219390

- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychology, 28*(6), 690-701. doi: 10.1037/a0016136
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., ... Wood, C. (2013). The Behaviour Change Technique Taxonomy (v1) of 93 hierarchically-clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 46*(1):81-95. doi: 10.1007/s12160-013-9486-6
- Miller, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*, 147-172. doi: 10.1017/S0141347300006583
- Miller, W., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*(2), 129-140. doi: 10.1017/S1352465809005128
- Mills, C., Heyworth, J., Rosenwax, L., Carre, S., & Rosenberg, M. (2009). Factors associated with the academic success of first year Health Science students. *Advances in Health Science Education, 14*, 205-217. doi: 10.1007/s10459-008-9103-9
- Milne, S., Orbell, S., & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology, 7*, 163-184. doi: 10.1348/135910702169420
- Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Miranda, P. (2015). *Os conhecimentos nutricionais dos alunos do mestrado integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e a sua associação com os hábitos alimentares e nível de actividade física praticados* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Moresi, E. (Org.). (2003). *Metodologia da pesquisa* (programa de pós-graduação). Retrieved from <http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>
- Morrison, V., & Bennett, P. (2009). *An introduction to Health Psychology* (2nd ed.). Essex, UK: Pearson Education Limited.
- Munro, L. (2011). 'Go boldly, dream large!': the challenges confronting non-traditional students at university. *Australian Journal of Education, 55*(2), 115-131. doi: 10.1177/000494411105500203
- Myers, J., & Mobley, A. (2004). Wellness of undergraduates: comparisons of traditional and nontraditional students. *Journal of College Counseling, 7*(1), 40-49. doi: 10.1002/j.2161-1882.2004.tb00258.x

- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion* (3rd ed.). London, UK: Baillière Tindall Elsevier.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Promoting and creating built and natural environments that encourage and support physical activity*. London, UK: Author.
- Nico, B. (1997). A adaptação à Universidade: Fragmentos de um percurso curricular. In *Actas da Conferência Internacional A Informação e a Orientação Escolar e Profissional no Ensino Superior: Um desafio da Europa* (pp. 105-114). Coimbra, PT: Universidade de Coimbra.
- Nico, J. (2001). A adaptação do(a) estudante à universidade: Porque não também o contrário. In R. Sousa, E. Sousa, F. Lemos, & C. Januário (Orgs.), *III Simpósio Pedagogia na Universidade* (pp. 55-67). Lisbon, PT: Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.
- Norman, P., Boer, H., Seydel, E., & Mullan, B. (2015). Protection motivation theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 70-106). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Norman, P., & Conner, M. (2015). Predicting and changing health behaviour: future directions. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 390-430). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Nunes, M. (2006). *(In)sucesso escolar no ensino superior: Variáveis biopsicossociais*. Castelo Branco, PT: Politécnica.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology* (3rd ed.). Buckingham, UK: Open University Press.
- Oliveira, A. (2008). *Preservativo, SIDA e saúde pública: factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH-SIDA*. Coimbra, PT: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, S. (2014). *O papel da comunicação no plano estratégico das instituições de ensino superior públicas: O caso da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra* (Unpublished master's thesis). Departamento de Filosofia, Comunicação e Informação da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Oliveira, T. (2008). *Stress em Linha: Programa de intervenção no ensino superior* (Unpublished master's thesis). Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código deontológico*. Lisbon, PT: Author.

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2007). Survival rates. In *OECD glossary of statistical terms*. Retrieved from <https://stats.oecd.org/glossary/download.asp>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Education at a glance 2018: OECD indicators*. Paris, FR: OECD Publishing. doi: 10.1787/eag-2018-en
- Osse, C. (2008). *Pródromos e qualidade de vida de jovens na moradia estudantil da Universidade de Brasília – UnB* (Unpublished master's thesis). Universidade de Brasília, Brasília.
- Othieno, C., Okoth, R., Peltzer, K., Pengpid, S., & Malla, L. (2015). Risky HIV sexual behaviour and depression among university of Nairobi students. *Annals of General Psychiatry, 14*(16), 1-8. doi: 10.1186/s12991-015-0054-2
- Pacheco, A. (2008). *Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso acadêmico: o caso da Universidade do Algarve* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro.
- Pacheco, E. (2005). *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro.
- Paredes, T. (2006). *Qualidade de vida e doença oncológica: Validação da versão em português de Portugal do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) em doentes com patologia tumoral do aparelho locomotor* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Parschau, L., Barz, M., Richert, J., Knoll, N., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2014). Physical activity among adults with obesity: testing the Health Action Process Approach. *Rehabilitation Psychology, 59*(1), 42-49. doi: 10.1037/a0035290
- Pascarella, E. (1991). The impact of college students: the nature of evidence. *Review of Higher Education, 14*(4), 453-466.
- Pascarella, E., & Terenzini, P. (1991). *How college affects students: Findings and insights from twenty years of research*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Pascarella, E., & Terenzini, P. (2005). *How college affects students: A third decade of research* (Vol. 2). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis, BR: Editora Vozes.
- Patrick, D. (2008). A qualidade de vida pode ser medida? Como? In M. Fleck et al. (Eds.), *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 29-39). Porto Alegre, BR: Artmed.

- Pedroso, R., & Brito, I. (Eds.). (2014). *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Coimbra, PT: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2016). Heavy drinking and social and health factors in university students from 24 low, middle income and emerging economy countries. *Community Mental Health Journal*, 52(2), 239-244. doi: 10.1007/s10597-015-9925-x
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2015). Gender differences in health risk behaviour among university students: An international study. *Gender & Behaviour*, 13(1), 6576-6583.
- Pendleton, K. (2008). *Using Schlossberg's transition theory to identify coping strategies of welfare recipients attending postsecondary institutions* (doctoral dissertation). Abstract retrieved from PsycINFO Database Record. (UMI No. AAI3293561)
- Pereira, A. (2005). *Para obter sucesso na vida académica: Apoio dos estudantes pares*. Aveiro, PT: Universidade.
- Pereira, A. (2012). Nota de abertura. In D. Vieira, A. Ferreira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Ardions, S. Pinto, & A. Pereira (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior, um olhar sobre o futuro: Actas do II Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 4-6). Porto, PT: Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- Pereira, A., Castanheira, H., Melo, A., Ferreira, A., & Vagos, P. (Eds.). (2010). Nota de abertura. In *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas - Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 5-6). Aveiro, PT: Universidade de Aveiro.
- Pereira, A., Motta, E., Pinto, E., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., & Rodrigues, M. (2009, February). *Intervenção em comportamentos de risco na universidade*. Paper presented at the 1º Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, Faro, PT.
- Pereira, A., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A.,...Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 24(1), 51-59.
- Pereira, A., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A.,...Queiroz, A. (2005). Preciso de alguém que me oiça: Intervenção de *peer counselling/support* nas residências universitárias. In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior: Investigação e intervenção – Actas do congresso nacional* (pp. 187-194). Coimbra, PT: SASUC Edições.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. (2011). Estudos psicométricos da versão em português europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5th ed.). Lisbon, PT: Edições Sílabo.

- Pimentel, M., Mata, M., & Anes, E. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*(1), 185-204.
- Pinheiro, M. (2003). *Uma época especial: Suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pinheiro, M. (2004). O desenvolvimento da transição para o ensino superior: O princípio depois de um fim. *Aprender, 29*, 9-20.
- Pinheiro, M. (2010). Princípios e desafios para boas práticas dos estudantes no ensino superior: uma proposta de operacionalização. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas - Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 219-232). Aveiro, PT: Universidade de Aveiro.
- Pinheiro, M., & Ferreira, J. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica, 30*, 315-333.
- Pittman, L., & Richmond, A. (2008). University belonging, friendship quality, and psychological adjustment during the transition to college. *The Journal of Experimental Education, 76*(4), 343-361. doi: 10.3200/JEXE.76.4.343-362
- Poirel, E. (2017). Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. *Santé mentale au Québec, 42*, 147-164. doi: 10.7202/1040248ar
- Ponte, J. (2005). O processo de Bolonha e a formação inicial de professores em Portugal. In J. Serralheiro (Org.), *O processo de Bolonha e a formação dos educadores e professores portugueses* (pp. 63-73). Porto, PT: Profedições.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). Amsterdam, NL: IOS Press.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research, 14*, 2197-2214.
- Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias, 2*(3), 161-170. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/3986>
- Precioso, J., & Taveira, M. (2007). Psicologia e educação para a saúde em contexto escolar. In J. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 71-100). Lisbon, PT: Climepsi Editores.

- Prestwich, A., Perugini, M., & Hurling, R. (2009). Can the effects of implementation intentions on exercise be enhanced using text messages? *Psychology & Health, 24*(6), 677-687. doi: 10.1080/08870440802040715
- Prestwich, A., Sheeran, P., Webb, T., & Gollwitzer, P. (2015). Implementation intentions. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 321-357). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Preto, L. (2003). Padrões de consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino superior no distrito de Bragança: A influência dos factores psicossociais. *Revista Investigação em Enfermagem, 7*, 12-23.
- Prince, S., Adamo, K., Hamel, M., Hardt, J., Connor-Gorber, S., & Tremblay, M. (2008). A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5*, 56. doi: 10.1186/1479-5868-5-56
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J., Redding, C., & Evers, K. (2008). The Transtheoretical Model and stages of change. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education* (4th ed., pp. 97-122). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 38-48.
- Quartilho, M. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa? In M. Canavarro, & A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-126). Lisbon, PT: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Racette, S., Deusinger, S., Strube, M., Highstein, G., & Deusinger, R. (2005). Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *Journal of American College Health, 53*, 245-251.
- Randolph, M., Torres, H., Gore-Felton, C., Lloyd, B., & McGarvey, E. (2009). Alcohol use and sexual risk behavior among college students: understanding gender and ethnic differences. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 35*(2), 80-84. doi: 10.1080/00952990802585422
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: a critical introduction* (pp. 78-80). London, UK: Sage.
- Rayle, A., & Chung, K. (2008). Revisiting first-year college student's mattering: social support, academic stress, and the mattering experience. *Journal of College Student Retention, 9*(1), 21-37.

- Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior, Associação Profissional. (2002). *A situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal* (Vols. 1-3). Lisbon, PT: Author.
- Rego, C., & Caleiro, A. (2010). *O “Mercado” do Ensino Superior em Portugal: um diagnóstico da situação actual* (Working Paper No. 2010/04). Retrieved from http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8474/1/wp_2010_04.pdf
- Reich, W., Harber, K., & Siegel, H. (2008). Self-structure and well-being in life transitions. *Self and Identity*, 7, 129-150. doi: 10.1080/15298860601119940
- Renner, B., Spivak, Y., Kwon, S., & Schwarzer, R. (2007). Does age make a difference? Predicting physical activity of South Koreans. *Psychology and Aging*, 22(3), 482-493. doi: 10.1037/0882-7974.22.3.482
- Rhodes, R., Janssen, I., Bredin, S., Warburton, D., & Bauman, A. (2017). Physical activity: health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 32(8), 942-975. doi: 10.1080/08870446.2017.1325486
- Ribeiro, A., Oliveira, A., Silva, H., Mendes, M., Almeida, M., & Silva, T. (2010). Prevalência da automedicação na população estudantil do Instituto Politécnico de Bragança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 41-48.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisbon, PT: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 22(2), 387-397.
- Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Lisbon, PT: Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2nd ed.). Coimbra, PT: Quarteto.
- Ribeiro, M., & Fernandes, A. (2010). Prática de actividade física em jovens alunos do ensino superior público do concelho de Bragança. In V. Lopes, V. Rodrigues, E. Coelho, & M. Monteiro (Coords.), *Promoção da saúde e actividade física: Contributos para o desenvolvimento humano* (pp. 534-544). Vila Real, PT: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Richardson, M., Abraham, C., & Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students' academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 353-387. doi: 10.1037/a002683
- Rodrigues, N. (2012). *Contributos da prática de actividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico: estudo com alunos do ensino superior da Universidade do Algarve* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro.

- Rodríguez, M., Tinajero, C., & Páramo, M. (2017). Pre-entry characteristics, perceived social support, adjustment and academic achievement in first-year Spanish university students: a path model. *The Journal of Psychology, 151*(8), 722-738. doi:10.1080/00223980.2017.1372351
- Rojo, V. (Coord.). (2002). *Diseño y evaluación de programas*. Madrid, ES: EOS.
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 325-334. doi: 10.1017/S135246580001643X
- Rosário, P., Nunes, T., Magalhães, C., Rodrigues, A., Pinto, R., & Ferreira, P. (2010). Processos de autorregulação da aprendizagem em alunos com insucesso no 1.º ano de Universidade. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 14*(2), 349-358.
- Rosário, P., Núñez, J., & González-Pienda, J. (2006). Comprometer-se com o estudar na universidade: Cartas do Gervásio ao seu umbigo. Coimbra, PT: Edições Almedina.
- Rosário, P., Núñez, J., González-Pienda, J., Valle, A., Trigo, L., & Guimarães, C. (2010). Enhancing self-regulation and approaches in first-year college students: A narrative-based program assessed in the Iberian Peninsula. *European Journal of Psychology of Education, 25*, 411-428. doi: 10.1007/s10212-010-0020-y
- Rosenstock, I. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*(3), 94-127.
- Ruthig, J., Marrone, S., Hladkyj, S., & Robinson-Epp, N. (2011). Changes in college student health: Implications for academic performance. *Journal of College Student Development, 52*(3), 307-320. doi: 10.1353/csd.2011.0038
- Salamonson, Y., Weaver, R., Chang, S., Koch, J., Bhathal, R., Khoo, C., & Wilson, I. (2013). Learning approaches as predictors of academic performance in first year health and science students. *Nurse Education Today, 33*, 729-733. doi: 10.1016/j.nedt.2013.01.013
- Sandberg, T., & Conner, M. (2011). Using self-generated validity to promote exercise behaviour. *British Journal of Social Psychology, 50*(4), 769-783. doi:10.1111/j.2044-8309.2010.02004.x
- Santos, C. (2013). *Estratégias de coping e stress no ensino superior: Programa de intervenção* (Unpublished master's thesis). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação/Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra.
- Santos, L., & Almeida, L. (2001). Vivências académicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1.º ano. *Análise Psicológica, 19*(2), 205-217.
- Santos, P. (2007). *A relação das vivências e expectativas académicas com o abandono escolar no ensino superior* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Sarafino, E., & Smith, T. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (8th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schlossberg, N. (1981). A model for analysing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2-18.
- Schlossberg, N. (1998). Schlossberg's transition theory. In N. Evans, D. Forney, & F. Guido-Dibrito (Eds.), *Student development in college: Theory, research and practice* (pp.107-122). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schlossberg, N. (2008). *Overwhelmed: Coping with life's ups and downs* (2nd ed.). Plymouth, UK: M. Evans.
- Schultz, B. (2009). *A descriptive study of freshman adjustment to college at the University of Alaska* (doctoral dissertation). Abstract retrieved from PsycINFO Database Record. (UMI No. AAI3338012)
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 1–29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
- Schwarzer, R. (2011). Health behavior change. In H. Friedman (Ed.), *Oxford handbook of health psychology* (pp. 591-611). New York, NY: Oxford University Press.
- Schwarzer, R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a theoretical framework to understand behavior change. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 119-130. doi: 10.15517/ap.v30i121.23458
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2006). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Vol. 5, pp. 139-159). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: the Health Action Process Approach. *European Psychologist*, 13(2), 141–151. doi: 10.1027/1016-9040.13.2.141
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2015). Health action process approach. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 252-278). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Scriven, A. (2010). *Promoting health: A practical guide* (6th ed.). London, UK: Baillière Tindall Elsevier.
- Seabra, A. (2007). *Queixas de saúde subjectivas e preocupações modernas de saúde: Um estudo comparativo entre alunos de diferentes licenciaturas* (Unpublished master's thesis). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: pontes e alçapões*. Leiria, PT: Instituto Politécnico de Leiria.
- Seco, G., Pereira, A., Filipe, L., & Alves, S. (2016). Promoção de sucesso académico e bem-estar em estudantes do IPL: alguns contributos do serviço de apoio ao estudante (SAPE). In L. Almeida & R. Castro (Orgs.), *Ser estudante no ensino superior: O caso dos estudantes do 1º ano* (pp. 123-145). Braga, PT: Universidade do Minho, Centro de Investigação em Educação.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Sheeran, P., Gollwitzer, P., & Bargh, J. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology*, 32(5), 460-473. doi: 10.1037/a0029203
- Silva, C. (2005). Ritmos biológicos, saúde, bem-estar e rendimento no ensino superior. In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior: Investigação e intervenção – Actas do congresso nacional* (pp. 323-328). Coimbra, PT: SASUC Edições.
- Silva, C., & Ribeiro, I. (2007). Autorregulação: influência no sucesso escolar dos alunos universitários. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 139-150.
- Silva, E., & Heleno, M. (2012). Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 69-76.
- Silva, R., & Nascimento, I. (2012). Estudantes maiores de 23 anos em Psicologia: Motivações e processo de integração. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 13(1), 37-47.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction* (3rd ed.). London, UK: Sage.
- Silverman, M., & Deuster, P. (2014). Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience. *Interface focus*, 4(5), 1-12. doi: 10.1098/rsfs.2014.0040
- Simões, M. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Simões, M. (2002). Implicações éticas e deontológicas subjacentes ao trabalho de adaptação e aferição de instrumentos de avaliação psicológica: O caso da versão portuguesa da WISC-III. *Psychologica*, 30, 387-406.

- Simões, M., Sousa, L., Vilar, M., & Paredes, T. (2010). Avaliação da qualidade de vida: Uma breve revisão de estudos psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. In M. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde* (pp. 129-170). Lisbon, PT: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Singleton, R., & Wolfson A. (2009). Alcohol consumption, sleep, and academic performance among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(3), 355-363.
- Skevington, S., & Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *British Journal of Psychiatry*, 178, 261-267.
- Smith, J., Murray, N., Greaves, C., Hooper, L., & Abraham, C. (2014, August). A systematic review of intervention studies using Health Action Process Approach (HAPA) model components to prevent and manage chronic diseases. Paper presented at the 28th Conference of the European Health Psychology Society, Innsbruck, AT.
- Sniehotta, F., & Aunger, R. (2010). Stage models of behaviour change. In D. French, K. Vedhara, A. Kaptein, & J. Weinmen (Eds.), *Health Psychology* (2nd ed., pp. 135-146). Oxford, UK: BPS Blackwell.
- Sniehotta, F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health*, 20, 143-160. doi: 10.1080/08870440512331317670
- Soares, A., Almeida, L., Diniz, A., & Guisande, M. (2006). Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica*, 24(1), 15-27.
- Soares, A., Almeida, L., & Ferreira, J. (2006). Questionário de Vivências Académicas: versão integral (QVA) e versão reduzida (QVA-r). In M. Gonçalves, L. Almeida, & M. Simões (Coords.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (2nd Rev. ed., Vol. 1, pp.101-120). Coimbra, PT: Quarteto.
- Soares, A., Osório, A., Capela, J., Almeida, L., Vasconcelos, R., & Caires, S. (Eds.). (2000). Introdução. In *Transição para o ensino superior* (pp. 9-11). Braga, PT: Universidade do Minho.
- Soares, A., Pereira, A., & Canavarro, J. (2015). Promoção da saúde nas instituições de ensino superior portuguesas: Reflexões e desafios. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 49(2), 115-137. doi: 10.14195/1647-8614_49-2_6
- Stage, A. (2008). Traditional and non-traditional college students' descriptions of the "ideal" professor and the "ideal" course and perceived strengths and limitations. *College Student Journal*, 42, 225-231.

- Stalsberg, R., & Pedersen, A. (2010). Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: a systematic review of the evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20(3), 368-83. doi: 10.1111/j.1600-0838.2009.01047.x
- Step toe, A. (2007). Health behavior and stress. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (2nd ed., pp. 262-266). Oxford, UK: Academic Press. doi: 10.1016/B978-012373947-6.00186-0
- Step toe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77(6), 1747-1776. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x
- Step toe, A., Gardner, B., & Wardle, J. (2010). The role of behaviour in health. In D. French, K. Vedhara, A. Kaptein, & J. Weinmen (Eds.), *Health Psychology* (2nd ed., pp. 13-32). Oxford, UK: BPS Blackwell.
- Step toe, A., Peacey, V., & Wardle, J. (2006). Sleep duration and health in young adults. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1689-1692. doi: 10.1001/archinte.166.16.1689
- Step toe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 97-107. doi: 10.1007/BF03004175
- Step toe, A., & Wardle, J. (1996). The European Health and Behaviour Survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology and Health*, 11(1) 49-73.
- Step toe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, 53, 1621-1630. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00446-9
- Step toe, A., & Wardle, J. (2004). Health behaviour: prevalence and links with disease. In A. Kaptein & J. Weinmen (Eds.), *Introduction to Health Psychology* (pp. 21-51). Oxford, UK: Blackwell.
- Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, S., Peterson, S., Doll, H., Balding, J., & Regis, D. (2000). The health of students in institutes of higher education: An important and neglected public health problem? *Journal of Public Health Medicine*, 22(4), 492-499.
- Streiner, D., & Norman, G. (1995). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (2nd ed.). Oxford, UK: University Press.
- Stufflebeam, D. (2007). *CIPP Evaluation Model Checklist* (2nd ed.). Retrieved from http://wmich.edu/evalctr/archive_checklists/cippchecklist_mar07.pdf
- Stufflebeam, D., & Zhang, G. (2017). *The CIPP evaluation model: How to evaluate for improvement and accountability*. New York, NY: The Guilford Press.

- Sutton, S. (2008). How does the Health Action Process Approach (HAPA) bridge the intention-behavior gap? An examination of the model's causal structure. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 66–74. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00326.x
- Sutton, S. (2010). Using Social Cognition Models to develop health behaviour interventions: The Theory of Planned Behaviour as an example. In D. French, K. Vedhara, A. Kaptein, & J. Weinmen (Eds.), *Health Psychology* (2nd ed., pp. 122-134). Oxford, UK: BPS Blackwell.
- Sutton, S. (2015). Stage theories. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed., pp. 279-320). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Tavares, D. (2012). *Adaptação ao ensino superior e otimismo em estudantes do 1º ano* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Tavares, J. (2003). *Formação e inovação no ensino superior*. Porto, PT: Porto Editora.
- Tavares, J., & Huet, I. (2001). Sucesso académico no ensino superior: um olhar sobre o professor universitário. In R. Sousa, E. Sousa, F. Lemos, & C. Januário, *III Simpósio Pedagogia na Universidade* (pp. 149-160). Lisbon, PT: Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Cabral, A., Fernandes, C., Huet, I.,...Monteiro, S. (2006). Estratégias de promoção do sucesso académico: uma intervenção em contexto curricular. *Análise Psicológica*, 24(1), 61-72.
- Tavares, J., & Silva, I. (2001). Sucesso académico no ensino superior. In R. Sousa, E. Sousa, F. Lemos, & C. Januário (Orgs.), *III Simpósio Pedagogia na Universidade* (pp. 55-67). Lisbon, PT: Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.
- Taylor-Powell, E., & Renner, M. (2009). Collecting evaluation data: End-of-session questionnaires. Retrieved from University of Wisconsin Extension, Program Development and Evaluation Unit website: <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evaldocs.html>
- Teixeira, J. (Org.). (2007). Psicologia da Saúde. In *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 17-41). Lisbon, PT: Climepsi Editores.
- Thiele, T., Singleton, A., Pope, D., & Stanistreet, D. (2016). Predicting students' academic performance based on school and socio-demographic characteristics. *Studies in Higher Education*, 41(8), 1424-1446. doi: 10.1080/03075079.2014.974528
- Thurber, C., & Walton, E. (2012). Homesickness and adjustment in university students. *Journal of American College Health*, 60(5), 415-419. doi: 10.1080/07448481.2012.673520
- Tinto, V. (1987). *Leaving college*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.

- Tinto, V. (1993). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition* (2nd ed.). Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Tinto, V. (2012). *Completing college: Rethinking institutional action*. Chicago, IL & London, UK: The University of Chicago Press.
- Tietzen, A. (2010). *Vivências académicas dos alunos do ensino superior* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro.
- Trockel, M., Barnes, M., & Egget, D. (2000). Health-related variables and academic performance among first-year college students: Implications for sleep and other behaviors. *Journal of American College Health*, 49(3), 125-131. doi: 10.1080/07448480009596294
- Troiano, R., McClain, J., Brychta, R., & Chen, K. (2014). Evolution of accelerometer methods for physical activity research. *British Journal of Sports Medicine*, 48(13), 1019-1023. doi: 10.1136/bjsports-2014-093546
- Tsouros, A. (1998). From the healthy city to the healthy university: project development and networking. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson, & M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, experience and framework for action* (pp. 11-19). Copenhagen, DK: WHO Regional Office for Europe.
- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J., & Dooris, M. (Eds.). (1998). *Health Promoting Universities: Concept, experience and framework for action*. Copenhagen, DK: WHO Regional Office for Europe.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World drug report 2012*. Retrieved from <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012>
- United States Department of Health and Human Services / National Institutes of Health. (2005). *Your guide to healthy sleep* (Revised 2011). Retrieved from http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/sleep/healthy_sleep.pdf
- Upcraft, M., Gardner, J., & Barefoot, B. (2005). Introduction: The first year of college revisited. In M. Upcraft, J. Gardner, B. Barefoot, & Associates (Eds.), *Challenging and supporting the first-year student: A handbook for improving the first year of college* (1st ed., pp. 1-12). EUA: John Wiley & Sons.
- Vader, J. (2006). Spiritual health: the next frontier. *European Journal of Public Health*, 16(5), 457.
- Vaez, M., Kristenson, M., & Laflamme, L. (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. *Social Indicators Research*, 68(2), 221-234. doi: 10.1023/B:SOCI.0000025594.76886.56
- Vaez, M., & Laflamme, L. (2003). Health behaviors, self-rated health, and quality of life: A study among first-year Swedish university students. *Journal of American College Health*, 51(4), 156-162. doi: 10.1080/07448480309596344.

- Valadas, S., Almeida, L., & Araújo, A. (2017). The mediating effects of approaches to learning on the academic performance of first-year college students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 61(6), 721-734. doi: 10.1080/00313831.2016.1188146
- Valadas, S., Araújo, A., & Almeida, L. (2014). Abordagens ao estudo e sucesso académico no ensino superior. *Revista E-Psi*, 4(1), 47-67.
- Vaz, A. (2009). *Acção social escolar na Universidade de Coimbra: Evolução histórica e princípios orientadores – 1980-2009*. Coimbra, PT: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ...Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Veloso, H., Costa, A., & Lopes, J. (Coords.). (2010). *Factores, representações e práticas institucionais de promoção do sucesso escolar no ensino superior*. Porto, PT: U.Porto Edições.
- Verplanken, B., & Roy, D. (2016). Empowering interventions to promote sustainable lifestyles: testing the habit discontinuity hypothesis in a field experiment. *Journal of Environmental Psychology*, 45, 127-134. doi: 10.1016/j.jenvp.2015.11.008
- Vieira, A., Gomes, A., & Marques, D. (2012). Implementação de um programa de educação de sono em universitários da UA: Caracterização e resultados preliminares. In D. Vieira, A. Ferreira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Ardions, S. Pinto, & A. Pereira (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior, um olhar sobre o futuro: Actas do II Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 183-188). Porto, PT: Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- Viguer, P. (2004). *Optimización evolutiva: Fundamentos del desarrollo óptimo*. Madrid, ES: Pirámide.
- Villar, J., & Santos, A. (2001). *Questionário de Vivência Universitária: Adaptação para estudantes brasileiros*. Itatiba, SP, BR: Universidade São Francisco.
- Vossensteyn, J., Kottmann, A., Jongbloed, B., Kaiser, F., Cremonini, L., Stensaker, B., Hovdhaugen, & Wollscheid, S. (2015). Dropout and completion in higher education in Europe: Main report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2766/826962
- Wach, F., Karbach, J., Ruffing, S., Brünken, R., & Spinath, F. (2016). University students' satisfaction with their academic studies: personality and motivation matter. *Frontiers in Psychology*, 7(55), 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00055
- Wardle, J., & Steptoe, A. (1991). The European Health and Behavioural Survey: rationale, methods and initial results from United Kingdom. *Social Science Medicine*, 33, 952-936.

- Wardle, J., & Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*(6), 440-443.
- Ware, J., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*(11), 903-912.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I: Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*, 473-483.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center.
- Webb, T., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin, 132*(2), 249-268. doi: 10.1037/0033-2909.132.2.249
- Weinstein, N., Rothman, A., & Sutton, S. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*, 290-299.
- Weinstein, N., & Sandman, P. (1992). A model of the Precaution Adoption Process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology, 11*, 170-180.
- Weinstein, N., & Sandman, P. (2002). The Precaution Adoption Process Model. In K. Glanz, B. Rimer, & F. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (3rd ed., pp. 121-143). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Weinstein, N., Sandman, P., & Blalock, S. (2008). The Precaution Adoption Process Model. In K. Glanz, B. Rimer, & F. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4th ed., pp. 123-147). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction, 100*, 1036-1039.
- Wilkins, S., Butt, M., Kratochvil, D., & Balakrishnan, M. (2016). The effects of social identification and organizational identification on student commitment, achievement and satisfaction in higher education. *Studies in Higher Education, 41*(12), 2232-2252. doi: 10.1080/03075079.2015.1034258
- Williams, P., Cribbet, M., Rau, H., Gunn, H., & Czajkowski, L. (2013). The effects of poor sleep on cognitive, affective, and physiological responses to a laboratory stressor. *Annals of Behavioral Medicine, 46*(1), 40-51. doi: 10.1007/s12160-013-9482-x
- Williams, S., & French, D. (2011). What are the most effective intervention techniques for changing physical activity self-efficacy and physical activity behaviour and are they the same? *Health Education Research, 26*(2), 308-322. doi:10.1093/her/cyr005

- Wood, C., Conner, M., Sandberg, T., Godin, G., & Sheeran, P. (2014). Why does asking questions change health behaviours? The mediating role of attitude accessibility. *Psychology & Health, 29*(4), 390-404. doi: 10.1080/08870446.2013.858343
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology, 52*(4), 355-363.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-Bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva; SH: Author.
- World Health Organization. (1998a). *Health promotion glossary*. Geneva, CH: Author. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (1998b). *The World Health Organization: WHOQOL user manual*. Geneva, CH: Author.
- World Health Organization. (2006). *Basic documents (45th ed., Suppl.)*. Retrieved from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization. (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2006 - 2015: Breaking the chain of transmission*. Geneva, CH: Author. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/978>
- World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Geneva, CH: Author. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/en/>
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, CH: Author. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
- World Health Organization. (2011). *Rio political declaration on social determinants of health*. Retrieved from <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
- World Health Organization. (2013). *Health and development*. Retrieved from <http://www.who.int/hdp/en/>
- World Health Organization Commission on Macroeconomics and Health. (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* (Commission on Macroeconomics and Health Report). Geneva, CH: WHO. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>
- World Health Organization's Quality of Life Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.
- World Health Organization's Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409.

- World Health Organization's Quality of Life Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- World Health Organization's Quality of Life HIV Group. (2003). Initial steps to developing the World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 15(3), 347-357.
- World Health Organization's Quality of Life SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.
- World Health Organization World Economic Forum. (2008). *Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity* (WHO / World Economic Forum Report). Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/978>
- Yates, L., Djoussé, L., Kurth, T., Buring, J., & Gaziano, J. (2008). Exceptional longevity in men: Modifiable factors associated with survival and function to age 90 years. *Archives of Internal Medicine*, 168(3), 284-290. doi:10.1001/archinternmed.2007.77
- York, T., Gibson, C., & Rankin, S. (2015). Defining and measuring academic success. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 20(5). Retrieved from <http://pareonline.net/getvn.asp?v=20&n=5>
- Young, I. (2005). Health promotion in schools: A historical perspective. *Promotion & Education*, 12(3/4), 112-117. doi: 10.1177/10253823050120030103
- Young, I., St Leger, L., & Buijs, G. (2013). *School health promotion: evidence for effective action – Background paper SHE factsheet 2*. Utrecht, NL: CBO. Retrieved from [http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE%20Factsheet 2 Background%20paper School%20health%20promotion Evidence.pdf](http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE%20Factsheet%20Background%20paper%20School%20health%20promotion%20Evidence.pdf)
- Zajacova, A., Lynche, S., & Espenshade, T. (2005). Self-efficacy, stress, and academic success in college. *Research in Higher Education*, 46(6), 677-706. doi: 10.1007/s11162-004-4139-z
- Zavatka, D. (2015). Social support and community college student academic persistence. In *Northeastern Educational Research Association (NERA) Conference Proceedings 2015*. Retrieved from <http://opencommons.uconn.edu/nera-2015/3>
- Ziegelmann, J., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2006). Adoption and maintenance of physical activity: Planning interventions in young, middle-aged, and older adults. *Psychology & Health*, 21, 145-163. doi: 10.1080/1476832050018891
- Zimmer, C., Hill, M., & Sonnad, S. (2003). A scope-of-practice survey leading to the development of standards of practice for health promotion in higher education. *Journal of American College Health*, 51(6), 247-254. doi: 10.1080/07448480309596357

- Zimmerman, B. (2008). Investigating self-regulation and motivation: historical background, methodological developments, and future prospects. *American Educational Research Journal*, 45, 166–183. doi: 10.3102/0002831207312909
- Zhou, G., Wang, D., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2016). Planning mediates between self-efficacy and physical activity among motivated young adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 13, 87 -93. doi: 10.1123/jpah.2014-0555

Apêndice 1. Protocolo de avaliação do estudo 1

- *Questionário de estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior, versão A – QESST_A* (Soares & Canavarro, 2010);
- *Questionário de Vivências Académicas (versão reduzida) – QVA-r* (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999);
- *Questionário do Estado de Saúde – SF-8* (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993; versão portuguesa: Ribeiro, 2005);
- *Versão em Português de Portugal do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-Bref* (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona, & Paredes, 2006).

Nota:

Alguns destes instrumentos de avaliação encontram-se protegidos pelo direito de autor, sendo por este motivo omitidos das páginas seguintes.

QESST_A
Questionário de estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior, versão A (Soares & Canavarro, 2010)

I. Informações Gerais

Por favor, escreva a informação pedida ou assinale com uma cruz (X) a opção que melhor representa a sua situação.

1. Código do questionário¹:

2. Género sexual: M__ F__

3. Idade:

4. Nacionalidade:

5. Estado Civil:

6. Situação económica atual (pode assinalar mais do que uma opção):

Depende dos seus pais__

Depende de uma bolsa de estudo ou empréstimo__

Depende dos rendimentos de um trabalho a tempo parcial*__

Depende dos rendimentos de um trabalho a tempo inteiro*__

*Nº de horas semanais dispendidas na atividade laboral (caso se aplique):__

Outra situação (especifique) _____

7. Quais são as habilitações literárias, profissão e situação profissional dos pais?

		Pai	Mãe
Habilitações literárias (assinale com uma cruz (X) a opção adequada)	Não sabe ler e/ou escrever		
	1º e 2º Ciclos do Ensino Básico (1 a 6 anos de escolaridade)		
	3º Ciclo do Ensino Básico (7 a 9 anos de escolaridade)		
	Ensino Secundário (10 a 12 anos de escolaridade)		
	Ensino Superior		

Profissão (escreva a informação pedida)		

Situação profissional (assinale com uma cruz (X) a opção adequada)	Empregado(a)		
	Desempregado(a)		
	Doméstico(a)		
	Reformado(a)		

¹ Para que possa recordar-se deste número com facilidade, guarde-o num local de fácil acesso para si como, por exemplo, na lista de contactos do seu telemóvel.

II. Informações sobre o estudante e a sua adaptação ao ensino superior

Por favor, escreva a informação pedida ou assinale com uma cruz (X) a opção que melhor representa a sua situação.

8. É a primeira vez que se encontra matriculado no 1º ano do Ensino Superior?

Sim__ Não__

9. Nota de ingresso:_____

10. Curso/faculdade em que se encontra matriculado:_____

11. A que opção de candidatura corresponde o curso em que se encontra matriculado?

Primeira__ Outras__

12. O ingresso no Ensino Superior implicou a mudança do seu local de residência?

Não__ Sim__ (Se respondeu NÃO, passe para a questão nº 15)

13. Onde se situava a sua residência antes da entrada para o Ensino Superior?

Portugal Continental (especifique o concelho)_____

Ilhas da Madeira ou dos Açores__

País da Comunidade de Países Língua Portuguesa__

Outro local (especifique)_____

14. Com que frequência se desloca à residência indicada na questão anterior?

Semanalmente__ Quinzenalmente__ Mensalmente__

Só nas férias escolares__ Outra (especifique)_____

15. Encontra-se envolvido em algum tipo de atividade, organização ou associação durante o seu tempo livre?

Não__ Sim, numa__ Sim, em várias__ (Se respondeu NÃO, passe para a questão nº 16)

15.1. De natureza:

Religiosa__

Desportiva__

Cultural__

Recreativa__

Política__

De solidariedade social__

Outra (especifique)_____

15.2. A sua participação é:

Escassa__

Moderada__

Frequente__

16. A adaptação às mudanças (de rotinas, de relações interpessoais, do que os outros esperam de si e da imagem que tem de si e do mundo) inerentes ao ingresso no ensino superior é vivida de forma muito diferente de estudante para estudante. Até ao momento, considera-se bem-sucedido na sua adaptação ao Ensino Superior?

Muito__ Moderadamente__ Um pouco__ Muito pouco__ Nada__

17. Está a receber algum tipo de apoio?

Não__ Sim: Apoio financeiro__ Apoio pedagógico__ Apoio clínico__ Outro_____

18. Gostaria de receber algum tipo de apoio?

Não__ Sim (especifique) _____

III. Informações sobre o desempenho académico

Por favor, escreva a informação pedida.

Designação das disciplinas do curso que frequenta (1º semestre, 1º ano)	Assinale as disciplinas às quais não obteve aprovação (por falta, desistência ou classificação negativa)	Classificação final obtida nas disciplinas em que obteve aprovação

IV. Informações sobre mudanças no estilo de vida

Por favor, escreva a informação pedida ou assinale com uma cruz (X) a opção que melhor representa a sua situação.

19. O ingresso no ensino superior pode trazer alterações no estilo de vida do estudante. Que comportamentos e atitudes apresentava antes (AN) do ingresso no ensino superior e quais os que apresenta atualmente (AC) no seu quotidiano? Perante um comportamento ou atitude que nunca tenha manifestado, escreva no espaço indicado NA (não se aplica).

Ao nível do comportamento alimentar	Quantidade de refeições (principais e ligeiras)	AN: __ (refeições/dia) AC: __ (refeições/dia)
	Qualidade ou diversidade nutricional dos alimentos	AN: fraca __ satisfatória __ boa __ AC: fraca __ satisfatória __ boa __
Ao nível do padrão sono-vigília	Duração do sono	AN: ____ (horas/dia) AC: ____ (horas/dia)
	Qualidade do sono	AN: fraca __ satisfatória __ boa __ AC: fraca __ satisfatória __ boa __
Ao nível do padrão de atividades físicas	Frequência/duração ² da prática de atividades moderadas ou vigorosas	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __

² Entende-se por frequência/duração RARA menos de 45 minutos por semana; FREQUENTE pelo menos 150 minutos por semana, de atividades físicas de intensidade moderada, ou 75 minutos por semana, de atividades de intensidade vigorosa; e OCASIONAL qualquer outro valor entre os limites anteriores. Note que as atividades físicas de intensidade moderada (e.g., caminhada rápida) e vigorosa (e.g., corrida) são aquelas que provocam, respetivamente, pequenas alterações no sistema cardiorrespiratório e alterações evidentes no sistema cardiorrespiratório e/ou sudção intensa.

Ao nível do consumo de álcool	Consumo diário de bebidas com álcool	AN: __ (bebidas/dia) AC: __ (bebidas/dia)
	Consumo mensal de álcool em excesso (+ 1 ou 2 UBP ³)	AN: __ (dias/mês) AC: __ (dias/mês)
Ao nível do consumo de tabaco	Consumo diário de cigarros	AN: __ (cigarros/dia) AC: __ (cigarros/dia)
Ao nível do consumo de cafeína	Consumo diário de bebidas com cafeína (p.e., café, Coca-Cola, energéticas, etc.)	AN: __ (bebidas/dia) AC: __ (bebidas/dia)
Ao nível do consumo de drogas ilícitas	Frequência (por mês) do consumo de drogas ilícitas (p.e., haxixe, ecstasy, cocaína, etc.)	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __
Ao nível da toma de medicamentos sem prescrição médica	Frequência (por ano) da auto-medicação	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __
Ao nível do comportamento sexual	Frequência da mudança de parceiro(a) sexual	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __
	Frequência da utilização de preservativo nas relações sexuais	AN: rara __ frequente __ constante __ AC: rara __ frequente __ constante __
Ao nível da monitorização da saúde	Frequência (por ano) da monitorização da saúde (p.e., palpação, vacinação, avaliação médica, etc.)	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __

20. Tendo em consideração as (hipotéticas) alterações nos comportamentos e atitudes de saúde do seu estilo de vida, responda às questões seguintes.

20.1 Estas alterações têm influenciado o seu estado de saúde?

Discorda__

Concorda, influenciaram de uma forma positiva __

Concorda, influenciaram de uma forma negativa __

20.2 Estas alterações têm influenciado a sua adaptação ao ensino superior?

Discorda__

Concorda, influenciaram de uma forma positiva__

Concorda, influenciaram de uma forma negativa__

20.3 Estas alterações têm influenciado o seu rendimento académico?

Discorda__

Concorda, influenciaram de uma forma positiva__

Concorda, influenciaram de uma forma negativa__

³ Entende-se por consumo de álcool em excesso o consumo de mais de 1UBP (unidade de bebida padrão) por dia, no caso da mulher, ou de mais de 2UBP por dia, no caso do homem. Note a seguinte correspondência: 1 copo (200 mL) de cerveja = 1UBP; 1 copo (100mL) de vinho = 1UBP; 1 dose (50 mL) de bebida destilada (p.e., gin, vodka) = 2UBP.

21. Gostaria de alterar algum dos comportamentos e atitudes de saúde que fazem parte do seu atual estilo de vida?

Não__ Sim (qual ou quais?)_____

V. Informações sobre o estado de saúde

Por favor, escreva a informação pedida ou assinale com uma cruz (X) a opção que melhor representa a sua situação.

22. Quanto pesa (medição nas últimas 4 semanas)? ___Kg

23. Quanto mede? ___m

24. A sua saúde física atual (pense nas últimas 4 semanas) é:

Excelente__ Muito boa__ Boa__ Razoável__ Má__

25. A sua saúde psicológica atual (pense nas últimas 4 semanas) é:

Excelente__ Muito boa__ Boa__ Razoável__ Má__

Gratos pela colaboração.

Apêndice 2. Carta de apresentação da investigação ao diretor de cada uma das faculdades da Universidade de Coimbra (Estudo 1)

Coimbra, Fevereiro de 2010

Exmo. Sr. Diretor:

Sou uma investigadora colaboradora do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (Unidade de I&D da Universidade de Coimbra) que, no âmbito do respetivo doutoramento, se encontra a desenvolver uma investigação sobre *estilos de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior*, sob a orientação do Prof. Doutor José Manuel Portocarrero Canavarro.

Para a progressão desta investigação, é necessário aplicar um protocolo de avaliação (anexo a esta carta), que deverá ser respondido de forma voluntária e anónima pelos alunos que estejam matriculado no primeiro ano dos diferentes cursos de graduação da Universidade de Coimbra, tenham ingressado no ensino superior há, no máximo, 22 meses atrás, apresentem uma idade compreendida entre os 17 e os 25 anos e não tenham filhos. É neste sentido que solicito a sua colaboração, autorizando a recolha de dados em contexto de aula (preferencialmente de disciplinas transversais aos vários cursos da faculdade).

Se pretender algum esclarecimento relativamente a esta investigação, poderá utilizar o seguinte endereço: *dout19@fpce.uc.pt*.

Grata pela atenção e tempo dispensados.

Os meus melhores cumprimentos,

Andreia Martins Soares

Apêndice 3. Carta de apresentação da investigação ao docente da aula pretendida (Estudo 1)

Coimbra, Fevereiro de 2010

Exmo. Sr. Prof. Doutor:

Sou uma investigadora colaboradora do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (Unidade de I&D da Universidade de Coimbra) que, no âmbito do respetivo doutoramento, se encontra a desenvolver uma investigação sobre *estilos de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior*, sob a orientação do Prof. Doutor José Manuel Portocarrero Canavarro.

Para a progressão desta investigação, é necessário aplicar um protocolo de avaliação (anexo a esta carta), que deverá ser respondido de forma voluntária e anónima pelos alunos que estejam matriculado no primeiro ano dos diferentes cursos de graduação da Universidade de Coimbra, tenham ingressado no ensino superior há, no máximo, 22 meses atrás, apresentem uma idade compreendida entre os 17 e os 25 anos e não tenham filhos. É neste contexto, e com a devida autorização concedida pelo Diretor desta faculdade, que solicito a sua colaboração, no sentido de dispensar os seus alunos de outras tarefas académicas, pelo tempo necessário ao correto preenchimento do protocolo de avaliação.

Se pretender algum esclarecimento relativamente a esta investigação, poderá utilizar o seguinte endereço: *dout19@fpce.uc.pt*.

Grata pela atenção e tempo dispensados.

Os meus melhores cumprimentos,

Andreia Martins Soares

Apêndice 4. Carta de apresentação da investigação ao estudante (Estudo 1)

Coimbra, março de 2010

Caro(a) estudante:

Sou uma investigadora colaboradora do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (Unidade de I&D da Universidade de Coimbra) que, no âmbito do respetivo doutoramento, se encontra a desenvolver uma investigação sobre *estilos de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior*, sob a orientação do Prof. Doutor José Manuel Portocarrero Canavarro.

Caso esteja matriculado no primeiro ano de um curso de graduação da UC, tenha ingressado no ensino superior há, no máximo, 22 meses atrás, apresente uma idade compreendida entre os 17 e os 25 anos e não tenha filhos, solicito a sua colaboração neste estudo, concedendo-me o seu consentimento para que lhe sejam aplicados os instrumentos de avaliação psicológica que encontra nas páginas seguintes. A sua participação é voluntária e anónima e os dados que fornecer serão mantidos confidenciais pois serão codificados, sendo utilizadas apenas no âmbito da investigação.

Não se tratando de um teste, não há respostas certas ou erradas. Todas as suas respostas são igualmente importantes, devendo traduzir o seu ponto de vista sobre o assunto em análise. Por favor, certifique-se de que entendeu o que se pretende antes de começar a preencher e que responde a todos os itens dos instrumentos de avaliação e a todos os instrumentos.

Se pretender algum esclarecimento relativamente a esta investigação, poderá utilizar o seguinte endereço: *dout19@fpce.uc.pt*.

Grata pela disponibilidade, empenho e interesse manifestados.

Andreia Martins Soares

Apêndice 5. Relação entre estilo de vida atual e variáveis de saúde e de sucesso acadêmico
(tabelas completas)

As tabelas seguintes contêm os resultados do estudo da relação entre o estilo de vida no ensino superior e as variáveis de saúde (estado de saúde e qualidade de vida) e de sucesso acadêmico (desempenho escolar e qualidade da adaptação).

Tabela A5. Coeficientes de correlação/associação entre o estilo de vida (medida geral e CAS isolado) no ensino superior e as variáveis do âmbito da saúde.

Variáveis	Estado de Saúde (N = 546)		Qualidade de Vida (N = 535)				
	CF	CM	FG	DFís	DPsi	DRçS	DAmb
ICEV	.27***	.20***	.29***	.32***	.23***	.08	.24***
Quantidade de refeições	.07	.09*	.11*	.06	.08	.01	.14***
Qualidade/diversidade nutricional	.21***	.14**	.20***	.22***	.14**	< .01	.22***
Duração do sono	.11*	.10*	.16***	.24***	.12**	.04	.12**
Qualidade do sono	.32***	.34***	.30***	.41***	.29***	.15**	.29***
Atividades físicas	.09*	.12**	.23***	.13**	.10*	.07	.16***
Consumo regular de álcool	.03	.02	.03	-.05	-.01	.01	< .01
Consumo de álcool em excesso	< .01	.07	-.05	-.03	.02	.01	-.01
Consumo de tabaco	-.09*	-.02	-.16***	-.11*	-.08	.06	-.12**
Consumo de cafeína	-.11**	-.06	-.10*	-.12**	-.09*	-.01	-.05
Consumo de drogas ilícitas	-.03	.03	-.07	< -.01	.03	.02	< -.01
Automedicação	-.11**	-.13**	-.13**	-.19**	-.18**	-.10*	-.08
Uso de preservativo	.06	.12**	.10*	.12**	.14**	.15**	.12**
Monitorização da saúde	.08	.10*	.09*	.11*	.12**	.11*	.12**
Atividades físicas ^a	(n = 487)		(n = 476)				
	.15**	.12**	.25***	.15**	.13**	.10*	.21***

^aCoeficientes de associação para uma amostra sem alunos da FCDEFUC (n = 487).

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Tabela A5. Coeficientes de correlação/associação entre o estilo de vida (medida geral e CAS isolado) no ensino superior e os indicadores de sucesso acadêmico.

Variáveis	Desempenho Escolar (N = 546)	Qualidade da Adaptação (N = 546)				
		DPes	DIntp	DCar	DEst	DInst
ICEV	.26***	.25***	-.03	.10*	.23***	.05
Quantidade de refeições	.15***	.08	-.03	.10*	.03	.04
Qualidade/diversidade nutricional	.08	.17***	-.04	.07	.14**	.02
Duração do sono	.06	.14**	-.07	.01	.15**	-.01
Qualidade do sono	.19***	.36***	.14**	.18***	.17***	.13**
Atividades físicas	-.02	.14**	.05	.03	.09*	-.10*
Consumo regular de álcool	-.14**	-.02	.17***	.03	-.08	-.11*
Consumo de álcool em excesso	-.10*	.03	.17***	.06	-.13**	.07
Consumo de tabaco	-.25***	-.09*	.03	-.05	-.17***	-.03
Consumo de cafeína	-.15***	-.14**	.03	-.08	-.12**	.02
Consumo de drogas ilícitas	-.11**	-.02	< -.01	-.02	-.05	-.03
Automedicação	-.02	-.16***	-.04	-.06	-.12**	-.03
Uso de preservativo	.01	.12**	.03	.02	.04	-.03
Monitorização da saúde	.01	.13**	.13**	.04	.23***	.07
Atividades físicas ^a	(n = 394)	(n = 394)				
	-.04	.10*	.05	.01	.12*	-.15**

^aCoeficientes de associação para a subamostra de alunos deslocados (n = 394).

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Apêndice 6. Etapa de avaliação das necessidades: alguns detalhes sobre os processos e os produtos da avaliação de recursos

Recursos da comunidade?

Pesquisa de 2 meses (junho a julho de 2010) no motor de pesquisa *Google.pt* com os termos *promoção da saúde, estudantes do ensino superior e Coimbra*.

Instituições de Ensino Superior de Coimbra

ESEnFC (<http://esenfc.pt/>)

- Ação Escolar
 - Serviços de Saúde
 - Desporto e Cultura
 - ...
- Projetos de extensão
 - “(O)Usar & Ser Laço Branco”
 - “Antes que te Queimes”
 - “Promoção com/em Saúde na ESEnFC”
 - ...
- Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
 - Linha de investigação “Bem-estar, Saúde e Doenças”

Instituto Politécnico de Coimbra (www.ipc.pt/)

- Gabinete de Apoio ao Aluno da Escola Superior de Educação
- Serviços de Ação Social
 - Serviços de Saúde
 - Apoio a atividades desportivas e culturais
 - ...

Instituto Superior Miguel Torga (www.ismt.pt/)

- Centro de Estudos Psicossociais:
 - Gabinete de Apoio Psicológico
 - (Gabinete de Intervenção Sistémica)
 - (Núcleo João dos Santos)
- Gabinete de Apoio ao Estudante dos Serviços de Ação Social

Outras instituições de Coimbra
(e.g., instituições sem fins lucrativos, institutos públicos, instituições do Serviço Nacional de Saúde)

Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego I (<http://www.portaldasaude.pt/portal>)

- Centro de Saúde de Celas
- Centro de Saúde de Fernão Magalhães
- Centro de Saúde de Santa Clara
- ...

Associação Existências
(<http://existencias.net/index.php>)

- Projeto Nov'Ellos
- ...

APF (www.apf.pt)

- Áreas e serviços
 - Atendimento e intervenção comunitária
 - Linhas telefónicas de ajuda
 - Espaços de atendimento
 - ...
 - Recursos e conhecimento
 - ...
- Campanhas & iniciativas
 - Dia dos Namorados
 - Preservativo Feminino
 - Direitos e Interrupção Voluntária da Gravidez
 - ...

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (<http://www.chuc.min-saude.pt/>)

- Investigação
- Eventos dirigidos à comunidade

UC (www.uc.pt/)

- Estádio Universitário
- Gabinete de Apoio ao Estudante da Associação Académica de Coimbra
- GAE (da FPCEUC)
 - Grupo de Educação pelos Pares/[ex]pressões100riscos.
 - XPTO seXualidades - esPaço de aTendimento e acOnselhamento no âmbito da Sexualidade
 - ...
- Serviços de Ação Social
 - Serviços de Saúde e de Gestão da Segurança e do Trabalho
 - Núcleo de Integração e Aconselhamento Psicopedagógico
 - ...

IDT (atual Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; <http://www.sicad.pt>)

- Estatística e investigação
- Materiais/Campanhas
 - Desdobrável “Energia Usa só a Tua”
 - “Guia de Sobrevivência às Drogas e às Noitadas”
 - ...
- Programas e projetos de intervenção
 - Programa de Respostas Integradas
 - Programa “Eu e os Outros”

Instituto Português da Juventude I.P. (atual Instituto Português do Desporto e Juventude I.P.; <http://www.ipdj.pt/>)

- Portal da Juventude
 - Saúde e sexualidade
 - Programa CUIDA-TE
 - Sexualidade em Linha
 - ...
- Desporto
 - Programa Nacional de Marcha e Corrida
 - ...

Execução, por via eletrónica ou presencialmente, de pedidos de contacto. Obtenção de sete respostas positivas e em tempo útil.



Realização de entrevistas não estruturadas, em torno de tema proposto (promoção da saúde em estudantes do ensino superior) e duas perguntas (experiências prévias? colaboração possível na intervenção em construção?).

Recursos (da comunidade) disponíveis

Recursos humanos e materiais

- Grupo de Educação pelos Pares/[ex]pressões100riscos, do GAE da FPCEUC (áreas de atuação: promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção e redução de riscos e danos associados ao consumo de SPA, apoio à transição e adaptação à universidade, e prevenção do abandono do ensino superior)
- Investigadores Prof. Doutora **Tereza Maria Barroso** e Prof. Doutor **Armando Manuel Silva** da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da ESEnfC (áreas de atuação/interesse, respetivamente: prevenção do uso/abuso de álcool e outras SPA; intervenções em saúde comunitária/saúde pública)
- Enfermeira **Marisa Soares** da Escola Superior de Saúde de Portalegre* (áreas de atuação/interesse: promoção de comportamentos alimentares e de hábitos de sono saudáveis)

Recursos materiais

- Associação Existências
 - APF
 - IDT
 - ABRAÇO*
- } Materiais informativos (folhetos, desdobráveis, postais, etc.) sobre contraceção, doenças sexualmente transmissíveis, SPA (lícitas e ilícitas), prevenção, riscos, apoio, etc.

*Recursos provenientes de instituições exteriores à cidade de Coimbra que contudo, durante o período de avaliação das necessidades, estavam a colaborar com (ou a ser utilizados em) alguma das instituições conimbricenses mencionadas.

Apêndice 7. Materiais didáticos do programa T(+S)

- Diapositivos do programa *Microsoft Office PowerPoint* utilizados nas sessões:
 - Sessão única da condição experimental A
 - Primeira sessão da condição experimental B
 - Segunda sessão da condição experimental B
 - Terceira sessão da condição experimental B
 - Quarta sessão da condição experimental B
 - Quinta sessão da condição experimental B

- Folhetos e fichas de trabalho:
 - Folheto informativo
 - Ficha de Trabalho 1
 - Ficha de Trabalho 2
 - Ficha de Trabalho 3
 - Ficha de Trabalho 4

Sessão única da condição experimental A



Transições (mais) Saudáveis

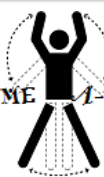
Apoiar o sucesso académico através da promoção de estilos de vida mais saudáveis na transição para o ensino superior.

Andreia Soares
Coimbra [FPCEUC]
Outubro a Dezembro de 2010

1

Transições (mais) Saudáveis

Sessão: **ME LIGAR...PELA SUA SAÚDE E PELO SEU SUCESSO.**



Objetivo:

Promover a intenção de praticar regularmente exercício físico na transição para a universidade

Roteiro:

- Factos...alarmantes?
- Sedentários?! Não por muito tempo.
- Na primeira pessoa...
- Coimbra: aliada do exercício físico e do desporto!
- Testemunhos: *Eu consigo!*

Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

1. Clarificando conceitos...

Atividade física [1, 2]

Qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em dispêndio de energia.

Pode ocorrer sob a forma de exercício físico e desporto, transporte ativo (e.g., caminhar, subir escadas), jardinagem, etc..



Exercício físico [1, 2]

Subcomponente da atividade física.

Movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, realizados com o propósito primário de manter ou melhorar a condição física, o desempenho físico ou a saúde.



Desporto [2, 3]

Subcomponente do exercício físico.

Conjunto de atividades orientadas por regras/normas institucionalizadas e desempenhadas por equipas ou indivíduos num contexto de competição ou recreativo e lúdico.

3

Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

2. Reconhecendo relações...



*Atividade física
(exercício/desporto)*



Saúde e Bem-estar

• **Atividade física adequada** + alimentação saudável + consumo não prejudicial de SPA (e.g. tabaco, álcool) = pilares para estilo de vida saudável [4]

• Prática regular de exercício/desporto beneficia física, social e mentalmente toda a população, independentemente do género ou idade [4, 5]

4

Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

2. Reconhecendo relações...



- Evidências apontam para **efeito positivo da atividade física** nos **indicadores de produtividade** (níveis de desempenho, absentismo, acidentes no trabalho, etc.), motor do desenvolvimento económico de um país [5]
- **Prática regular de exercício/desporto** no contexto do ensino superior parece ter um **efeito benéfico** na promoção do **bem-estar físico e psicológico**, ou na **redução de sintomas de ansiedade e depressão**, e consequentemente no **desempenho académico** [6, 7]

5

Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

3. Quais os níveis recomendados (OMS)?



5-17 anos [2]

- Acumular pelo menos **60 min** de atividade física (e.g., jogos ativos, transporte, educação física) **moderada a vigorosa, diariamente**
- Para benefícios de saúde adicionais: **+60 min**
- **Maior parte** da atividade diária deve ser **aeróbia**
- Incluir **atividade vigorosa**, pelo menos, **3 vezes/semana**

6

Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

3. Quais os níveis recomendados (OMS)?

18-64 anos [2]

- Acumular pelo menos **150** ou **75 min** de atividade física (e.g., atividades recreativas ou de lazer, transporte, atividades ocupacionais) **moderada** ou **vigorosa aeróbia, semanalmente** (e.g., 30 min x 5 dias; 15 min x 5 dias)
- Desempenhar períodos de **atividade aeróbia** de, pelo menos, **10 min**
- Para benefícios de saúde adicionais: até 300 ou 150 min
- Incluir **atividades musculares** (envolvendo grandes grupos musculares) em **2** ou + **dias/semana**



7

Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

3. Quais os níveis recomendados (OMS)?

65 ou + anos [2]

- Acumular pelo menos **150** ou **75 min** de atividade física (e.g., atividades recreativas ou de lazer, transporte, tarefas domésticas) **moderada** ou **vigorosa aeróbia, semanalmente**
- Desempenhar períodos de **atividade aeróbia** de, pelo menos, **10 min**
- Para benefícios de saúde adicionais: até 300 ou 150 min
- Pessoas com **mobilidade reduzida**: incluir atividade para aumentar equilíbrio em **3** ou + **dias/semana**
- Incluir **atividades musculares** (envolvendo grandes grupos musculares) em **2** ou + **dias/semana**
- Adultos **impedidos** de seguir recomendações: ser **o + fisicamente ativo**, considerando as suas capacidades e condições de saúde

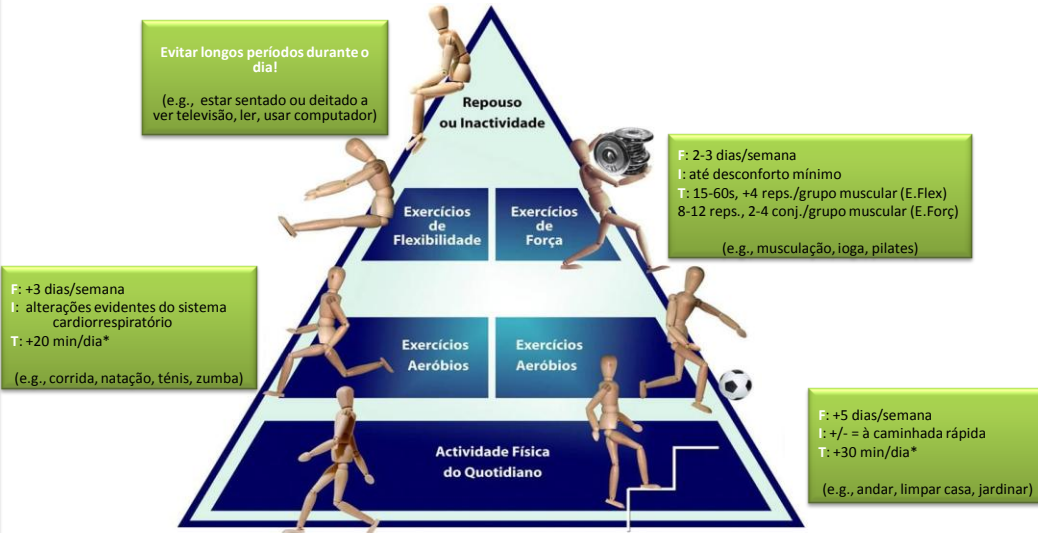


8

Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

3. Quais os níveis recomendados? [2, 8]



* Acumular, pelo menos, 150 min de atividade física moderada aeróbia ou 75 min de atividade física vigorosa aeróbia, semanalmente. 9

Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

4. Quem (não) pratica?

• Globalmente, em 2010:

• **1 em cada 4 pessoas** (23%) com ≥ 18 anos tinha nível **insuficiente** de atividades físicas [9]

- 20% homens vs. **27%** mulheres
- 26% homens vs. **35%** mulheres (países ricos)
- 12% homens vs. **24%** mulheres (países pobres)

• **4 em cada 5 adolescentes** (81%) entre 11-17 anos tinha atividades físicas **abaixo do recomendado** [9]

- 78% rapazes vs. **84%** raparigas

• Atividade física tendia a **diminuir** com a **idade** (**diminuíam menos** para quem foi **sempre suficientemente ativo**) [2, 10]



Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

4. Quem (não) pratica?

• Na UE, em 2009 [10]:

- **2 em cada 3** (60%) cidadãos **nunca ou raramente** (<1 vez/semana) praticava exercício ou desporto e **1 em cada 3** (34%) **nunca ou raramente** praticava outro tipo de atividades físicas
- **Homens** praticavam **mais** exercício ou desporto do que as **mulheres**, mas ambos praticavam os **mesmos níveis** de outras atividades físicas
 - **disparidade** era maior no grupo etário dos **15-24 anos**, favorecendo o sexo masculino
- Cidadãos **idosos**, com **menos habilitações** literárias, a viver **sozinhos** e com **problemas financeiros** tendiam a ser **menos** fisicamente ativos



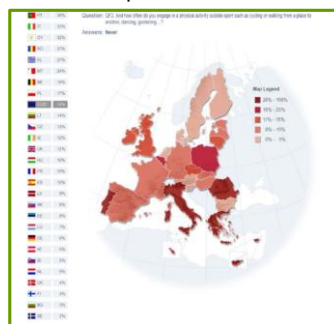
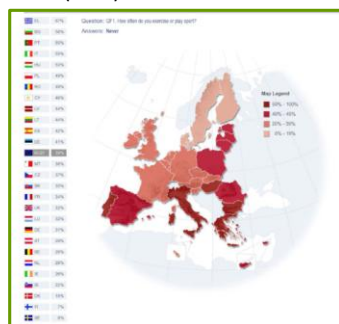
Factos...alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

4. Quem (não) pratica?

• Na UE, em 2009 [10]:

- De modo geral, cidadãos dos países do **norte da Europa** eram os **mais** ativos e os dos países **mediterrânicos** (e **novos membros** da EU) eram os **menos** ativos
- Em **Portugal**, **2 em cada 3** (66%) **nunca ou raramente** praticava exercício ou desporto e **1 em cada 2** (51%) **nunca ou raramente** praticava outro tipo de atividades físicas



Factos... alarmantes?

[Informação geral sobre atividade física]

4. Quem (não) pratica?

• No contexto do ensino superior português, particularmente numa amostra de 546 primeiranistas da UC, do ano letivo de 2009/2010 [11]:

- **3 em cada 5** (63%) sofreu uma **alteração negativa** (i.e., alteraram a frequência e a duração das atividades físicas moderadas ou vigorosas para **níveis abaixo dos recomendados**) no seu padrão de atividades físicas com a transição para o ensino superior
- **4 em cada 5** (77%) **não** era **suficientemente ativo** na universidade
- **2 em cada 5** (17%) desejava **iniciar ou aumentar a prática** de exercício físico ou de uma atividade desportiva.



Sedentários? Não por muito tempo.

[Informação sobre as consequências da (in)atividade física]

1. Custos da inatividade física [2, 4, 9]

● Risco aumentado de **morte prematura**

- Inatividade física = **4º principal fator de risco** para mortalidade global, responsável por **3.2 milhões** de mortes anuais no mundo

● Risco aumentado de desenvolver **doenças não transmissíveis** (e.g., doença cardiovascular, diabetes, cancro) OU **seus fatores de risco** (e.g., hipertensão, hiperglicemia, colesterol elevado, excesso de peso)

- Doenças não transmissíveis = responsáveis por **2 em cada 3** (63%) mortes no mundo e pela **diminuição** da **qualidade de vida** e **aumento** dos **prejuízos económicos** (e.g., custos com provisão de cuidados de saúde, diminuição da produtividade)
- Inatividade física = principal causa de **21-25%** cancro da mama e do cólon, **27%** diabetes, **30%** doença cardíaca isquémica

● Risco aumentado de **perda de anos potencialmente produtivos** por doença, incapacidade ou morte prematura

- Inatividade física = responsáveis por **32.1 milhões DALYs** (*disability-adjusted life year*) anuais no mundo



Sedentários? Não por muito tempo.

[Informação sobre as consequências da (in)atividade física]

2. Benefícios físicos da prática recomendada de atividades físicas

[2, 4, 8, 9, 12]

● Aumenta longevidade

- reduz risco de morte prematura por todas as causas, mas sobretudo por doença cardiovascular e cancro

● Ajuda prevenção/tratamento de doenças cardiovasculares (e suas complicações, e.g., AVC e enfarte do miocárdio), diabetes tipo 2 e cancro cólon e mama

● Ajuda controle (i.e., manutenção níveis adequados / redução excessos) tensão arterial, glicose (também melhora sensibilidade à insulina) e peso (diminuindo risco de obesidade)



15

Sedentários? Não por muito tempo.

[Informação sobre as consequências da (in)atividade física]

2. Benefícios físicos da prática recomendada de atividades físicas

[2, 4, 8, 9, 12]

● Melhora força e resistência muscular, coordenação e flexibilidade, equilíbrio e estabilidade postural (diminuindo risco de quedas e lesões)

● Ajuda prevenção/redução/reversão enfraquecimento da massa óssea e osteoporose (diminuindo risco de fratura), dores lombares e nos joelhos

● Melhora função dos sistemas cardiovascular, cardiorrespiratório e músculo-esquelético



16

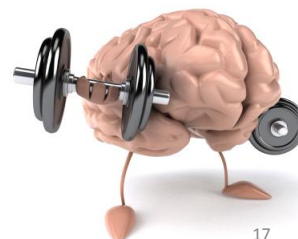
Sedentários? Não por muito tempo.

[Informação sobre as consequências da (in)atividade física]

2. Benefícios psicológicos da prática recomendada de atividades físicas

[2, 4, 8, 9, 12]

- Ajuda **prevenção/redução** sintomas na **perturbação depressiva** (leve ou moderada) e **ansiedade**
- **Efeito amortecedor** no **impacto do stresse** (ao reduzir ansiedade e regular sono)
- **Promove funções cognitivas** (favorecendo a aprendizagem em qualquer idade) e **reduz risco** de **declínio cognitivo** e **demência**
- **Melhora percepções** do **Eu** (autoconceito, autoimagem, autoconfiança, autoestima)
- **Promove bem-estar geral** e **qualidade de vida**



17

Sedentários? Não por muito tempo.

[Informação sobre as consequências da (in)atividade física]

2. Outros benefícios da prática recomendada de atividades físicas

[2, 4, 8, 9, 12]

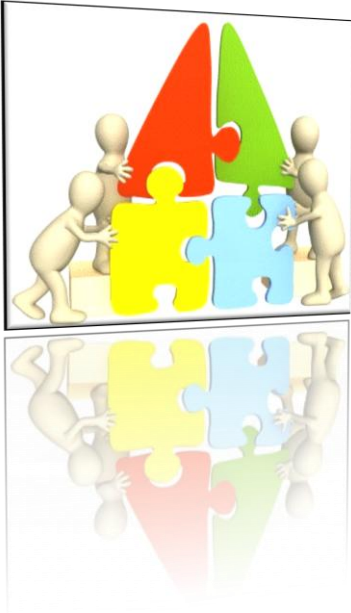
- Ajuda **prevenção/controlo comportamentos de risco** (tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável, violência), especialmente nos mais jovens.
- Atividades físicas coletivas **promovem integração** social e cultural e proporcionam **alargamento rede social de apoio**
- Atividades físicas coletivas **estimulam desenvolvimento competências sociais** (cooperação, responsabilidade, comunicação)



18

Na primeira pessoa...

[Atividade individual e em grupo]



Instruções

1. (5 min) Avaliação individual e registo:
 - 1.1. vulnerabilidade pessoal às consequências negativas do atual padrão de atividades físicas? severidade dessas consequências?
 - 1.2. benefícios imediatos da introdução da prática regular de exercício físico no estilo de vida
2. (5 min) Partilha no seio de pequenos subgrupos (pares/trios)
3. (5 min) Partilha e discussão no seio do grupo

19

Coimbra: aliada do exercício físico e do desporto!

[Informação sobre infraestruturas para prática de atividades físicas]




Qualquer estudante pode envergar a camisola da Associação Académica de Coimbra nas diversas modalidades desportivas (ver www.academica.pt) e utilizar o Estádio Universitário de Coimbra (ver www.uc.pt/estadiouniversitario)



20

Coimbra: aliada do exercício físico e do desporto!


[Informação sobre infraestruturas para prática de atividades físicas]



O TOUR "DO SOMETHING.PT" EM COIMBRA 23-25 JULHO
MOBILIZAR JOVENS DE TODOS OS PAÍSES PARA A AÇÃO



Campeonato de Downhill Urbano 2010



COIMBRA FIT

Novo Programa/Cartão de acesso aos Equipamentos Desportivos Municipais.

A Câmara Municipal de Coimbra, sensível à importância do exercício e do desporto, promove eventos, desenvolve programas, subsidia associações, disponibiliza infraestruturas para todos os seus cidadãos (ver www.cm-coimbra.pt)

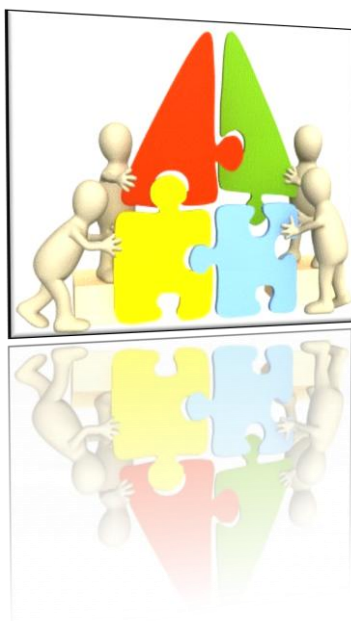
Infraestruturas:

- Espaços verdes da cidade (e.g., Parque Verde do Mondego, Parque Linear Vale das Flores, Mata Nacional do Choupal)
- Instalações municipais (e.g., Centro Olímpico das Piscinas Municipais, Piscina Municipal Rui Abreu, Pavilhão Multidesportos de Coimbra, Estádio Cidade de Coimbra)
- Instalações particulares (e.g., Holmes Place, Ginásio Desportivo de Coimbra, CoimbraMMA)

21

Testemunhos: Eu consigo!

[Atividade em grupo]



Instruções

Ao grupo:

1. (10 min) Escuta e reflexão sobre testemunhos
2. (2 min) Partilha de dúvidas ou comentários

Aos *actors*:

1. Relação com prática de atividades físicas
2. Dicas
3. Encorajamento

22

Bibliografia

1. Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131.
2. WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: Author. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
3. Rejeski, W., & Brawley, L. (1988). Defining the boundaries of sport psychology. *The Sport Psychologist*, 2, 231-242.
4. Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde. (n.d.). *A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Retrieved from www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/FDB7388A-435E-4F65-BC1A-BAC31B74EFD7/0/i009085.pdf
5. Pronk, N., & Kottke, T. (2009). Physical activity promotion as a strategic corporate priority to improve worker health and business performance. *Preventive Medicine*, 49, 316–321.
6. Cruz, J., Gomes, A., Roriz, F., Parente, F., Amorim, P., Dias, B., & Paiva, P. (2008). Avaliação de dimensões psicológicas nos comportamentos de exercício e atividade física em estudantes universitários: Características psicométricas de medidas de atitudes e estados de humor associados à prática desportiva. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 24-31). Braga: Psiquilíbrios Edições.

23

Bibliografia

7. Ruthig, J., Marrone, S., Hladkyj, S., & Robinson-Epp, N. (in press). Changes in college student health: Implications for academic performance. *Journal of College Student Development*. doi: 10.1353/csd.2011.0038
8. Haskell, W., Lee, I., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B.,... Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423–1434.
9. WHO. (n.d.). *Physical activity: Fact sheet N°385*. Retrieved from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/#
10. European Commission. (2010). *Eurobarometer 72.3: Sport and physical activity*. Retrieved from ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf
11. Soares, A., Pereira, M., & Canavarro, J. (2010). *Saúde e qualidade de vida na transição para o ensino superior*. Manuscript in progress.
12. Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
13. <http://pt.depositphotos.com/>
14. <http://www.dreamstime.com/>

24

Primeira sessão da condição experimental B



Transições (mais) Saudáveis

Apoiar o sucesso académico através da promoção de estilos de vida mais saudáveis na transição para o ensino superior.

Andreia Soares
Coimbra [FPCEUC]
Outubro a Dezembro de 2010

CHECK UPI OBRIGATORIO

1

Transições (mais) Saudáveis

Sessão: **UNIDOS PELA MESMA VONTADE!**

Objetivos:

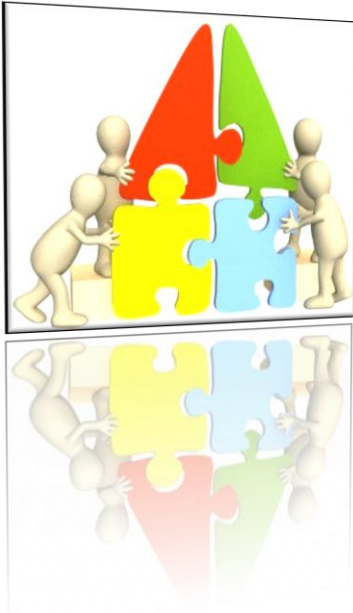
**Apresentar o grupo.
Descrever/discutir as respetivas
sessões do programa de
intervenção.**

Roteiro:

- *A minha cidade natal é...*
- Programa T(+)
S
- TPC

A minha cidade natal é...

[Apresentação do grupo]



Instruções

1. (0.5min cada) Heteroapresentação:

- 1.1. nome
- 1.2. intenção atual relativamente à prática de atividades físicas
- 1.3. cidade natal (+ característica favorita)

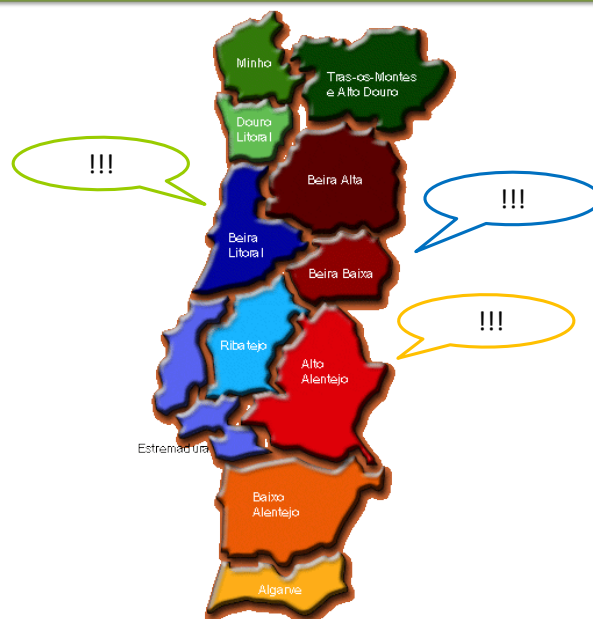
2. (1.5 min cada) Autoapresentação:

- 2.1. cidade natal (no mapa) + característica favorita (e.g., prato gastronómico, tradição, paisagem)
- 2.2. relação com prática de atividades físicas
- 2.3. nome

3

A minha cidade natal é...

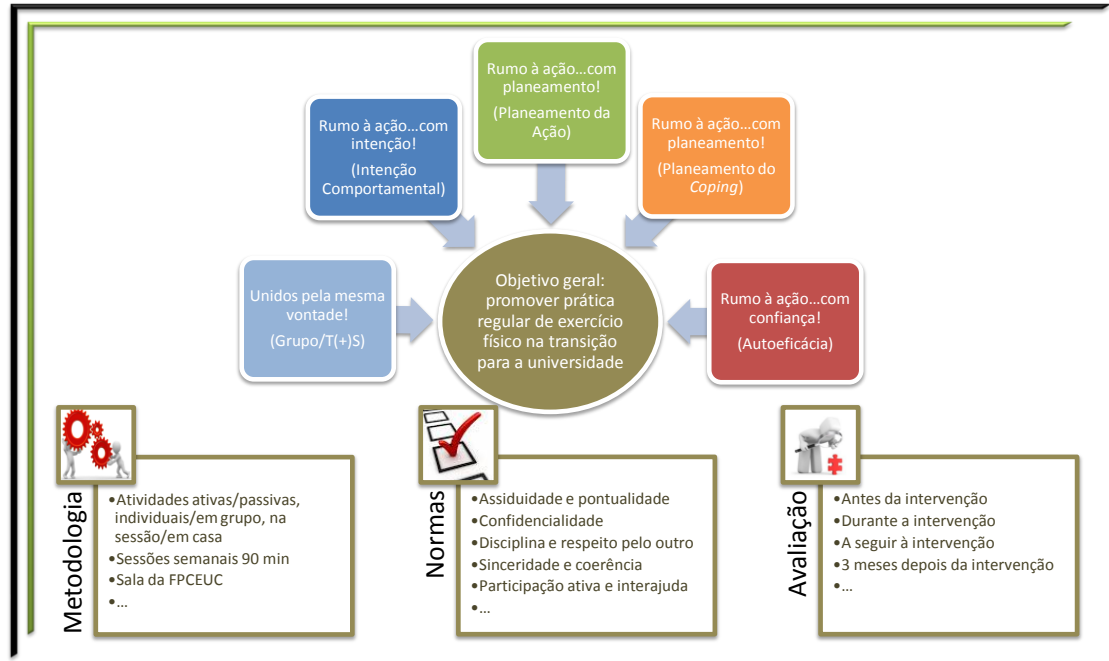
[Apresentação do grupo]



4

Programa T(+)_S

[Descrição da intervenção - condição experimental B]

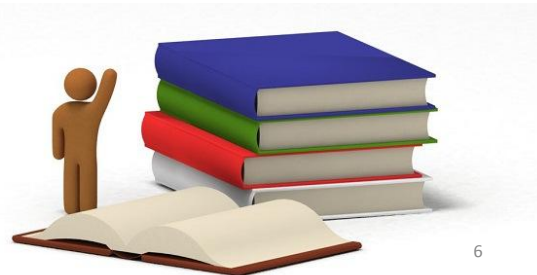


TPC...

[Apresentação do trabalho para casa]

Instruções



1. Criação do portefólio
2. Identificação (dados pessoais, relação com atividades físicas) do portefólio



Segunda sessão da condição experimental B

(Os diapositivos desta sessão são iguais aos da sessão única da condição experimental A, com três exceções: diapositivos 2, 19 e 22.)

Transições (mais) Saudáveis

Sessão: RUMO À  ÇÃO... COM  NTENÇÃO!

Objetivos:
Promover a prática regular de exercício físico na universidade, manipulando a intenção.

Roteiro:

- Factos...alarmantes?
- Sedentários?! Não por muito tempo.
- Na primeira pessoa...
- Coimbra: aliada do exercício físico e do desporto!
- TPC

2

Na primeira pessoa...

[Atividade individual e em grupo]



Instruções

1. (3 min) Avaliação individual dos benefícios imediatos da introdução da prática regular de exercício físico no estilo de vida
2. (7 min) Partilha no seio do subgrupo
3. (7 min) Partilha e discussão no seio do grupo

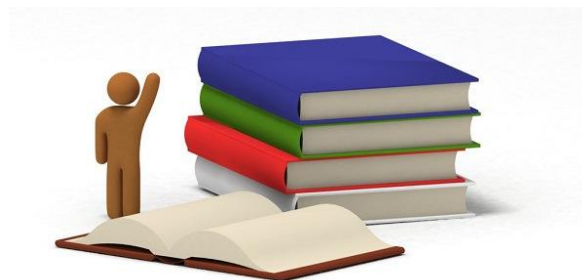
19

TPC...

[Apresentação do trabalho para casa]

Instruções

1. Preenchimento da Ficha de Trabalho 1:
 - 1.1. Evocar e registar consequências da prática de exercício físico e infraestruturas de interesse
 - 1.2. Edificar e registar uma resolução comportamental geral e realista



Terceira sessão da condição experimental B



Transições (mais) Saudáveis

Apoiar o sucesso académico através da promoção de estilos de vida mais saudáveis na transição para o ensino superior.



Andreia Soares
Coimbra [FPCEUC]
Outubro a Dezembro de 2010

1

Transições (mais) Saudáveis

Sessão: RUMO À  ÇÃO...COM P  ANEAMENTO!

Objetivos:

Promover a prática regular de exercício físico na universidade, manipulando o planeamento (da ação).

Roteiro:

- Vazios...por preencher.
- Planeamento?!
- Planos para troca!
- Trocar(am-me) os planos!
- TPC

Vazios... por preencher.

[A lacuna entre intenção e comportamento]

Porque é que nem todas as (boas) intenções conduzem ao comportamento?



3

Vazios... por preencher.

[A lacuna entre intenção e comportamento]



“...por se estabelecerem objetivos irrealistas ou sem prazo!”

“...não saber por onde começar ou seguir.”

“...por surgirem dificuldades que não foram antecipadas!”

“...”

4

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento]

As (boas) **intenções** têm maior probabilidade de ser traduzidas em ações quando há planeamento! ^[1]

- intenção = objetivo = meta
 - representação mental do resultado desejado ^[2]; decisão consciente de esforço para desempenhar determinado comportamento ^[1]
 - boa intenção = específica, realista, atrativa... ^[2]



5

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento]

As (boas) intenções têm maior probabilidade de ser traduzidas em ações quando há **planeamento**! ^[1]

- planeamento = meio para alcançar objetivos
 - planeamento da ação = estratégia (autorregulatória) prospetiva; representação mental que associa pistas situacionais específicas a respostas comportamentais ^[3]
 - planos de ação autoadministrados são:
 - + do que a extensão da intenção, porque incluem parâmetros situacionais específicos (e.g., onde, quando, com quem) e a sequência de ação (como) ^[1, 3]
 - + eficazes que a intenção, porque automatizam a resposta em face das pistas situacionais relevantes ^[3]



6

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento: maus/bons exemplos]

“Vou diminuir o consumo de gordura já a partir da próxima refeição”

reduzir o consumo de carne vermelha para 300g por semana, depois de fazer as compras da semana,

comprar alternativas (carne branca, cogumelos), monitorizar consumo (fazer pesagens antes da confeção, registar o consumo semanal),

“Não posso exceder-me no consumo de álcool, sobretudo se for conduzir”

limitar o consumo de bebidas destiladas por dia e não mais do que 2 vezes por semana,

evitar eventos sociais, sobretudo às quintas e aos sábados (restaurantes e bar).

Informar os locais habituais de consumo (colegas e amigos) da intenção e solicitar o seu apoio, alternar entre bebidas alcoólicas e não-alcoólicas, afastar-me das fontes de pressão...

7

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento: maus/bons exemplos]

“Vou diminuir o consumo de gordura já a partir da próxima refeição”

O quê? Reduzir o consumo de carne vermelha para 300g por semana.
Quando? A partir da próxima semana, depois de fazer as compras da semana, durante 2 meses.
Onde? Em casa e no local de trabalho.
Com quem? Sozinha e com a ajuda dos meus pais.
Como? Comprar alternativas (peixe, carne branca, cogumelos), monitorizar consumo (fazer pesagens antes da confeção, registar o consumo semanal), experimentar novas receitas...

“Não posso exceder-me no consumo de álcool, sobretudo se for conduzir”

O quê? Beber até 2 cervejas ou 1 bebida destilada por dia e não mais do que 2 vezes por semana.
Quando? Já a partir do próximo evento social, sobretudo às quintas e aos sábados à noite.
Onde? Nos locais habituais de consumo (restaurante e bar).
Com quem? Com os companheiros habituais de consumo (colegas e amigos).
Como? Informar companheiros da intenção e solicitar o seu apoio, restringir a disponibilidade de dinheiro para o consumo, alternar entre bebidas alcoólicas e não-alcoólicas, afastar-me das fontes de pressão...

8

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento: maus/bons exemplos]

“Tenho de fazer o autoexame da mama mais frequentemente”

menos, 1 vez em cada 2 meses.
primeiro dia depois do fim da menstruação.
casa de banho.
rónica e colocar alarme para o dia certo,
roupa interior, colocar laço cor-de-rosa no

“Em breve tenho de aumentar a prática de atividades físicas”



9

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento: maus/bons exemplos]

“Tenho de fazer o autoexame da mama mais frequentemente”

O quê? Fazer autoexame da mama, pelo menos, 1 vez em cada 2 meses.
Quando? Nos meses de 31 dias, no primeiro dia depois do fim da menstruação.
Onde? Em casa, em frente ao espelho da casa de banho.
Com quem? Sozinha.
Como? Registrar lembrete na agenda eletrónica e colocar alarme para o dia certo, deixar as instruções do autoexame perto da roupa interior, colocar laço cor-de-rosa no espelho da casa de banho...

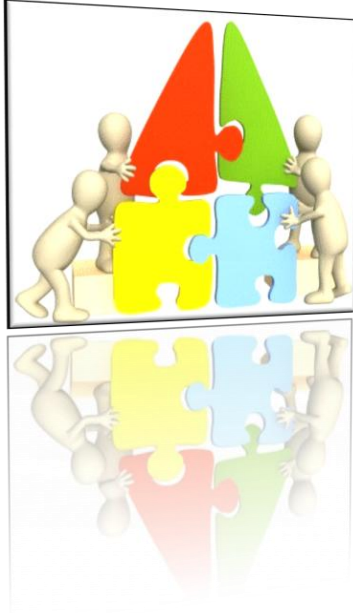
“Em breve tenho de aumentar a prática de atividades físicas”



10

Planos para troca!

[Atividade individual e em grupo]



Instruções

1. (10 min) Preenchimento individual (supervisionado) da Ficha de Trabalho 2
2. (10 min) Partilha e discussão no seio do subgrupo – procura de pontos comuns!

11

Trocar(am-me) os planos!

[Atividade em grupo]

Existem planos infalíveis? Plano ou planos?

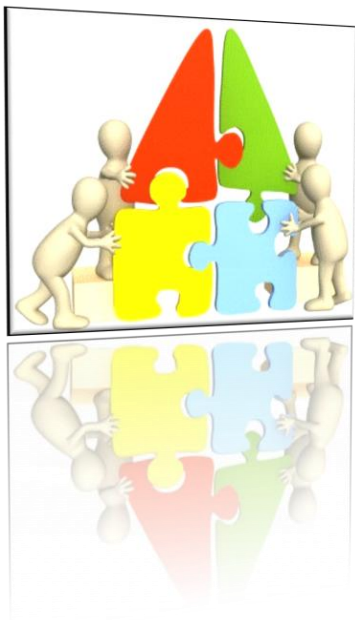
Será o planeamento da ação suficiente para a mudança?



12

Trocar(am-me) os planos!

[Atividade em grupo]



Instruções

Ao grupo:

1. (12 min) Escuta e reflexão sobre testemunhos
2. (2 min) Partilha de dúvidas ou comentários

Aos actors:

1. Nome e atividade física praticada
2. Experiência pessoal de planeamento da ação

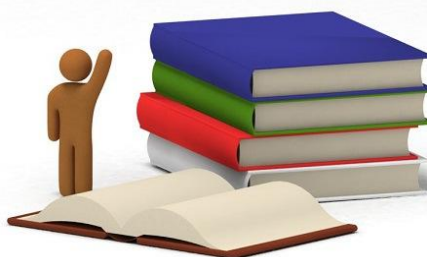
13

TPC...

[Apresentação do trabalho para casa]

Instruções

1. Construção de um horário semanal (reduzir intervalo de tempo do horário para 30 min):
 - 1.1. Registrar, **vermelho**, tarefas vitais (e.g., dormir ou comer) e incluir tempo de preparação
 - 1.2. Registrar, **laranja**, aulas do atual semestre e, **azul**, outras rotinas (e.g., preparação ao acordar, deslocações diárias casa-faculdade, realização de TPC's, visitas à família)
 - 1.4. Registrar, **amarelo**, atividades esporádicas (e.g., eventos sociais, compras)
2. Registo das despesas mensais (e.g., renda, consumo de água/luz/gás, passe/combustível, alimentação)
3. Retificação da Ficha de Trabalho 2 (?) e memorização dos planos

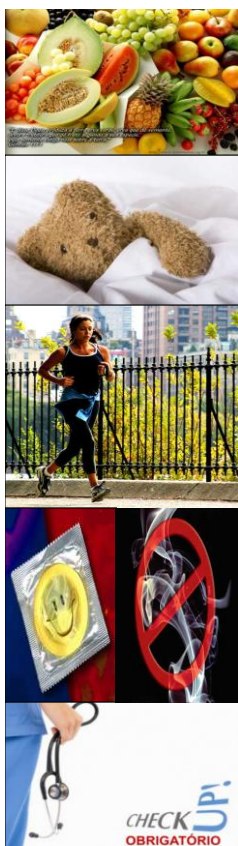


14

Bibliografia

1. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 1–29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
2. Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review. *Applied Psychology: An International Review*, 54, 267–299. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
3. Gollwitzer, P., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievements: A meta-analysis of its effects and processes. In M. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 38, pp. 69-119). New York: Academic Press.
4. <http://pt.depositphotos.com/>
5. <http://www.dreamstime.com/>

Quarta sessão da condição experimental B



Transições (mais) Saudáveis

Apoiar o sucesso académico através da promoção de estilos de vida mais saudáveis na transição para o ensino superior.



Andreia Soares

Coimbra [FPCEUC]

Outubro a Dezembro de 2010

1

Transições (mais) Saudáveis

Sessão: RUMO À  ÇÃO...COM P  ANEAMENTO!

Objetivos:

Promover a prática regular de exercício físico na universidade, manipulando o planeamento (do *coping*).

Roteiro:

- Vazios...por preencher.
- Planeamento?!
- Aprendendo a gerir recursos!
- Não há imprevistos!
- TPC

2

Vazios... por preencher.

[A lacuna intenção-comportamento e a dupla função do planeamento]

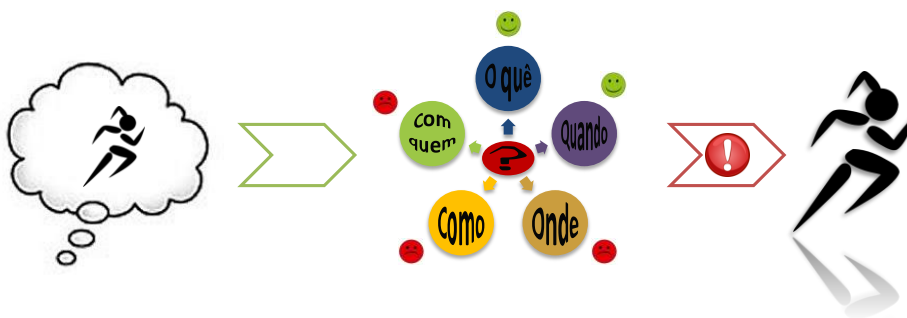
Porque é que o planeamento da ação pode ser insuficiente para estabelecer uma mudança comportamental?



3

Vazios... por preencher.

[A lacuna intenção-comportamento e a dupla função do planeamento]



“...por falta de recursos (tempo ou dinheiro)!”

“...pela imprevisibilidade das condições climatéricas!”

“...por falta de apoio!”

“...por surgirem obstáculos ou dificuldades que não foram antecipados!”

4

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento]

As (boas) intenções têm maior probabilidade de ser traduzidas em ações quando há **planeamento!** ^[1]

- planeamento = meio para alcançar objetivos
 - planeamento do *coping* = estratégia (autorregulatória) prospetiva focada nos obstáculos ou dificuldades; representação mental que associa situações de risco antecipadas e respostas comportamentais adequadas para as ultrapassar, que podem ser de inibição da distração/tentação ou de facilitação da tarefa ^[1, 2]
 - planos de *coping* protegem os planos de ação e podem ser mais eficazes que os primeiros, parcialmente porque implicam o planeamento da ação ^[1, 2]



5

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento: exemplos de planos de *coping*]

“...agradeço a oferta, que recuso, explico o motivo e mostro-lhe orgulhosamente o registo dos dias seguidos de abstinência / afasto-me até conseguir controlar a tentação de fumar”

“...devo lembrar o spot publicitário 5 razões para não usar preservativo (<https://www.youtube.com/watch?v=vd5JspC7zE>) enquanto me dirijo ao ponto de venda mais próximo”



“Se, depois de alguns dias de abstinência tabágica (que tenciono tornar permanente), um amigo me oferecer um cigarro...”

“Se planeio utilizar sempre preservativo nas minhas relações sexuais e aquele ficar esquecido em casa quando for necessário...”

6

Planeamento?!

[Informação geral sobre planeamento: exemplos de planos de *coping*]

“... vou comprar equipamento usado ou equipamento novo de forma faseada/ tenho de rever os meus gastos mensais”
“...”

“...vou nadar numa das piscinas municipais / sigo uma aula de zumba através do YouTube”
“...”

Obstáculos
Dificuldades

Soluções

“Se planeio praticar uma modalidade desportiva que exige a compra e a manutenção de equipamento e ambas representam uma boa parte da minha mesada...”

“Se estiver a chover durante o período do dia em que planeio correr...”

7

Aprendendo a gerir recursos!

[Atividade em grupo]



Instruções

Ao grupo:

1. (18 min) Escuta e reflexão sobre testemunhos
2. (2 min) Partilha de dúvidas ou comentários

Aos *actors*:

1. Nome e atividade física praticada
2. Experiência pessoal de planeamento do *coping* e de gestão competente de recursos
3. Dicas (na gestão de recursos)

8



Aprendendo a gerir recursos!

[Atividade em grupo]



Dica 1: Conhecer os recursos disponíveis (para a prática regular de exercício físico)

- Quanto tempo livre tenho?
 - ✓ Utilizar agenda / construir horário semanal
 - ✓ ...
- De quanto dinheiro disponho?
 - ✓ Listar despesas regulares (e.g., acomodação, transporte, alimentação) e esporádicas (e.g., material escolar, convívios), debitar o seu total ao rendimento mensal (e.g., mesada, bolsa, salário) e verificar valor remanescente
 - ✓ Ensaar diferentes possibilidades (e.g., diminuir despesas, aumentar rendimento, poupar...ou redefinir custos da atividade pretendida)

9



Aprendendo a gerir recursos!

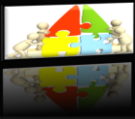
[Atividade em grupo]

	Urgente	Não urgente
Importante	IU Crise Problema (e.g., doença, perda, acidente, véspera)	INU Rotinas (e.g., dormir/comer, estudar, socializar, exercitar)
Não importante	NIU Interrupções Distrações Oportunidades (e.g., convites inesperados, promoções/saldos)	NINU Desperdícios Trivialidades (e.g., conversa sem propósito, atividade estéril)

Dica 2: Gerir recursos implica saber estabelecer prioridades, logo estar familiarizado com os conceitos de importância e urgência

- Os conceitos^[3]:
 - Importância = qual o impacto?
 - Urgência = qual o prazo?
 - Prioridade = importante e urgente
- Os comportamentos em função da classificação:
 - ✓ IU (Prioridade) = dedicar os recursos (tempo e dinheiro) necessários e de modo imediato
 - ✓ INU = dedicar os recursos necessários, dentro de um prazo escolhido
 - ✓ NIU = delegar ou pedir ajuda para resolução imediata
 - ✓ NINU = eliminar ou desperdiçar o mínimo possível de recursos

10



Aprendendo a gerir recursos!

[Atividade em grupo]



Dica 3: Preparar-se para algum grau de frustração, pois uma gestão bem sucedida demora tempo a ser adquirida, praticada e afinada.

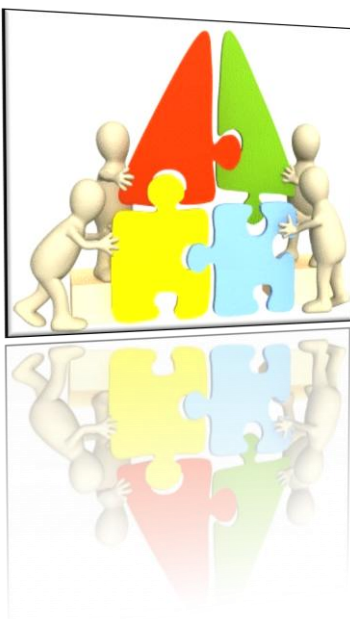
- Uma boa gestão inclui sempre lugar para os imprevistos
- ✓ Poupar recursos para fazer face aos imprevistos

- É importante assumir a responsabilidade da gestão de recursos pessoais
- ✓ Reservar algum tempo para avaliar (e ajustar, se necessário) a gestão feita

11

Não há imprevistos!

[Atividade individual e em grupo]



Instruções

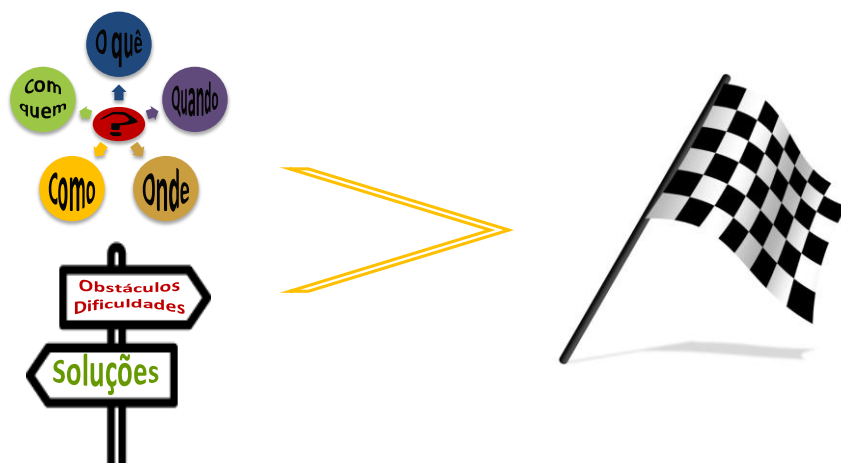
1. (5 min) Aplicar dica 1:
 - registar, **verde**, a prática de exercício físico no horário
 - (- calcular dinheiro disponível)
2. (10 min) Preenchimento individual (supervisionado) da Ficha de Trabalho 3
3. (5 min) Partilha e discussão no seio do subgrupo – procura de pontos comuns e de alianças!

12

TPC...

[Introdução ao trabalho para casa]

Preparados para a ação!



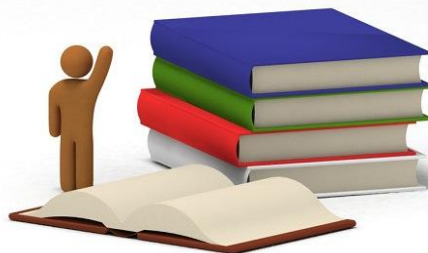
13

TPC...

[Apresentação do trabalho para casa]

Instruções

1. Efetivar a ação planeada, entendida como:
 - Tarefa gradual (i.e., ação que, não sendo CAS-alvo, aproxima participante da sua resolução comportamental; deve constar da sequência de ações estabelecida no planeamento)
 - CAS-alvo (caso as tarefas graduais estejam cumpridas)
2. Registrar o desempenho da ação (tarefas graduais ou CAS-alvo), assinalando no portefólio a data da execução e o resultado
3. Usar estímulos ambientais (e.g., alarme no telemóvel, lembretes trocados entre pares) que recordem as atividades anteriores


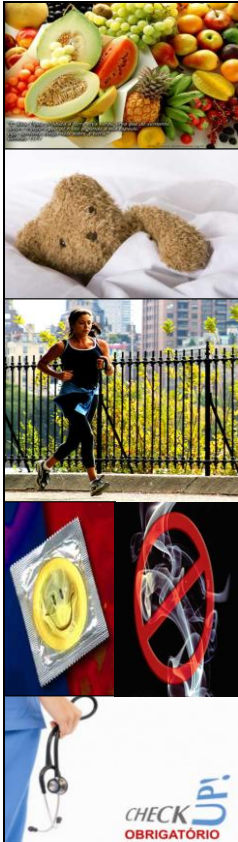


14

Bibliografia

1. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 1–29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
2. Sniehotta, F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35(4), 565-576.
3. Covey, S. (2004). *The 7 habits of highly effective people: Personal workbook*. NY: Fireside.
4. <http://pt.depositphotos.com/>
5. <http://www.dreamstime.com/>
6. <http://www.psdgraphics.com/>

Quinta sessão da condição experimental B



Transições (mais) Saudáveis

Apoiar o sucesso académico através da promoção de estilos de vida mais saudáveis na transição para o ensino superior.

Andreia Soares
Coimbra [FPCEUC]
Outubro a Dezembro de 2010

CHECK UP!
OBRIGATÓRIO

1

Transições (mais) Saudáveis

Sessão: RUMO À ÇÃO... COM NFIANÇA!

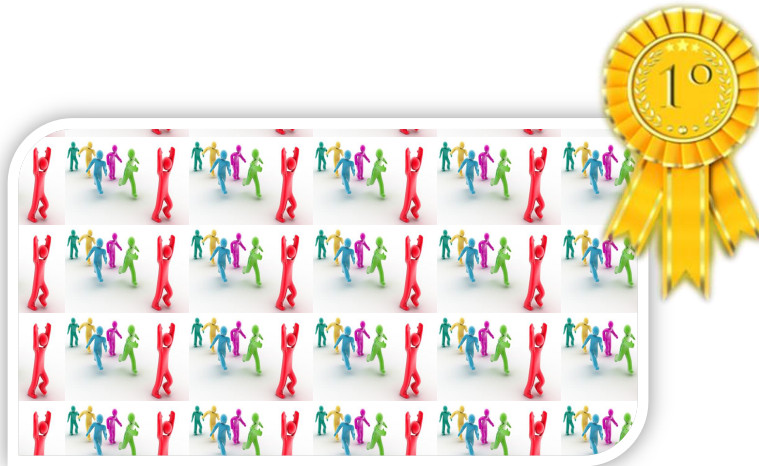
Objetivos:

Promover a prática regular de exercício físico na universidade, manipulando a autoeficácia.

Roteiro:

- E a distinção vai para...
- Arqui-inimiga!
- Autoeficácia?!
- *Yes, we can!*
- Lista dos favoritos :)

E a distinção vai para...



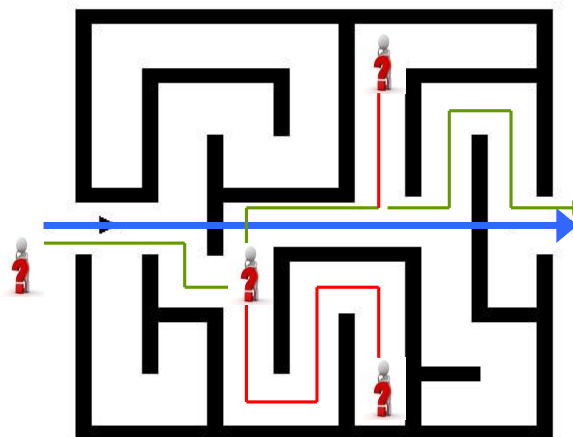
3

Arqui-inimiga!

[A importância da autoeficácia]

O planeamento (ação / *coping*) é uma etapa fundamental para a efetiva mudança comportamental, mas não faz milagres...

→
Sucesso...
como se pensa que é.



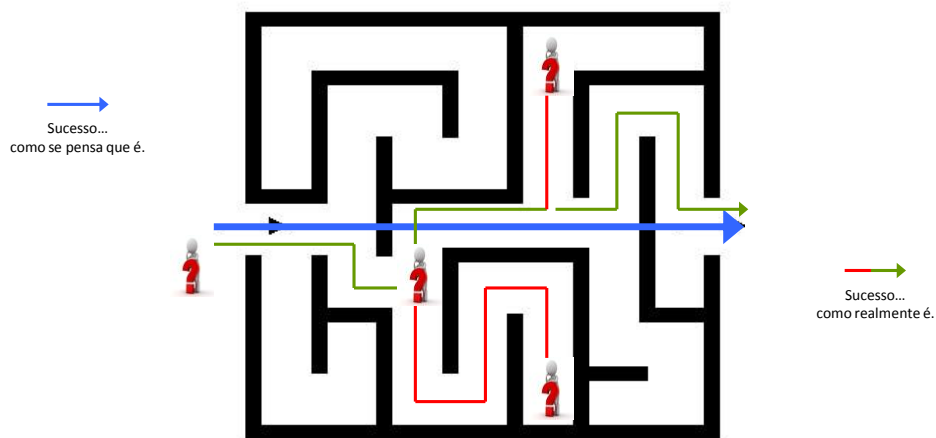
→
Sucesso...
como realmente é.

4

Arqui-inimiga!

[A importância da autoeficácia]

...são frequentes as dúvidas (sobretudo, as relativas à própria capacidade de ser bem-sucedido) ao longo do processo de mudança!



5

Autoeficácia?!

[Informação geral sobre autoeficácia]

A **autoeficácia percebida** parece ser importante em todas as fases do processo de mudança do comportamento de saúde! [1]

- autoeficácia ≠ confiança ≠ otimismo ≠ autoconceito ≠ autoestima
 - autoeficácia percebida = crença nas capacidades agentivas para ser bem-sucedido numa determinada situação; percepção de controlo sobre uma ação desejada (habitualmente medida como grau de confiança na capacidade de realizar essa ação) [1, 2]
 - o significado de autoeficácia varia com fase do processo de mudança: autoeficácia de pré-ação / iniciativa / manutenção / recuperação... [2]
 - e.g., pessoa com autoeficácia de pré-ação elevada imagina sucesso, antecipa resultados potenciais de diversas estratégias, é + propensa a iniciar um novo comportamento vs. aquela com autoeficácia baixa imagina fracasso, refugia-se na dúvida, tende a procrastinar. [2]

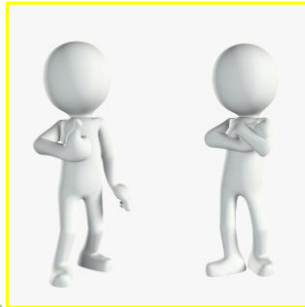


6

Autoeficácia?!

[Informação geral sobre autoeficácia: exemplos de crenças de autoeficácia]

“Tenho a certeza de que sou capaz de usar protetor solar todos os dias, durante o verão.”
(autoeficácia de ação elevada)



“Vai ser tão difícil deixar de fumar...há 3 dias que digo a mim mesmo que este cigarro é o último!”
(autoeficácia de iniciação baixa)

“Estou confiante na minha capacidade de manter o plano de exercícios, mesmo nos dias de maior cansaço.”
(autoeficácia de manutenção elevada)

“Não sei se consigo retomar a minha dieta, depois da pausa da época natalícia!”
(autoeficácia de recuperação baixa)

7

Autoeficácia?!

[Informação geral sobre autoeficácia]

Fatores que influenciam a autoeficácia percebida ^[1]

- Desempenhos bem-sucedidos / malsucedidos do comportamento
- Experiências vicariantes (i.e., a observação do comportamento numa pessoa que o observador assume ter as mesmas competências que ele)
- Persuasão social (encorajamento / desencorajamento)
- Perceção dos estados emocional e fisiológico



8

Yes, we can!

[Atividade em grupo]



Instruções

Ao grupo:

1. (15 min) Escuta e reflexão sobre testemunhos
2. (2 min) Partilha de dúvidas ou comentários

Aos *actors*:

1. Nome e atividade física praticada
2. Vivências relacionadas com autoeficácia percebida
3. Dicas (na manutenção do comportamento)

9



Yes, we can!

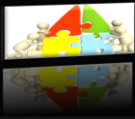
[Atividade em grupo]



Dica 1: Manter percepção de autoeficácia de manutenção da prática regular de exercício físico elevada.

- ✓ Relembrar / valorizar desempenhos bem-sucedidos do comportamento
- ✓ Conviver com / valorizar modelos positivos (com os quais se identificam)
- ✓ Procurar encorajamento na rede social de apoio
- ✓ Relativizar respostas fisiológicas (e.g., fadiga muscular, dor, náusea)

10



Yes, we can!

[Atividade em grupo]



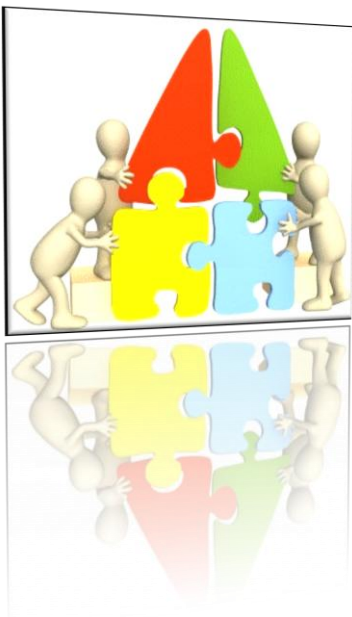
Dica 2: Aplicar reforços contingentes em face da progressão nas tarefas graduais ou do desempenho do CAS-alvo

- Reforço (positivo vs. negativo) \neq punição
- Exemplos de reforçadores: consumíveis, cognitivos, atividades prazerosas, feedback
- ✓ Identificar reforçadores disponíveis e valorizados (criar reportório pessoal)
- ✓ Gerir a aplicação de reforçadores para evitar saciação
- ✓ Aplicar contingentemente (i.e., imediatamente a seguir ao desempenho)

11

Lista dos favoritos :)

[Atividade individual e em grupo]



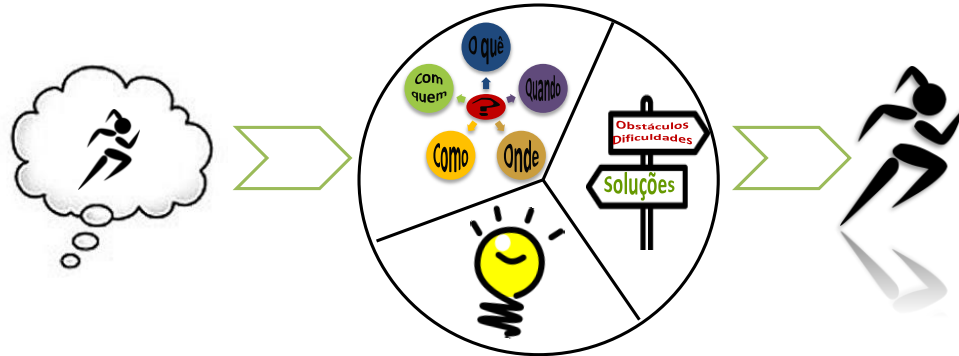
Instruções

1. (4 min) Preenchimento individual (supervisionado) da Ficha de Trabalho 4
2. (4 min) Partilha e discussão no seio do subgrupo – procura de pontos comuns!

12

Transições (mais) Saudáveis

[Revisão geral da condição experimental B do T(+S)]



13

Bibliografia

1. Bandura, A. (2000). Social-cognitive theory. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology* (Vol. 7, pp. 329-332). Washington, DC: American Psychological Association.
2. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 1-29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
3. <http://pt.depositphotos.com/>
4. <http://www.dreamstime.com/>

14

Sabia que...

A atividade física adequada, a par da alimentação saudável e do consumo não prejudicial de SPA (e.g. tabaco, álcool), constitui um dos **pilares para um estilo de vida saudável**.

A prática regular de exercício físico ou de uma atividade desportiva **beneficia física, mental e socialmente** toda a população, independentemente do género, idade ou condição física.

Evidências apontam para **efeito positivo** da atividade física nos **indicadores de produtividade** (níveis de desempenho, absentismo, acidentes no trabalho, etc.), motor do desenvolvimento económico de um país.

Prática regular de regular de exercício físico ou de uma atividade desportiva no **contexto do ensino superior** parece ter um **efeito benéfico** na promoção do **bem-estar físico e psicológico**, ou na **redução de sintomas de ansiedade e depressão**, e consequentemente no **desempenho académico**.

Infraestruturas para a prática de atividades físicas na cidade de Coimbra, dentro e fora do campus universitário

- Associação Académica de Coimbra

+

Estádio Universitário de Coimbra

[ver www.academica.pt e www.uc.pt/estadiouniversitario]

- **Espaços verdes da cidade** (e.g., Parque Verde do Mondego, Parque Linear Vale das Flores, Mata Nacional do Choupal)

- **Instalações municipais** (e.g., Centro Olímpico das Piscinas Municipais, Piscina Municipal Rui Abreu, Pavilhão Multidesportos de Coimbra, Estádio Cidade de Coimbra) [ver www.cm-coimbra.pt]

- **Instalações particulares** (e.g., Holmes Place, Ginásio Desportivo de Coimbra, CoimbraMMA)

- **A SUA CASA**, na sala ou no quarto, com a ajuda de alguns conselhos (e.g., guia *fitness* disponível em www.guia-fitness.com/exerciciofisico.html)

Mexa-se!...pela sua saúde e pelo seu sucesso.

[Folheto informativo]



Coimbra: aliada do exercício físico e do desporto!

Programa de Intervenção T(+)

Andreia Soares

Doutoranda da FPCEUC

Benefícios da prática recomendada de atividades físicas

- 😊 Aumenta **longevidade**.
- 😊 Ajuda na prevenção e no tratamento de **doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e cancro** (particularmente do cólon e da mama).
- 😊 Ajuda no controlo da **tensão arterial**, da **glicose** (também melhora a sensibilidade à insulina) e do **peso**.
- 😊 Melhora **força e resistência muscular, coordenação e flexibilidade, equilíbrio e estabilidade postural**.
- 😊 Ajuda na prevenção, redução ou inversão do **enfraquecimento da massa óssea e osteoporose, dores lombares e nos joelhos**.
- 😊 Melhora a **função dos sistemas cardiovascular, cardiorrespiratório e músculo-esquelético**.
- 😊 Ajuda na prevenção ou redução de sintomas na **perturbação depressiva e ansiedade**.
- 😊 Tem efeito amortecedor no impacto do **stress** (ao reduzir ansiedade e regular sono).
- 😊 Promove **funções cognitivas** (favorecendo a **aprendizagem** em qualquer idade) e reduz risco de **declínio cognitivo e demência**.

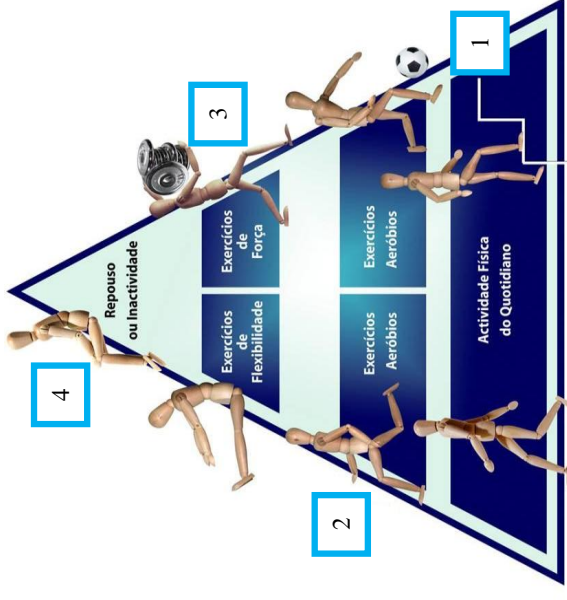
- 😊 Melhora **perceções do Eu** (autoconceito, autoimagem, autoconfiança, autoestima).
- 😊 Promove o **bem-estar geral** e a **qualidade de vida**.
- 😊 Ajuda na prevenção e no controlo de **compartamentos de risco** (tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável, violência), especialmente nos mais jovens.

- 😊 Atividades físicas coletivas promovem a **integração social** e **cultural** e proporcionam o alargamento da **rede social de apoio**.
- 😊 Atividades físicas coletivas estimulam o desenvolvimento de **competências sociais** (e.g., cooperação, responsabilidade, comunicação).

Níveis recomendados de atividade física

Os benefícios da prática de atividades físicas podem ser alcançados com o cumprimento de níveis estipulados pela Organização Mundial de Saúde. Estes níveis dependem sobretudo da idade e da condição física do praticante.

Indivíduos saudáveis com idades compreendidas entre os 18-64 anos devem, por semana, acumular **150/75 min** até **300/150 min** (para benefícios de saúde adicionais) de atividade física **moderada/vigorosa aeróbia**; desempenhar períodos de atividades aeróbias de, pelo menos, 10 min; incluir **atividades musculares** (envolvendo grandes grupos musculares) em **2-3 dias**. Confira a pirâmide das atividades físicas!



Pirâmide das atividades físicas:

1. Atividades do quotidiano (e.g., andar, limpar casa, jardinar) devem ter intensidade semelhante à caminhada rápida e ser praticadas durante +30 min/dia, em +5 dias/semana.
2. Exercícios aeróbios (e.g., corrida, natação, ténis, zumba) devem ter intensidade que provoque alterações evidentes do sistema cardiorrespiratório e ser praticados durante +20 min/dia, em +3 dias/semana.
3. Exercícios de flexibilidade ou força (e.g., musculação, ioga, pilates) devem ter intensidade até sentir desconforto mínimo e ser praticados, respetivamente, durante 15-60s em +4 reps./grupo muscular ou 8-12 reps. em 2-4 conjuntos./grupo muscular, em 2-3 dias/semana.

4. Evitar longos períodos durante o dia!

(layout interno)

Ficha de Trabalho 1

“Decisões, decisões, decisões...sobre a prática de atividades físicas”

Instruções: Completa os espaços vazios do texto seguinte (ou as caixas de texto correspondentes, apresentadas abaixo), recorrendo à informação veiculada na sessão “Rumo à Ação...com Intenção!” e selecionando aquela que mais sentido faz no contexto da tua vida.

Apesar dos benefícios (físicos, mentais e sociais) comprovados de níveis adequados de prática de atividades físicas, como por exemplo__1__, uma boa parte da população não apresenta níveis recomendados dessa prática, incorrendo em riscos evitáveis, tais como __2__.

1. Benefícios da prática recomendada de atividade física	
---	--

2. Custos da inatividade física	
--	--

A minha entrada na universidade teve um efeito _____ na prática de _____. Infelizmente, este facto tem-se refletido a vários níveis: __2__. Se eu retomasse a minha atividade anterior ou iniciasse uma nova atividade (sob a forma de exercício físico ou modalidade desportiva), desde que praticada em níveis recomendados, muito provavelmente __3__.

3. Expetativas de resultado da prática recomendada de atividade física	
---	--

Estes parecem-me argumentos _____ para tomar uma decisão acerca do meu comportamento, que expresso sob a seguinte forma:

EU, _____, TENHO INTENÇÃO DE _____
_____BREVEMENTE!

Ficha de Trabalho 2

"Planos para troca"

As intenções têm maior probabilidade de ser traduzidas em ações quando há planeamento! A intenção deve ser específica, realista e atrativa e o(s) plano(s) deve(m) incluir parâmetros situacionais específicos (e.g., onde, quando, com quem) e a sequência de ação (como).

Instruções (1): Completa o quadro seguinte, respondendo às questões colocadas acerca dos teus planos para a prática regular da atividade física (sob a forma de exercício físico ou modalidade desportiva) por ti escolhida. Quanto mais precisos, concretos e pessoais forem os teus planos, mais úteis se tornarão. Se ainda não escolheste uma atividade entre várias que desejas fazer, se tencionas ter várias atividades ou se tens a expectativa de que as circunstâncias em que será(ão) executada(s) mudarão frequentemente, deves completar mais do que uma linha do quadro (i.e., formular mais do que um plano).

O quê?	Quando?	Onde?	Com quem?	Como?
Plano A				
Plano B				
Plano C				
Plano...				

Instruções (2): Memoriza cuidadosamente os teus planos. Visualiza as circunstâncias e a sequência de ações planeadas e compromete-te a agir conforme planeado.

Ficha de Trabalho 3

“Não há imprevistos!”

As intenções têm maior probabilidade de ser traduzidas em ações quando há planeamento! Na execução dos planos de ação, é frequente ocorrerem obstáculos ou dificuldades que não foram antecipados. O planeamento deve ter uma dupla função: preparar para a ação e preparar para a adversidade!

Instruções (1): Pensa nos obstáculos ou dificuldades que poderão surgir na implementação dos planos de ação para a prática regular de exercício físico. Regista-os na lista seguinte.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
- ... _____

Instruções (2): Agora pensa nos meios de superar (ou evitar) os obstáculos ou dificuldades anteriores, caso surjam. Completa o quadro seguinte, descrevendo os planos para cada uma das situações que poderão constituir obstáculo ou dificuldade. Quanto mais precisos, concretos e pessoais forem os teus planos, mais úteis se tornarão.

Como lidar com obstáculos ou dificuldades?

Obstáculo/dificuldade 1

Obstáculo/dificuldade 2
Obstáculo/dificuldade 3
Obstáculo/dificuldade 4
Obstáculo/dificuldade...

Instruções (3): Memoriza cuidadosamente os teus planos. Visualiza cada um dos obstáculos ou dificuldades e as respetivas resoluções e compromete-te a agir conforme planeado.

Ficha de Trabalho 4

"Lista dos favoritos :)"

A manutenção da mudança comportamental depende, entre outros fatores, da confiança que depositas nas tuas capacidades para manter o teu comportamento (autoeficácia), mesmo em face de obstáculos ou dificuldades, e do reforço contingente das respostas adequadas. Os reforçadores podem assumir várias formas: consumíveis, atividades prazerosas, feedback...

Instruções: Identifica os reforçadores que valorizas e estão disponíveis para serem aplicados e regista-os na lista seguinte. Quanto mais diversificada for a tua lista, menor a probabilidade de saciação (por via da alternância entre reforçadores).

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

... _____

É importante lembrar (1) que se a disponibilidade dos reforçadores não depender exclusivamente de ti (e.g., feedback, elogio, ida ao cinema com amigos), é importante esclarecer todos os intervenientes (e.g., colegas, familiares, treinadores) do seu papel, e (2) que uma gestão eficaz dos reforçadores pode passar por substituir a aplicação contínua do reforço contingente por uma aplicação intermitente.

Apêndice 8. Guiões orientadores das sessões do programa T(+)**S**

- Guiões orientadores das sessões da condição experimental A:
 - Guião orientador da sessão única da condição experimental A

- Guiões orientadores das sessões da condição experimental B:
 - Guião orientador da primeira sessão da condição experimental B
 - Guião orientador da segunda sessão da condição experimental B
 - Guião orientador da terceira sessão da condição experimental B
 - Guião orientador da quarta sessão da condição experimental B
 - Guião orientador da quinta sessão da condição experimental B

Guião orientador da sessão única da condição experimental A do programa T(+)^S

Título da sessão: Mexa-se!...pela sua saúde e pelo seu sucesso.

Objetivo geral: Promover a intenção de praticar exercício físico regular na transição para a universidade, manipulando a perceção de risco, as expetativas de resultado e a autoeficácia (de tarefa).

Duração da sessão: 90 minutos.

Material necessário: Folha de presenças; Diapositivos da sessão; Material para escrever (e.g., folhas de papel, canetas ou lápis); Folheto informativo; Questionário de Avaliação da Sessão.

Atividades:

- **Fase de acolhimento**

1) Boas-vindas e apresentação do grupo (10 min): O implementador da intervenção dá as boas-vindas aos participantes e apresenta de modo breve o grupo (i.e., apresenta-se, enquanto líder formal do grupo, e apresenta os participantes, enquanto elementos de um grupo homogéneo).

Objetivo específico: Fomentar um ambiente descontraído e caloroso, que favoreça a abertura/participação e a interação entre os membros do grupo.

2) Colheita de assinaturas (5 min): A folha de presenças é apresentada (sempre que necessário, o implementador esclarece o seu propósito e enfatiza a despenalização da não-participação/desistência) e colocada a circular pela sala.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação da intervenção – controlo das presenças efetivas na sessão.

- **Fase de introdução e desenvolvimento da sessão**

3) Apresentação da sessão e confronto de expetativas (5 min): Partindo da apresentação sucinta do objetivo geral da sessão e das atividades planeadas, o implementador solicita a partilha e o debate das expetativas do grupo relativamente à sessão.

Objetivos específicos: Conhecer, legitimar a pertinência e moderar as expectativas do grupo.

- 4) Factos...alarmantes? (15 min): O implementador faz uma breve exposição sobre atividade física – conceitos e definições, relação com outras variáveis, recomendações da OMS e prevalência da atividade física insuficiente (no contexto mundial e europeu e no contexto do ensino superior português). Antes de se apresentarem os dados da prevalência deste CAS negativo numa amostra de 546 primeiranistas da UC, do ano letivo de 2009/2010, o implementador solicita a opinião do grupo sobre o impacto da transição para o ensino superior no padrão de atividades físicas dos seus pares. Apresentados os dados anteriores, o implementador desafia o grupo a *dar vida* à flutuação desta prevalência com a transição para a universidade, pedindo aos participantes que se levantem, no caso de terem praticado níveis recomendados de atividades físicas antes de ingressarem no ensino superior, e depois se sentem, no caso de terem cessado esses níveis de prática com o ingresso.

Objetivos específicos: Manipular a perceção de risco e a intenção, com recurso à técnica de mudança efetiva “facultar informação geral sobre o comportamento”. Clarificar e salientar a preocupante realidade (diminuição acentuada do número de praticantes de atividades físicas adequadas com a transição para a universidade) representada nas estatísticas.

- 5) Sedentários?! Não por muito tempo. (8 min): No seguimento da atividade anterior (e aproveitando o ambiente mais apreensivo gerado pelo confronto com as estatísticas), o implementador faz novamente uma breve exposição, desta vez a respeito dos possíveis custos (e sua severidade) da inatividade física para a saúde e a qualidade de vida e dos benefícios (físicos, psicológicos e outros) comprovados da prática recomendada de atividades físicas.

Objetivos específicos: Manipular a perceção de risco, as expectativas de resultado e a intenção, com recurso à técnica de mudança efetiva “facultar informação sobre as consequências do comportamento”.

- 6) Na primeira pessoa... (15 min): Os participantes são (1) convidados a avaliarem individualmente a sua vulnerabilidade pessoal e a severidade das consequências negativas do seu atual padrão de atividades físicas, bem como a anteciparem os hipotéticos benefícios imediatos (físicos, psicológicos, sociais, outros) da introdução

da prática regular de exercício físico no seu estilo de vida; (2) incentivados a registarem os resultados deste exercício individual numa folha de papel em branco (para o efeito, deve ser distribuído material para escrever); e (3) desafiados a formar pares/trios, no seio dos quais partilharão os resultados anteriores. No final, o implementador pede comentários às partilhas decorridas e regista no quadro da sala os benefícios mais citados pelos participantes (se possível, deve destacar as respostas emocionais positivas indicadas como, e.g., a satisfação) e os que poderão ter sido esquecidos/negligenciados, sendo normalmente valorizados em (novos) contextos de aprendizagem (e.g., promoção de funções cognitivas como a atenção ou a memória, que poderá ter repercussões positivas no rendimento académico; apoio à integração na comunidade académica e geral; oportunidades de alargamento da rede social de apoio).

Objetivos específicos: Manipular a perceção de risco, as expectativas de resultado e a intenção, com recurso às técnicas de mudança efetiva “impelir a avaliação do próprio risco” e “impelir a antecipação das consequências positivas imediatas do comportamento”. Promover a interação entre os membros do grupo e a comparação social.

- 7) Coimbra: aliada do exercício físico e do desporto! (10 min): O implementador procede à última breve exposição da sessão, a propósito das infraestruturas existentes na cidade de Coimbra, dentro e fora do campus universitário, destacando as suas características favoráveis (acessibilidade, segurança, atratividade, adequação) à prática de exercício físico, sob a forma de modalidade desportiva ou não. No decorrer da exposição são prestados esclarecimentos adicionais sobre a localização das infraestruturas (pode ser solicitada a ajuda dos membros do grupo naturais da cidade ou recorrer-se a um serviço de pesquisa e visualização de mapas e imagens de satélite na web – e.g., *Google Maps*).

Objetivos específicos: Manipular a autoeficácia (de tarefa) e a intenção, com recurso à técnica de mudança efetiva “facultar informação sobre as condições ambientais favoráveis ao comportamento”. Familiarizar os alunos (particularmente os deslocados) com as infraestruturas e as entidades conimbricenses que estimulam a prática de exercício físico.

8) Testemunhos: *Eu consigo!* (12 min): Terminada a exposição anterior, o implementador apresenta ao grupo os alunos convidados a dar o seu testemunho, na qualidade de primeiranistas *actors* (i.e., de alunos que, na transição para o ensino superior, mantiveram ou iniciaram níveis adequados de atividades físicas, sendo praticantes regulares de exercício físico). Conforme combinado previamente, os alunos-colaboradores começam por mencionar a sua relação com a prática de atividades físicas (e.g., o seu percurso enquanto praticantes, o que mais gostam de praticar, as expectativas e os resultados da prática, as dificuldades que têm de superar e como as superam), facultam posteriormente algumas indicações úteis e proveitosas sobre como desempenhar determinados ações/etapas preparatórias (e.g., visitar/contactar as infraestruturas/entidades para a prática de exercício físico, adquirir equipamento/roupa adequada, planear sessões, procurar apoio entre pares) na direção do comportamento desejado, seja ele a prática regular de exercício físico ou a prática de uma modalidade desportiva, e terminam com uma mensagem de encorajamento dirigida aos colegas. Deve ser dada prioridade a testemunhos que reflitam circunstâncias diferentes (e.g., alunos deslocados vs. não deslocados, praticantes de exercício físico vs. desporto, praticantes de atividades individuais vs. coletivas). Antes de a atividade ser encerrada, concede-se a possibilidade ao grupo de colocar dúvidas aos alunos-colaboradores ou fazer comentários acerca dos testemunhos.

Objetivos específicos: Manipular as expectativas de resultados, a autoeficácia (de tarefa) e a intenção, com recurso às técnicas de mudança efetiva “facilitar a comparação social” e “facultar instruções (sobre ações preparatórias)”.

- **Fase de encerramento e avaliação da sessão**

9) Revisão da sessão (5 min): A sessão é concluída com uma revisão do seu objetivo e das atividades percorridas. Sucede-se a distribuição do folheto informativo (juntamente com o Questionário de Avaliação da Sessão), com um resumo das principais informações dadas na sessão.

Objetivo específico: Favorecer a consolidação da aprendizagem dos conteúdos essenciais ao êxito do objetivo da sessão.

10) Avaliação da sessão (5 min): Antes da despedida, o implementador solicita o preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão, ao mesmo tempo que enfatiza a importância das observações, críticas ou sugestões do grupo para a avaliação da sessão e para o aperfeiçoamento da mesma.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação (do processo) da intervenção.

Guião orientador da primeira sessão da condição experimental B do programa T(+)S****

Título da sessão: Unidos pela mesma vontade!

Objetivo geral: Apresentar o grupo e descrever/discutir as sessões do programa de intervenção da condição experimental B.

Duração da sessão: 90 minutos.

Material necessário: Folha de presenças; Diapositivos da sessão; Questionário de Avaliação da Sessão.

Atividades:

- **Fase de acolhimento**

1) Boas-vindas (3 min): Enquanto os participantes se acomodam nos seus lugares, o implementador da intervenção dá as boas-vindas a todos os presentes.

Objetivo específico: Fomentar um ambiente descontraído e caloroso, que favoreça a abertura/participação e a interação entre os membros do grupo.

2) Colheita de assinaturas (5 min): A folha de presenças é apresentada (sempre que necessário, o implementador esclarece o seu propósito e enfatiza a despenalização da não-participação/desistência) e colocada a circular pela sala.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação da intervenção – controlo das presenças efetivas na sessão.

- **Fase de introdução e desenvolvimento da sessão**

3) Apresentação da sessão (5 min): Partindo da apresentação sucinta do objetivo geral da sessão e das atividades planeadas, o implementador solicita a partilha e o debate das expetativas do grupo relativamente à sessão.

Objetivos específicos: Conhecer, legitimar a pertinência e moderar as expetativas do grupo.

4) A minha cidade natal é... (60 min): Os elementos do grupo (incluindo o implementador) apresentam-se, recorrendo à dinâmica de quebra-gelo “A minha

cidade natal é...”. Nesta dinâmica cada elemento do grupo (exceto o primeiro) procura reproduzir pela ordem inversa (nome, intenção atual relativamente à prática de atividades físicas, cidade natal acompanhada, ou não, da característica favorita) os dados pessoais do colega anterior, antes de proceder à sua apresentação (cidade natal, característica da cidade que mais gostam, relação passada e presente com a prática de atividades físicas, nome), socorrendo-se do mapa de Portugal projetado (no qual localiza a sua cidade natal). O implementador modela este procedimento e, no decurso da dinâmica, assegura-se que todos são positivamente reforçados pelo seu desempenho, enquanto aponta no quadro a natureza do exercício físico ou a modalidade desportiva mencionadas pelo grupo. No final, salienta os pontos comuns (1) ao grupo – a vontade de mudar para (e manter) um estilo de vida mais ativo durante a sua passagem pela universidade e a relação positiva com a prática de atividade físicas – e (2) a determinados subgrupos – a preferência por atividades físicas específicas (sejam modalidades desportivas ou não).

Objetivos específicos: Favorecer a interação e a coesão do grupo. Possibilitar a formação de grupos informais de apoio na prática de determinada atividade física.

- 5) Programa T(+)S (10 min): O implementador faz uma breve exposição sobre as sessões do T(+)S que compõem a condição experimental B – objetivos, métodos, normas de funcionamento (e papel dos intervenientes) e avaliação. Aspetos como o conteúdo (temas), o cenário, a calendarização e o horário das sessões são discutidos e acertados. Celebra-se, por fim, um acordo verbal entre os participantes e o implementador, no qual se estipulam direitos e deveres para todos (e.g., assiduidade e pontualidade, confidencialidade, disciplina e respeito pelo outro, sinceridade e coerência, participação ativa e interajuda).

Objetivos específicos: Possibilitar aos participantes a tomada de decisão informada sobre a participação no programa T(+)S. Reajustar aspetos do programa de modo a garantir a satisfação das necessidades dos participantes a efetiva coconstrução da intervenção.

- **Fase de encerramento e avaliação da sessão**

- 6) Revisão da sessão (2 min): A sessão é concluída com uma revisão do seu objetivo e das atividades percorridas. Sucede-se a distribuição do trabalho de casa (viz., criação

e identificação – i.e., registo dos dados pessoais e da relação com a prática de atividades físicas – do portefólio onde ficarão guardados os trabalhos de casa e/ou as fichas de trabalho) e do Questionário de Avaliação da Sessão.

Objetivo específico: Favorecer a consolidação da aprendizagem dos conteúdos essenciais ao êxito do objetivo da sessão. O desempenho do trabalho de casa tem por objetivo formalizar o início da participação dos alunos no seu “processo de mudança” e promover a evocação de memórias positivas relacionadas com a prática de atividade físicas.

- 7) Avaliação da sessão (5 min): Antes da despedida, o implementador solicita o preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão, ao mesmo tempo que enfatiza a importância das observações, críticas ou sugestões do grupo para a avaliação da sessão e para o aperfeiçoamento da mesma e apela à responsabilidade conjunta na construção da intervenção.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação (do processo) da intervenção e proceder a pequenos reajustamentos nas sessões futuras.

Guião orientador da segunda sessão da condição experimental B do programa T(+)S****

Título da sessão: Rumo à ação...com intenção!

Objetivo geral: Promover a prática regular de exercício físico na transição para a universidade, manipulando a intenção (e os seus determinantes).

Duração da sessão: 90 minutos.

Material necessário: Folha de presenças; Diapositivos da sessão; Ficha de Trabalho 1; Folheto informativo; Questionário de Avaliação da Sessão.

Atividades:

- **Fase de acolhimento**

1) Boas-vindas (3 min): Enquanto os participantes se acomodam nos seus lugares, o implementador da intervenção dá as boas-vindas a todos os presentes, ao mesmo tempo que os convida a sentarem-se junto dos colegas que recordam como tendo a mesma (ou similar) preferência por determinadas atividades físicas.

Objetivo específico: Fomentar um ambiente descontraído e caloroso, que favoreça a abertura/participação e a interação entre os membros do grupo. Possibilitar a agregação, relativamente espontânea, entre os elementos que partilham afinidades e o aumento da coesão entre os mesmos.

2) Colheita de assinaturas (5 min): A folha de presenças é apresentada (sempre que necessário, o implementador esclarece o seu propósito e enfatiza a despenalização da desistência) e colocada a circular pela sala.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação da intervenção – controlo das presenças efetivas na sessão.

- **Fase de revisão da sessão anterior**

3) Revisão da sessão anterior e análise dos trabalhos de casa (12 min): O implementador pede aos participantes que expressem de modo espontâneo aquilo que mais recordam da sessão anterior (no sentido da coconstrução de uma síntese). A

revisão dá-se por terminada quando os conteúdos essenciais da sessão anterior forem mencionados. Segue-se a partilha de eventuais dúvidas ou dificuldades na realização dos trabalhos de casa (às quais o implementador procurará responder individualmente ou, se adequado, solicitando a participação do grupo) e a distribuição de comentários sobre o desempenho individual e grupal no âmbito dos trabalhos de casa, assim como de reforço positivo perante bons desempenhos.

Objetivos específicos: Favorecer a consolidação de aprendizagens anteriores e assumir o programa como um todo coerente. Estimular a realização das tarefas propostas para casa.

- **Fase de introdução e desenvolvimento da sessão**

4) Apresentação da sessão e confronto de expetativas (5 min): Partindo da apresentação sucinta do objetivo geral da sessão e das atividades planeadas, o implementador solicita a partilha e o debate das expetativas do grupo relativamente à sessão.

Objetivos específicos: Conhecer, legitimar a pertinência e moderar as expetativas do grupo.

5) Factos...alarmantes? (15 min): O implementador faz uma breve exposição sobre atividade física – conceitos e definições, relação com outras variáveis, recomendações da OMS e prevalência da atividade física insuficiente (no contexto mundial e europeu e no contexto do ensino superior português). Concluída a exposição, aquele pergunta ao grupo se alguma das informações prestadas (particularmente a prevalência deste CAS negativo na amostra de primeiranistas do ano letivo anterior) constitui uma novidade e solicita a reflexão sobre o valor da participação na atual intervenção, em face das estatísticas.

Objetivos específicos: Manipular a intenção, com recurso à técnica de mudança efetiva “facultar informação geral sobre o comportamento”. Realçar a pertinência da participação do grupo na intervenção (cujo objetivo também é desagrar a realidade representada nas estatísticas).

6) Sedentários?! Não por muito tempo. (8 min): No seguimento da atividade anterior, o implementador faz novamente uma breve exposição, desta vez a respeito dos possíveis custos (e sua severidade) da inatividade física para a saúde e a qualidade de

vida e dos benefícios (físicos, psicológicos e outros) comprovados da prática recomendada de atividades físicas.

Objetivos específicos: Manipular a intenção (através dos seus determinantes percepção de risco e expectativas de resultado), com recurso à técnica de mudança efetiva “facultar informação sobre as consequências do comportamento”.

- 7) Na primeira pessoa... (17 min): Os participantes são desafiados a anteciparem os hipotéticos benefícios imediatos (físicos, psicológicos, sociais, outros) da introdução da prática regular de exercício físico no seu estilo de vida e a partilhá-los no seio do seu subgrupo. No final, o implementador pede comentários às partilhas decorridas e regista no quadro da sala os benefícios mais citados pelos participantes (se possível, deve destacar as respostas emocionais positivas indicadas como, e.g., a satisfação) e os que poderão ter sido esquecidos/negligenciados, sendo normalmente valorizados em (novos) contextos de aprendizagem (e.g., promoção de funções cognitivas como a atenção ou a memória, que poderá ter repercussões positivas no rendimento académico; apoio à integração na comunidade académica e geral; oportunidades de alargamento da rede social de apoio).

Objetivos específicos: Manipular a intenção (através do seu determinante expectativas de resultado), com recurso à técnica de mudança efetiva “impelir a antecipação das consequências positivas imediatas do comportamento”. Promover a interação entre os membros do subgrupo e a comparação social.

- 8) Coimbra: aliada do exercício físico e do desporto! (15 min): O implementador procede à última breve exposição da sessão, a propósito das infraestruturas existentes na cidade de Coimbra, dentro e fora do campus universitário, destacando as suas características favoráveis (acessibilidade, segurança, atratividade, adequação) à prática de exercício físico, sob a forma de modalidade desportiva ou não. No decorrer da exposição é solicitada a ajuda dos primeiranistas *actors* (i.e., de alunos que, na transição para o ensino superior, mantiveram ou iniciaram níveis adequados de atividades físicas, sendo praticantes regulares de exercício físico) na divulgação das infraestruturas com as quais estão familiarizados (e.g., localização, atividades que acolhe, vantagens/desvantagens em face de outras infraestruturas). A participação destes alunos-colaboradores deve ser precedida de uma breve

apresentação (nome, papel no grupo e atividade física que praticam) e seguida de um período curto de eventuais dúvidas ou comentários que possam surgir no grupo.

Objetivos específicos: Manipular a intenção (através do seu determinante autoeficácia de tarefa), com recurso às técnicas de mudança efetiva “facultar informação sobre as condições ambientais favoráveis ao comportamento” e “facilitar a comparação social”. Familiarizar os alunos (particularmente os deslocados) com as infraestruturas e as entidades conimbricenses que estimulam a prática de exercício físico.

- **Fase de encerramento e avaliação da sessão**

9) Revisão da sessão (5 min): A sessão é concluída com uma revisão do seu objetivo e das atividades percorridas. Segue-se a comunicação do trabalho de casa (viz., o preenchimento da Ficha de Trabalho 1) e a distribuição do folheto informativo (juntamente com a Ficha de Trabalho 1 e o Questionário de Avaliação da Sessão), com um resumo das principais informações dadas na sessão.

Objetivo específico: Favorecer a consolidação da aprendizagem dos conteúdos essenciais ao êxito do objetivo da sessão. A execução do trabalho de casa tem por objetivo a manipulação da intenção, por via da evocação dos conteúdos da sessão significativos para o aluno e do recurso à técnica de mudança efetiva “impelir a formação da intenção”.

10) Avaliação da sessão (5 min): Antes da despedida, o implementador solicita o preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão, ao mesmo tempo que enfatiza a importância das observações, críticas ou sugestões do grupo para a avaliação da sessão e para o aperfeiçoamento da mesma e apela à responsabilidade conjunta na construção da intervenção.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação (do processo) da intervenção e proceder a pequenos reajustamentos nas sessões futuras.

Guião orientador da terceira sessão da condição experimental B do programa T(+)^S

Título da sessão: Rumo à ação...com planeamento!

Objetivo geral: Promover a prática regular de exercício físico na transição para a universidade, manipulando o planeamento (da ação).

Duração da sessão: 90 minutos.

Material necessário: Folha de presenças; Diapositivos da sessão; Ficha de Trabalho 2; Questionário de Avaliação da Sessão.

Atividades:

- **Fase de acolhimento**

1) Boas-vindas (3 min): Enquanto os participantes se acomodam nos seus lugares, o implementador da intervenção dá as boas-vindas a todos os presentes, ao mesmo tempo que solicita a sua agregação em subgrupos com a mesma (ou similar) preferência por determinadas atividades físicas.

Objetivo específico: Fomentar um ambiente descontraído e caloroso, que favoreça a abertura/participação e a interação entre os membros do grupo. Possibilitar o aumento da coesão entre os elementos que partilham afinidades, sobretudo aquando da realização das atividades em grupo da sessão, e a formação de subgrupos informais (a médio e a longo prazo).

2) Colheita de assinaturas (5 min): A folha de presenças é apresentada (sempre que necessário, o implementador esclarece o seu propósito e enfatiza a despenalização da desistência) e colocada a circular pela sala.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação da intervenção – controlo das presenças efetivas na sessão.

- **Fase de revisão da sessão anterior**

3) Revisão da sessão anterior e análise dos trabalhos de casa (12 min): O implementador pede aos participantes que expressem de modo espontâneo aquilo que

mais recordam da sessão anterior (no sentido da coconstrução de uma síntese). A revisão dá-se por terminada quando os conteúdos essenciais da sessão anterior forem mencionados. Segue-se a partilha de eventuais dúvidas ou dificuldades na realização dos trabalhos de casa (às quais o implementador procurará responder individualmente ou, se adequado, solicitando a participação do grupo) e a distribuição de comentários sobre o desempenho individual e grupal no âmbito dos trabalhos de casa, assim como de reforço positivo perante bons desempenhos.

Se houver alunos com trabalhos de casa por realizar, podem ser concedidos 5 minutos para a execução dos mesmos (e lembrados da importância de cumprir com as atividades de casa), enquanto se distribui o feedback sobre o desempenho individual pelos restantes alunos.

Objetivos específicos: Favorecer a consolidação de aprendizagens anteriores e assumir o programa como um todo coerente. Estimular a realização das tarefas propostas para casa. Manipular a autoeficácia (de tarefa), com recurso às técnicas de mudança efetiva “facultar feedback sobre o desempenho + encorajamento geral”.

- **Fase de introdução e desenvolvimento da sessão**

4) Apresentação da sessão e confronto de expetativas (5 min): Partindo da apresentação sucinta do objetivo geral da sessão e das atividades planeadas, o implementador solicita a partilha e o debate das expetativas do grupo relativamente à sessão.

Objetivos específicos: Conhecer, legitimar a pertinência e moderar as expetativas do grupo.

5) Vazios...por preencher. (5 min): Os participantes são desafiados a responder à questão levantada [Porque é que nem todas as (boas) intenções conduzem à ação?] com base em experiências prévias (e não necessariamente relacionadas com o CAS-alvo do programa de intervenção). É importante garantir a associação entre os principais conceitos da questão levantada e as ilustrações da imagem projetada (e.g., à medida que os conceitos são mencionados, o implementador aponta para as respetivas ilustrações). O implementador regista e agrupa as respostas no quadro, em função de duas categorias: erros no conteúdo da intenção (e.g., objetivos abstratos, distais, demasiado difíceis/fáceis) e erros no planeamento (e.g., inexistência de tarefas graduais, antecipação fraca de obstáculos). No caso de as respostas não

surgirem imediatamente, o implementador pode dar alguns exemplos de justificações para a discrepância entre intenções e comportamentos.

Objetivos específicos: Introduzir a atividade seguinte, ao mesmo tempo que se demonstra a importância do planeamento. A associação entre os conceitos e as respetivas ilustrações visa facilitar a memorização dos conteúdos e mecanismos implicados no processo de mudança comportamental.

- 6) Planeamento?! (15 min): No seguimento da atividade anterior, o implementador faz uma breve exposição sobre o planeamento da ação – conceitos (afins) e definições, função e evidências empíricas de suporte, exemplificação (recurso a exemplos autorreferentes). Concluída a exposição, aquele pergunta ao grupo se a intenção que registaram na Ficha de Trabalho 1 pode ser classificado de “boa intenção” e quantos já delinearam um plano para passar da intenção à ação. Deve, posteriormente, solicitar a reflexão sobre a relação entre as respostas dadas e a proximidade ao sucesso (i.e., a proximidade à mudança comportamental).

Objetivos específicos: Facultar conhecimento (declarativo, procedimental, condicional) relativo à estratégia autorreguladora prospetiva e modelar a sua utilização em diferentes contextos (i.e., perante CAS diferentes), antes da mesma ser praticada. A reflexão no final da exposição procura encorajar a prática da estratégia.

- 7) Planos para troca! (20 min): Nesta atividade, durante os primeiros 10 minutos, os participantes são solicitados a preencherem individualmente a Ficha de Trabalho 2, na qual devem escrever os seus planos para praticar regularmente exercício físico. É importante esclarecer que cada plano deve conter uma sequência lógica (ou de dificuldade crescente) de tarefas/ações, de modo a responder à questão “como?”. Esta tarefa deve ser supervisionada pelo implementador, que corrige e sugere a cada participante as alterações necessárias, sem esquecer de reforçar positivamente o seu bom desempenho. Dúvidas ou erros comuns na realização da atividade devem ser expostos ao grupo pelo implementador, bem como os respetivos esclarecimentos. No tempo remanescente, os alunos são incentivados a partilhar os seus planos com o seu subgrupo e a procurar similitudes nos planos dos diferentes colegas.

Objetivos específicos: Manipular o planeamento (da ação) e a autoeficácia (de tarefa), com recurso às técnicas de mudança efetiva “impelir o planeamento da ação”, “estabelecer tarefas graduais” e “facultar feedback sobre o desempenho +

encorajamento geral”. Executar a prática guiada (com a supervisão do implementador) da estratégia autorreguladora. Promover a interação entre os membros do subgrupo e criar a oportunidade de se estabelecerem naturalmente futuras parcerias no desempenho do CAS-alvo.

- 8) Trocar(am-me) os planos! (15 min): Terminada a atividade precedente, o implementador deixa algumas questões ao grupo (ao mesmo tempo que introduz uma nova associação – entre o conceito de planeamento da ação e a respetiva ilustração – através da imagem projetada) e convida o subgrupo de primeiranistas *actors* a prestar o seu testemunho sobre a sua experiência de planeamento da ação, no sentido de responderem às questões levantadas. Conforme combinado previamente, os alunos-colaboradores começam por lembrar os colegas do seu nome e da atividade física que praticam, procedendo de seguida à exposição da sua experiência de planeamento da ação (e.g., as consequências da ausência de planeamento; os primeiros planos e as suas reformulações; as dificuldades encontradas na execução dos planos, sem revelar, por enquanto, as soluções ensaiadas). Deve ser dada prioridade a testemunhos que reflitam circunstâncias diferentes (e.g., alunos deslocados vs. não deslocados, praticantes de exercício físico vs. desporto, praticantes de atividades individuais vs. coletivas). Antes de a atividade ser encerrada, concede-se a possibilidade ao grupo de colocar dúvidas aos alunos-colaboradores ou de fazer comentários acerca dos testemunhos.

Objetivos específicos: Manipular a autoeficácia (de tarefa), com recurso à técnica de mudança efetiva “facilitar a comparação social”. Sublinhar a importância de ter vários planos ou planos suficientemente flexíveis/ajustáveis e estimular a reflexão sobre a existência de obstáculos (fundamento do tema da sessão seguinte).

- **Fase de encerramento e avaliação da sessão**

- 9) Revisão da sessão (5 min): A sessão é concluída com uma revisão do seu objetivo e das atividades percorridas – na revisão da última atividade, *Trocar(am-me) os planos!*, deve ser estabelecida a ligação com o trabalho de casa e o tema da próxima sessão. Sucede-se a distribuição do trabalho de casa (viz., construção de um horário semanal, registo das despesas regulares, possível retificação da Ficha de Trabalho 2 e

memorização dos planos contidos na mesma) e do Questionário de Avaliação da Sessão.

Objetivo específico: Favorecer a consolidação da aprendizagem dos conteúdos essenciais ao êxito do objetivo da sessão. A execução do trabalho de casa tem por objetivos preparar algum material necessário para a sessão seguinte, criar a possibilidade dos planos da Ficha de Trabalho 2 serem revistos, incentivar a memorização desses planos (a parte mais importante da operacionalização desta estratégia autorreguladora).

10) Avaliação da sessão (5 min): Antes da despedida, o implementador solicita o preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão, ao mesmo tempo que enfatiza a importância das observações, críticas ou sugestões do grupo para a avaliação da sessão e para o aperfeiçoamento da mesma e apela à responsabilidade conjunta na construção da intervenção.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação (do processo) da intervenção e proceder a pequenos reajustamentos nas sessões futuras.

Guião orientador da quarta sessão da condição experimental B do programa T(+)**S**

Título da sessão: Rumo à ação...com planeamento!

Objetivo geral: Promover a prática regular de exercício físico na transição para a universidade, manipulando o planeamento (do *coping*).

Duração da sessão: 90 minutos.

Material necessário: Folha de presenças; Diapositivos da sessão; Ficha de Trabalho 3; Questionário de Avaliação da Sessão.

Atividades:

- **Fase de acolhimento**

1) Boas-vindas (3 min): Enquanto os participantes se acomodam nos seus lugares, o implementador da intervenção dá as boas-vindas a todos os presentes, ao mesmo tempo que solicita a sua agregação em subgrupos com a mesma (ou similar) preferência por determinadas atividades físicas.

Objetivo específico: Fomentar um ambiente descontraído e caloroso, que favoreça a abertura/participação e a interação entre os membros do grupo. Possibilitar o aumento da coesão entre os elementos que partilham afinidades, sobretudo aquando da realização das atividades em grupo da sessão, e a formação de subgrupos informais (a médio e a longo prazo).

2) Colheita de assinaturas (5 min): A folha de presenças é apresentada (sempre que necessário, o implementador esclarece o seu propósito e enfatiza a despenalização da desistência) e colocada a circular pela sala.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação da intervenção – controlo das presenças efetivas na sessão.

- **Fase de revisão da sessão anterior**

3) Revisão da sessão anterior e análise dos trabalhos de casa (12 a 17 min): O implementador solicita aos participantes que expressem de modo espontâneo aquilo

que mais recordam da sessão anterior (no sentido da coconstrução de uma síntese). A revisão dá-se por terminada quando os conteúdos essenciais (e as ilustrações) da sessão anterior forem referidos. Antes da habitual partilha de eventuais dúvidas ou dificuldades na realização dos trabalhos de casa (às quais o implementador procurará responder individualmente ou, se adequado, solicitando a participação do grupo) e da distribuição de comentários sobre o desempenho individual e grupal no âmbito dos trabalhos de casa, assim como de reforço positivo perante bons desempenhos, o implementador deve pedir reações à tarefa de construção do horário semanal. Se houver alunos com trabalhos de casa por realizar, devem ser concedidos 5 a 10 minutos para a execução/finalização dos mesmos (e lembrados da importância de cumprir com as atividades de casa), enquanto se distribui o feedback sobre o desempenho individual pelos restantes alunos.

Objetivos específicos: Favorecer a consolidação de aprendizagens anteriores e assumir o programa como um todo coerente. Estimular a realização das tarefas propostas para casa. Manipular a autoeficácia (de tarefa), com recurso às técnicas de mudança efetiva “facultar feedback sobre o desempenho + encorajamento geral”. O levantamento das reações à construção do horário semanal pretende normalizar a surpresa em face do desconhecimento da duração real do tempo livre (frequentemente inferior ao esperado) e de atividades quotidianas normalmente negligenciadas (e.g., duração das deslocações diárias ou da confeção das refeições) e introduzir parte dos conteúdos da sessão. O tempo da sessão concedido para a execução/finalização das tarefas anteriores serve apenas para garantir que todos os participantes estão em igualdade de circunstâncias antes de se avançar para as restantes atividades da sessão.

- **Fase de introdução e desenvolvimento da sessão**

4) Apresentação da sessão e confronto de expetativas (5 min): Partindo da apresentação sucinta do objetivo geral da sessão e das atividades planeadas, o implementador solicita a partilha e o debate das expetativas do grupo relativamente à sessão.

Objetivos específicos: Conhecer, legitimar a pertinência e moderar as expetativas do grupo.

5) Vazios...por preencher. (5 min): Os participantes são desafiados a responder à questão levantada [Porque é que o planeamento da ação pode ser insuficiente para estabelecer uma mudança comportamental?] com base nas reações recolhidas anteriormente, nos testemunhos escutados na sessão anterior ou em experiências pessoais prévias (que podem não estar relacionadas com o CAS-alvo do programa de intervenção). Mais uma vez, é importante garantir a associação entre os principais conceitos da questão levantada e as ilustrações da imagem projetada (e.g., à medida que os conceitos são mencionados, o implementador aponta para as respetivas ilustrações). O implementador regista as respostas no quadro à medida que vão surgindo. No caso de as respostas não surgirem imediatamente, o implementador pode dar alguns exemplos de justificações apresentadas aquando da avaliação pré-intervenção.

Objetivos específicos: Introduzir a atividade seguinte, ao mesmo tempo que se demonstra a importância do planeamento e a sua função dupla. A associação entre os conceitos e as respetivas ilustrações visa facilitar a memorização dos conteúdos e mecanismos implicados no processo de mudança comportamental.

6) Planeamento?! (10 min): No seguimento da atividade anterior, o implementador faz uma breve exposição sobre o planeamento do *coping* – conceitos (afins) e definições, função e evidências empíricas de suporte, exemplificação (recurso a exemplos autorreferentes). Concluída a exposição, aquele pergunta ao grupo quantos têm o hábito de delinear planos de *coping*, apesar de reconhecerem a possibilidade de aparecimento de obstáculos ou dificuldades. Deve, posteriormente, solicitar a reflexão sobre as respostas.

Objetivos específicos: Facultar conhecimento (declarativo, procedimental, condicional) relativo à estratégia autorreguladora prospetiva e modelar a sua utilização em diferentes contextos (i.e., perante CAS diferentes), antes da mesma ser praticada. A reflexão no final da exposição procura sensibilizar os participantes para a existência de erros comuns (que podem ser evitados através de um planeamento competente): a subestimação de obstáculos/dificuldades (implícita em expressões como “se estiver muito motivado, nada me detém”) ou a improvisação ineficaz (implícita em expressões como “quando surgirem os problemas procuro a solução”).

7) Aprendendo a gerir recursos! (20 min): Antes de dar início à atividade, o implementador justifica a sua existência com o facto (descrito na literatura da especialidade e corroborado pelos dados recolhidos na avaliação pré-intervenção) de a falta de recursos (particularmente, de tempo e de dinheiro) ou a gestão deficiente dos mesmos ser um dos impeditivos à prática regular de exercício físico mais mencionados. Nesta atividade de grupo os primeiranistas *actors* são convidados a completar o seu testemunho sobre a sua experiência de planeamento. Conforme combinado previamente, os alunos-colaboradores (1) começam por relembrar os colegas do seu nome e da atividade física que praticam, (2) procedem de seguida à exposição da sua experiência no planeamento de *coping* (e.g., os diferentes obstáculos ou dificuldades antecipados e o porquê; as respostas planeadas e o seu grau de sucesso) e, em particular, na gestão competente de recursos geralmente escassos (como o tempo ou o dinheiro) e (3) terminam facultando a *dica* sobre gestão de recursos que consideram mais importante, de acordo com a sua experiência pessoal. À medida que as *dicas* se sucedem, o implementador exhibe o diapositivo correspondente, com a informação mais importante resumida. No final da atividade, concede-se a possibilidade ao grupo de registar as dicas nos respetivos portefólios e de colocar dúvidas aos alunos-colaboradores ou fazer comentários acerca dos testemunhos.

Objetivos específicos: Reforçar a perceção do programa como um todo coerente e sensível às necessidades dos participantes (através da justificação inicial). Manipular a autoeficácia (de manutenção) e o planeamento (do *coping*), com recurso às técnicas de mudança efetiva “facilitar a comparação social” e “facultar instruções (sobre a resolução de problemas)”.

8) Não há imprevistos! (20 min): Terminada a atividade precedente, os participantes são solicitados a realizar três tarefas, as primeiras individualmente e a última em grupo. Durante os primeiros 5 minutos, devem aplicar a dica 1 (i.e., completar o horário semanal, registando a verde a prática de exercício físico; calcular o dinheiro disponível, no caso dessa prática implicar um investimento inicial e/ou despesas de manutenção). Nos 10 minutos seguintes, preenchem a Ficha de Trabalho 3, na qual devem listar os seus planos para lidar com as barreiras ou dificuldades antecipadas (se a escassez de recursos, como o tempo ou o dinheiro, ou de suporte social forem

identificadas como um problema, os planos de *coping* correspondente deverão ter em consideração, respetivamente, os resultados da tarefa anterior e o hipotético contributo dos pares do subgrupo de trabalho). Estas duas tarefas precedentes devem ser supervisionadas pelo implementador, que corrige e sugere a cada participante as alterações necessárias, sem esquecer de reforçar positivamente o seu bom desempenho. Dúvidas ou erros comuns na realização da atividade devem ser expostos ao grupo pelo implementador e acompanhados dos respetivos esclarecimentos. Durante os 5 minutos remanescentes, os alunos são incentivados a partilhar os seus planos (que deverão estar memorizados) com o seu subgrupo e a procurar similitudes nos planos dos diferentes colegas, bem como aliados (i.e., colegas dentro do subgrupo de trabalho com quem possam estabelecer um pacto de ajuda mútua na iniciação e manutenção do CAS-alvo).

Objetivos específicos: Manipular o planeamento (do *coping*) e a autoeficácia (de tarefa / manutenção), com recurso às técnicas de mudança efetiva “impelir (a identificação e) a resolução de problemas”, “facultar feedback sobre o desempenho + encorajamento geral” e “organizar o suporte social / mudança social”. Executar a prática guiada (com a supervisão do implementador) da estratégia autorreguladora. Incentivar a memorização dos planos (a parte mais importante da operacionalização desta estratégia autorreguladora).

- **Fase de encerramento e avaliação da sessão**

9) Revisão da sessão (5 min): A sessão é concluída com uma revisão do seu objetivo e das atividades percorridas. As ilustrações dos conceitos abordados na terceira e quarta sessão devem ser exibidas (através da projeção da imagem que simboliza a aproximação do momento da ação) antes da distribuição do trabalho de casa (viz., efetivar a ação planeada, automonitorizar a ação e usar estímulos ambientais que evoquem as atividades anteriores) e do Questionário de Avaliação da Sessão. Para a concretização da terceira atividade do trabalho para casa, o implementador sugere alguns estímulos ambientais (e.g., a definição de um sinal sonoro na agenda do telemóvel; a utilização de um *post-it*; a atribuição da função de lembrar o subgrupo do trabalho de casa a um elemento responsável) e incentiva a utilização de outros considerados eficazes pelo próprio.

Objetivo específico: Favorecer a consolidação da aprendizagem dos conteúdos essenciais ao êxito do objetivo da sessão. A projeção da imagem pretende formalizar o momento da ação, depois de uma fase de preparação (i.e., da formação da intenção e do planeamento), de modo a evitar a procrastinação. A execução do trabalho de casa tem por objetivo manipular o planeamento (da ação / do *coping*) e, sobretudo, a autoeficácia (de tarefa / manutenção), com recurso às técnicas de mudança efetiva “impelir a prática”, “impelir a automonitorização” e “ensinar a usar estímulos ambientais”.

10) Avaliação da sessão (5 min): Mais uma vez, a anteceder a despedida, o implementador solicita o preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão, ao mesmo tempo que enfatiza a importância das observações, críticas ou sugestões do grupo para a avaliação da sessão e para o aperfeiçoamento da mesma e apela à responsabilidade conjunta na construção da intervenção.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação (do processo) da intervenção e proceder a pequenos reajustamentos nas sessões futuras.

Guião orientador da quinta sessão da condição experimental B do programa T(+S)

Título da sessão: Rumo à ação...com confiança!

Objetivo geral: Promover a prática regular de exercício físico na transição para a universidade, manipulando a autoeficácia.

Duração da sessão: 90 minutos.

Material necessário: Folha de presenças; Diapositivos da sessão; Ficha de Trabalho 4; Questionário de Avaliação da Sessão.

Atividades:

- **Fase de acolhimento**

1) Boas-vindas (3 min): Enquanto os participantes se acomodam nos seus lugares, o implementador da intervenção dá as boas-vindas a todos os presentes, ao mesmo tempo que solicita a sua agregação em subgrupos com a mesma (ou similar) preferência por determinadas atividades físicas.

Objetivo específico: Fomentar um ambiente descontraído e caloroso, que favoreça a abertura/participação e a interação entre os membros do grupo. Possibilitar o aumento da coesão entre os elementos que partilham afinidades, sobretudo aquando da realização das atividades em grupo da sessão, e a formação de subgrupos informais (a médio e a longo prazo).

2) Colheita de assinaturas (5 min): A folha de presenças é apresentada (juntamente com uma breve alusão ao seu propósito) e colocada a circular pela sala.

Objetivo específico: Recolher dados para a avaliação da intervenção – controlo das presenças efetivas na sessão.

- **Fase de revisão da sessão anterior**

3) Revisão da sessão anterior e análise dos trabalhos de casa (20 min): O implementador pede aos participantes que expressem de modo espontâneo aquilo que mais recordam da sessão anterior (no sentido da coconstrução de uma síntese). A

revisão dá-se por terminada quando os conteúdos essenciais (e as ilustrações) da sessão anterior forem referidos. Segue-se a partilha de eventuais dúvidas ou dificuldades na realização dos trabalhos de casa (às quais o implementador procurará responder individualmente ou, se adequado, solicitando a participação do grupo) e a distribuição de comentários sobre o desempenho individual e grupal no âmbito dos trabalhos de casa, assim como de reforço positivo perante bons desempenhos. Se houver alunos com trabalhos de casa por fazer, o implementador deve tentar perceber os motivos e encorajar a sua realização nos próximos dias, de modo a evitarem a procrastinação.

Objetivos específicos: Favorecer a consolidação de aprendizagens anteriores e assumir o programa como um todo coerente. Estimular a realização das tarefas propostas para casa. Manipular a autoeficácia (de tarefa / manutenção), com recurso às técnicas de mudança efetiva “facultar feedback sobre o desempenho + encorajamento geral”.

- 4) E a distinção vai para... (2 min): Com base na análise do trabalho de casa o implementador destaca o desempenho do participante (ou, preferencialmente, do subgrupo de participantes) que mais se aproximou do CAS-alvo.

Objetivos específicos: Manipular a autoeficácia (de tarefa / manutenção), dos distinguidos e dos outros (que podem percecionar os primeiros como modelos positivos), com recurso à técnica de mudança efetiva “facilitar a comparação social”.

- **Fase de introdução e desenvolvimento da sessão**

- 5) Apresentação da sessão e confronto de expetativas (5 min): Partindo da apresentação sucinta do objetivo geral da sessão e das atividades planeadas, o implementador solicita a partilha e o debate das expetativas do grupo relativamente à sessão.

Objetivos específicos: Conhecer, legitimar a pertinência e moderar as expetativas do grupo.

- 6) Arqui-inimiga! (5 min): Os participantes são desafiados a interpretar a imagem projetada (e o comentário adjunto sobre a inexistência de milagres) e a associá-la a experiências pessoais prévias (que podem não estar relacionadas com o CAS-alvo do programa de intervenção). O implementador regista as respostas no quadro à medida que vão surgindo, em função de duas categorias: adversidades (não contempladas no

planeamento) associadas a fatores internos ou externos ao indivíduo. No caso de as respostas não surgirem imediatamente, o implementador pode exibir o diapositivo seguinte.

Objetivos específicos: Introduzir a atividade subsequente, ao mesmo tempo que se demonstra a importância da autoeficácia no sucesso.

- 7) Autoeficácia?! (15 min): No seguimento da atividade anterior, o implementador faz uma breve exposição sobre a autoeficácia – conceito e definições, função e evidências empíricas de suporte, exemplificação (recurso a exemplos autorreferentes) – ao mesmo tempo que introduz uma nova associação (entre o conceito de autoeficácia e a respetiva ilustração). Antes de avançar na exposição, aquele pede aos participantes a sua opinião sobre as estratégias que melhoram a autoeficácia percebida e pergunta-lhes sobre o impacto que os testemunhos das sessões anteriores tiveram na sua perceção de autoeficácia. As respostas do grupo deverão ser integradas nos fatores que afetam a perceção de autoeficácia segundo Bandura (2000), contidos no diapositivo que encerra a exposição.

Objetivos específicos: Facultar conhecimento relativo a este determinante sociocognitivo do comportamento e aos seus fatores de mudança. Assumir o programa como um todo coerente, destacando o papel dos *actors* enquanto modelos positivos.

- 8) Yes, we can! (17 min): Concluída a atividade precedente, o implementador convida o subgrupo de primeiranistas *actors* a prestar o seu testemunho sobre autoeficácia percebida. Conforme combinado previamente, os alunos-colaboradores começam por relembrar os colegas do seu nome e da atividade física que praticam. Procedem, de seguida, à partilha das suas vivências relacionadas com a autoeficácia percebida (e.g., a evolução das suas crenças ao longo do processo de adoção e manutenção da prática regular de exercício físico; a dinâmica das crenças e a sua importância para o sucesso; a interação destas crenças com o autoconceito e a autoestima; as estratégias que os ajudaram a desenvolver crenças otimistas mais elevadas). Terminam a sua (última) intervenção facultando *dicas* sobre a manutenção do comportamento (uma vez iniciada a mudança comportamental), bem como argumentando a favor do sucesso dos seus colegas (e.g., invocando as experiências de sucesso passado destes últimos), numa clara mensagem de encorajamento. À medida que as *dicas* se

sucedem, o implementador exhibe o diapositivo correspondente, com a informação mais importante resumida. Antes de a atividade ser encerrada, concede-se a possibilidade ao grupo de colocar dúvidas aos alunos-colaboradores ou de fazer comentários acerca dos testemunhos.

Objetivos específicos: Manipular a autoeficácia (de tarefa), com recurso às técnicas de mudança efetiva “facilitar a comparação social” e “argumentação / persuasão verbal”. Sensibilizar para a importância do reforço contingente na manutenção do CAS-alvo.

- 9) Lista dos favoritos! (8 min): Nesta atividade os participantes são solicitados, num primeiro momento, a preencher a Ficha de Trabalho 4, na qual devem listar os reforçadores que habitualmente aplicam ou pensam aplicar, de modo contingente, perante a progressão nas tarefas graduais ou o desempenho do CAS-alvo. Num segundo momento, os alunos são incentivados a partilhar a sua lista com o seu subgrupo, selecionando da sua lista o reforçador que consideram mais eficaz e aplicando-o (na medida do possível) ao colega do lado. Estas tarefas devem ser supervisionadas pelo implementador, que corrige e sugere a cada participante as alterações necessárias, sem esquecer de reforçar positivamente o seu bom desempenho. Dúvidas ou erros comuns na realização da atividade devem ser expostos ao grupo pelo implementador e acompanhados dos respetivos esclarecimentos.

Objetivos específicos: Facilitar a utilização da técnica de mudança efetiva “impelir o reforço positivo contingente”, necessária à manutenção do comportamento e à manipulação da autoeficácia (de tarefa / manutenção). Enriquecer o repertório pessoal de reforçadores (através da partilha).

- **Fase de encerramento e avaliação da sessão**

- 10) Revisão da sessão (5 min): A sessão é concluída com uma revisão do seu objetivo e das atividades percorridas, devidamente integrada numa breve revisão mais geral de todas as sessões do T(+)*S* que compõem a condição experimental B. Mais uma vez, é importante garantir a associação entre os principais temas trabalhados no programa de intervenção e as ilustrações da imagem projetada (e.g., à medida que os temas são mencionados, o implementador aponta para as respetivas ilustrações). Os alunos são

ainda advertidos para a possibilidade de receberem um email ou uma visita (no âmbito de uma aula) do implementador, com o objetivo duplo de os avisar da proximidade da data do momento de avaliação seguinte e de os lembrar de executarem o comportamento desejado.

Objetivo específico: Favorecer a consolidação da aprendizagem dos conteúdos essenciais ao êxito do objetivo da sessão. A associação entre os conceitos e as respetivas ilustrações visa facilitar a memorização dos conteúdos e mecanismos implicados no processo de mudança comportamental. (Manipulação futura da intenção, com recurso à técnica de mudança efetiva “facultar estímulos ambientais após a intervenção”.)

11) Avaliação da sessão (5 min): Pela última vez, o implementador solicita o preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão, sem esquecer de agradecer a honestidade e o empenho aplicados às observações, críticas ou sugestões do grupo para a avaliação das sessões e para o aperfeiçoamento do programa. Sucede-se a despedida.

Objetivo específico: Completar a recolha de dados para a avaliação (do processo) da intervenção.

Apêndice 9. Lista de Verificação das Atividades da Sessão

Lista de verificação das atividades da Terceira sessão da condição experimental B do
T(+): “Rumo à Ação...com Planejamento!”

Atividades	Materiais	Duração		Observações
		Prevista	Real	
Acolhimento: - Boas-vindas - Colheita de assinaturas	<i>Folha de presenças</i>	<i>3 min</i> <i>5 min</i>		
Revisão da sessão anterior: - Revisão da sessão anterior e análise dos trabalhos de casa	<i>Diapositivos</i>	<i>12 min</i>		
Introdução e desenvolvimento da sessão: - Apresentação da sessão e confronto de expectativas - Vazios...por preencher. - Planejamento?! - Planos para troca! - Trocar (am-me) os planos!	<i>Diapositivos</i> <i>Ficha de Trabalho 2</i>	<i>5 min</i> <i>5 min</i> <i>15 min</i> <i>20 min</i> <i>15 min</i>		
Encerramento e avaliação da sessão: - Revisão da sessão - Avaliação da sessão	<i>Questionário de Avaliação da Sessão</i>	<i>5 min</i> <i>5 min</i>		

Outras observações:

Apêndice 10. Questionário de Avaliação da Sessão

**Questionário de Avaliação da Sessão _____ do programa T(+)
(Soares & Canavarro, 2010)**

Instruções: Assinale com uma cruz (X) a opção que melhor representa a sua opinião relativamente às seguintes afirmações.

	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
1. A sessão, de um modo geral, foi...					
2. Os conhecimentos transmitidos foram...					
3. As atividades (individuais e/ou de grupo) propostas foram...					
4. Os materiais didáticos (e.g., diapositivos, fichas, folhetos) utilizados foram...					
5. A estruturação da sessão foi...					
6. A duração da sessão foi...					
7. As condições em que a sessão se desenvolveu foram...					
8. A prestação do “líder formal” do grupo foi...					
9. A interação do “líder formal” do grupo com os elementos do grupo foi...					
10. A interação entre os elementos do grupo foi...					
11. A participação do grupo nas atividades da sessão foi...					
12. A minha participação nas atividades da sessão foi...					
13. A satisfação das minhas expetativas iniciais foi...					

Observações/críticas/sugestões: _____

Grata pela colaboração!

Apêndice 11. Protocolo de avaliação do estudo 2

- **Questionário de estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior, versão B – QESST_B* (Soares & Canavarro, 2010);
- *Questionário da Abordagem do Processo de Ação de Saúde* (Schwarzer, 2008), versão para *Exercício Físico – APAS_EF* (Soares & Canavarro, 2010);
- *Questionário de Vivências Académicas (versão reduzida) – QVA-r* (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999);
- *Questionário do Estado de Saúde – SF-8* (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993; versão portuguesa: Ribeiro, 2005);
- *Versão em Português de Portugal do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-Bref* (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona, & Paredes, 2006).

Notas:

O QESST_B tem uma secção (IV) que integrou o questionário apenas nos momentos de avaliação pós-intervenção e seguimento de 3 meses.

Alguns destes instrumentos de avaliação encontram-se protegidos pelo direito de autor, sendo por este motivo omitidos das páginas seguintes.

QESST_B
Questionário de estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior, versão B (Soares & Canavarro, 2010)

I. Informações Gerais

Por favor, escreva a informação pedida ou assinale com uma cruz (X) a opção que melhor representa a sua situação.

1. Código do questionário¹:

2. Género sexual: M__ F__

3. Idade:

4. Nacionalidade:

5. Estado Civil:

6. Situação económica atual (pode assinalar mais do que uma opção):

Depende dos seus pais__

Depende de uma bolsa de estudo ou empréstimo__

Depende dos rendimentos de um trabalho a tempo parcial* __

Depende dos rendimentos de um trabalho a tempo inteiro* __

*Nº de horas semanais dispendidas na atividade laboral (caso se aplique):__

Outra situação (especifique) _____

7. Quais são as habilitações literárias, profissão e situação profissional dos pais?

Habilitações literárias (assinale com uma cruz (X) a opção adequada)		Pai	Mãe
	Não sabe ler e/ou escrever		
	1º e 2º Ciclos do Ensino Básico (1 a 6 anos de escolaridade)		
	3º Ciclo do Ensino Básico (7 a 9 anos de escolaridade)		
	Ensino Secundário (10 a 12 anos de escolaridade)		
	Ensino Superior		

Profissão (escreva a informação pedida)		

Situação profissional (assinale com uma cruz (X) a opção adequada)			
	Empregado(a)		
	Desempregado(a)		
	Doméstico(a)		
Reformado(a)			

¹ Para que possa recordar-se deste número com facilidade, guarde-o num local de fácil acesso para si como, por exemplo, na lista de contactos do seu telemóvel.

II. Informações sobre o estudante e a sua adaptação ao ensino superior

Por favor, escreva a informação pedida ou assinale com uma cruz (X) a opção que melhor representa a sua situação.

8. É a primeira vez que se encontra matriculado no 1º ano do Ensino Superior?

Sim__ Não__

9. Nota de ingresso:_____

10. Curso/faculdade em que se encontra matriculado:_____

11. A que opção de candidatura corresponde o curso em que se encontra matriculado?

Primeira__ Outras__

12. O ingresso no Ensino Superior implicou a mudança do seu local de residência?

Não__ Sim__ (Se respondeu NÃO, passe para a questão nº 15)

13. Onde se situava a sua residência antes da entrada para o Ensino Superior?

Portugal Continental (especifique o concelho)_____

Ilhas da Madeira ou dos Açores__

País da Comunidade de Países Língua Portuguesa__

Outro local (especifique) _____

14. Com que frequência se desloca à residência indicada na questão anterior?

Semanalmente__ Quinzenalmente__ Mensalmente__

Só nas férias escolares__ Outra (especifique) _____

15. Encontra-se envolvido em algum tipo de atividade, organização ou associação durante o seu tempo livre?

Não__ Sim, numa__ Sim, em várias__ (Se respondeu NÃO, passe para a questão nº 16)

15.1. De natureza:

Religiosa__ Desportiva__ Cultural__ Recreativa__

Política__ De solidariedade social__ Outra (especifique)_____

15.2. A sua participação é:

Escassa__ Moderada__ Frequente__

III. Informações sobre (mudanças no) estilo de vida

Por favor, escreva a informação pedida ou assinale com uma cruz (X) a opção que melhor representa a sua situação.

16. O ingresso no ensino superior pode trazer alterações no estilo de vida do estudante. Que comportamentos e atitudes apresentava antes (AN) do ingresso no ensino superior e quais os que apresenta atualmente (AC) no seu cotidiano? Perante um comportamento ou atitude que nunca tenha manifestado, escreva no espaço indicado NA (não se aplica).

Ao nível do comportamento alimentar	Quantidade de refeições (principais e ligeiras)	AN: __ (refeições/dia) AC: __ (refeições/dia)
	Qualidade ou diversidade nutricional dos alimentos	AN: fraca __ satisfatória __ boa __ AC: fraca __ satisfatória __ boa __
Ao nível do padrão sono-vigília	Duração do sono	AN: __ (horas/dia) AC: __ (horas/dia)
	Qualidade do sono	AN: fraca __ satisfatória __ boa __ AC: fraca __ satisfatória __ boa __
Ao nível do padrão de atividades físicas	Frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas ²	AN: __ (sessões/semana) __ (min/sessão) AC: __ (sessões/semana) __ (min/sessão)
Ao nível do consumo de álcool	Consumo diário de bebidas com álcool	AN: __ (bebidas/dia) AC: __ (bebidas/dia)
	Consumo mensal de álcool em excesso (+ 1 ou 2 UBP ³)	AN: __ (dias/mês) AC: __ (dias/mês)
Ao nível do consumo de tabaco	Consumo diário de cigarros	AN: __ (cigarros/dia) AC: __ (cigarros/dia)
Ao nível do consumo de cafeína	Consumo diário de bebidas com cafeína (p.e., café, Coca-Cola, energéticas, etc.)	AN: __ (bebidas/dia) AC: __ (bebidas/dia)
Ao nível do consumo de drogas ilícitas	Frequência (por mês) do consumo de drogas ilícitas (p.e., haxixe, ecstasy, cocaína, etc.)	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __
Ao nível da toma de medicamentos sem prescrição médica	Frequência (por ano) da automedicação	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __
Ao nível do comportamento sexual	Frequência da mudança de parceiro(a) sexual	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __
	Frequência da utilização de preservativo nas relações sexuais	AN: rara __ frequente __ constante __ AC: rara __ frequente __ constante __
Ao nível da monitorização da saúde	Frequência (por ano) da monitorização da saúde (p.e., palpação, vacinação, avaliação médica, etc.)	AN: rara __ ocasional __ frequente __ AC: rara __ ocasional __ frequente __

² Entende-se por atividades físicas de intensidade moderada (e.g. caminhada rápida) e vigorosa (e.g., corrida) aquelas que provocam, respetivamente, pequenas alterações no sistema cardiorrespiratório e alterações evidentes no sistema cardiorrespiratório e/ou sudação intensa. **Sublinhe** a palavra que melhor se aplica à sua situação.

³ Entende-se por consumo de álcool em excesso o consumo de mais de 1UBP (unidade de bebida padrão) por dia, no caso da mulher, ou de mais de 2UBP por dia, no caso do homem. Note a seguinte correspondência: 1 copo (200 mL) de cerveja = 1UBP; 1 copo (100mL) de vinho = 1UBP; 1 dose (50 mL) de bebida destilada (p.e., gin, vodka) = 2UBP.

17. Gostaria de alterar algum dos comportamentos e atitudes de saúde que fazem parte do seu atual estilo de vida?

Não__ Sim (qual ou quais?)_____

18. Relativamente à prática regular de exercício físico⁴ durante o ano letivo atual, com qual das afirmações se identifica mais?

Nunca pensei nisso. ___

Já pensei nisso, mas não tenho necessidade de o fazer. ___

Já pensei nisso, mas continuo indeciso. ___

Já tomei uma decisão favorável (a isso), mas ainda não fiz nada. ___

Estou a fazer isso e tenciono continuar no futuro. ___

18.1. Que obstáculos pessoais podem dificultar o início/reinício e a manutenção da prática regular de exercício físico durante o ano letivo atual?_____

IV. Informações sobre o impacto do T(+)**S**

Por favor, escreva a informação pedida ou assinale com uma cruz (X) as opções que melhor representam a sua situação.

19. Que impacto teve o programa de intervenção “Transições (mais) Saudáveis” na sua vida?

Nenhum. ___

Aumentou os meus conhecimentos sobre cada um dos temas abordados. ___

Aumentou a minha determinação para melhorar alguns dos comportamentos/atitudes que fazem parte do meu estilo de vida atual. ___

Ajudou-me a efetivar algumas alterações positivas no meu estilo de vida atual. ___

Ajudou-me a melhorar alguns aspetos relacionados com a minha saúde ou o meu bem-estar. ___

Ajudou-me a melhorar alguns aspectos relacionados com a adaptação à universidade (e.g., familiarização com infraestruturas e entidades da UC e da cidade de Coimbra, alargamento do meu grupo de amigos, melhoria dos resultados académicos). ___

Outro (qual?) _____

Gratos pela colaboração.

⁴ Entende-se por exercício físico: subcomponente da atividade física que requer movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, realizados com o propósito de manter/melhorar a condição física, o desempenho físico ou a saúde.

Apêndice 12. Estudo das principais características psicométricas do Questionário de Avaliação da Sessão

Os dados recolhidos junto de uma amostra de 57 primeiranistas da FPCEUC do ano letivo 2010/2011 (75% do género feminino; $M = 18.3$ anos e $DP = 0.9$ anos; 60% de Psicologia, 28% de Ciências da Educação e 12% de Serviço Social), depois de uma iniciativa psicoeducativa, estiveram na base deste estudo.

Tabela A12. Distribuição dos 13 itens de resposta fechada do Questionário de Avaliação da Sessão pelo fator e valores de saturação, raiz característica e variância explicada ($N = 57$).

Fator 1	
Satisfação com a sessão	
Satisfação geral (Item 1)	Cumprimento das expetativas (Item 13)
.95	.92
Condições de acolhimento (Item 7)	Atividades propostas (Item 3)
.91	.90
Participação individual (Item 12)	Prestação do implementador (Item 8)
.90	.88
Interação do implementador com grupo (Item 9)	Materiais didáticos utilizados (Item 4)
.87	.87
Duração da sessão (Item 6)	Participação do grupo nas atividades (Item 11)
.86	.85
Interação intragrupal (Item 10)	Estruturação da sessão (Item 5)
.84	.78
Conhecimentos transmitidos (Item 2)	
.67	
Valor próprio	
9.68	
Variância explicada (%)	
74.43	

Nota. $N = 57$. Avaliação prévia da adequação da amostra e da matriz de correlações à análise fatorial: $KMO = .829$; Teste de Bartlett: $\chi^2_{(78)} = 1063.31$, $p < .001$.

Para análise da distribuição e da sensibilidade dos resultados nos 13 itens deste questionário determinaram-se frequências, medidas de tendência central e de dispersão, índices de assimetria e de curtose de todos os itens. Registaram-se respostas em todas as alternativas de resposta que cada item oferecia apenas nos itens 2, 6, 7, 10, 12 e 13 (a generalidade dos itens restantes não obteve o valor mais baixo da escala de avaliação⁵) e verificou-se que a maioria dos coeficientes de assimetria e de curtose dos itens se situavam entre -1.00 e 1.00. Apenas os itens 2 (assimetria = -1.50; curtose = 3.37), 3 (assimetria = -1.25; curtose = 1.12), 7 (assimetria = -1.66; curtose = 2.21), 9 (assimetria = -2.04; curtose = 3.30) e 13 (assimetria = -1.17; curtose = 0.65) apresentaram índices ligeiramente acentuados,

⁵ Facto relativamente frequente no contexto da utilização deste tipo de questionários (Taylor-Powell & Renner, 2009, p. 8).

reveladores de uma distribuição com assimetria negativa e curtose positiva.

Efetuuou-se, depois de avaliada a adequação da amostra e da matriz de correlações à análise fatorial (ver coeficiente KMO e teste de Bartlett na tabela A12), o estudo da dimensionalidade deste questionário através de uma análise em componentes principais. A análise fatorial exploratória conduziu à extração de um fator com valor próprio superior à unidade que explicava 74.4% da variância. A tabela anterior (tabela A12) sistematiza a distribuição dos itens do questionário pelo fator e as respectivas saturações (por ordem decrescente de peso no fator), bem como a percentagem da variância explicada.

Atestada a unidimensionalidade da escala, procedeu-se à análise do grau de uniformidade e coerência entre as respostas dos sujeitos através da leitura do coeficiente alfa de Cronbach da escala ($\alpha = .97$), neste caso abonatório de uma boa consistência interna. Averiguou-se ainda a validade interna dos itens e a sua contribuição particular para a consistência interna da escala. Deste modo, os itens da escala revelaram-se bons itens, na medida em que apresentaram correlações item-total (corrigido) acima de .62 ($.62 \leq r \leq .93$) e a exclusão de cada um não aumentou o coeficiente alfa de Cronbach da escala.

Ainda que o tamanho da amostra não tenha sido o mais apropriado para algumas das análises estatísticas complexas efetuadas (sendo necessário replicar o estudo noutras amostras de dimensões superiores), os dados de fiabilidade e validade encontrados foram promissores, legitimando a informação recolhida por este questionário.

Apêndice 13. Estudo das principais características psicométricas do Questionário da Abordagem do Processo de Ação de Saúde (Schwarzer, 2008), versão para Exercício Físico

O estudo das principais características psicométricas do APAS_EF, originalmente com 24 itens (o fator latente expectativas de resultado contava inicialmente com quatro variáveis manifestas, entre elas, o item ER2: “Se eu praticar regularmente exercício físico... os outros apreciarão a minha determinação.”), foi realizado junto de 216 primeiranistas⁶ da FPCEUC do ano letivo 2010/2011 (93.5% do género feminino; $M = 18.2$ anos e $DP = 0.9$ anos; 57.4% de Psicologia, 31.9% de Ciências da Educação e 10.6% de Serviço Social).

Perante a existência de informação prévia, proveniente da APAS (Schwarzer, 2008), sobre determinados padrões estruturais (i.e., a presença de fatores latentes responsáveis pelo comportamento de determinadas variáveis manifestas específicas), procedeu-se a uma análise fatorial confirmatória com o software AMOS, como descrito por Marôco (2010). A inexistência de *outliers* (avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis) e o pressuposto da normalidade (avaliada pelos coeficientes de assimetria e curtose) foram garantidos (ver Marôco, 2010). O modelo inicial (de oito fatores) do APAS_EF revelou uma qualidade de ajustamento à estrutura correlacional observada aceitável ($\chi^2/gf = 1.76$; CFI = .948, GFI = .876; RMSEA = .059, $p = .057$; MECVI = 2.63). Não obstante, um dos itens do APAS_EF (item ER2) apresentou um peso fatorial modesto ($\lambda = .43$) e uma fiabilidade individual desadequada ($R^2 = .18$) e os índices de modificação (superiores a 11, $p < .001$) identificaram, entre outras, correlações entre resíduos de itens (PA3 e PA4) pertencentes ao mesmo fator.

A modificação do modelo (remoção do item ER2 e correlação entre os resíduos dos itens PA3 e PA4) possibilitou a obtenção de índices da qualidade de ajustamento indicativos de uma adequação sofrível (GFI = .890; RMSEA = .055, $p = .200$) ou boa ($\chi^2/gf = 1.66$; CFI = .959), bem como a melhoria estatisticamente significativa da qualidade de ajustamento ($\chi^2_{(23)} = 60.60$, $p < .05$) e a redução do MECVI (MECVI_{inicial} = 2.63; MECVI_{modificado} = 2.34).

⁶ Note-se que participaram 219 estudantes, porém três foram excluídos por entregarem questionários considerados inválidos.

Demonstrada a adequação da estrutura fatorial proposta à amostra sob estudo, avaliou-se a fiabilidade compósita e a variância extraída média por cada fator, sob as indicações de Fornell e Larcker (1981, citado por Marôco, 2010) e recorrendo aos pesos fatoriais estandardizados dados pelo *output* (ver ilustração A13).

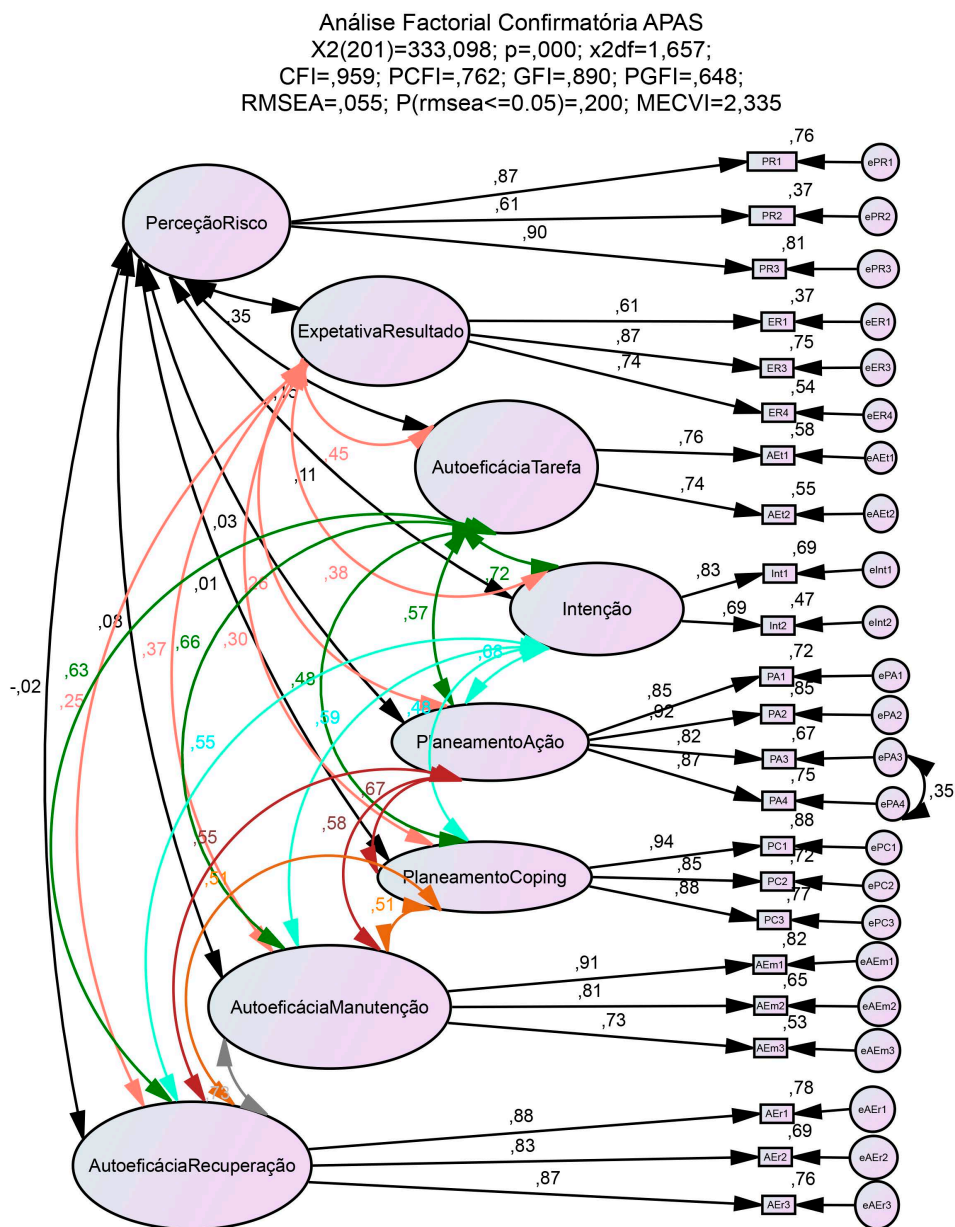


Ilustração A13. Modelo octofatorial do APAS_EF ajustado a uma amostra de 216 primeiranistas da FPCEUC.

Os valores da fiabilidade compósita dos fatores situaram-se acima de .70, variando entre .82 (para o fator autoeficácia de tarefa) e .96 (para o fator planeamento da ação), o que sugeriu a existência de boa consistência interna (i.e., os itens representavam

consistentemente o seu fator latente). Também o cálculo da variância extraída média, um indicador da validade convergente dos fatores (i.e., da existência de itens que saturam fortemente no fator que refletem), revelou valores acima de .50 – mais concretamente, situados entre .68, para o fator expectativas de resultado, e .88, para o fator planeamento do *coping* – e portanto abonatórios de validade convergente adequada. Através da comparação da variância extraída média com o quadrado da correlação entre fatores foi possível demonstrar a adequação da validade discriminante dos fatores (i.e., os fatores, definidos por cada conjunto de itens, eram verdadeiramente distintos), uma vez que os respetivos valores de variância extraída média foram sempre superiores ao quadrado da correlação entre fatores em análise.

Sem descurar a necessidade de replicar o estudo das principais características psicométricas do APAS_EF em amostras maiores e a possibilidade de recorrer, para o efeito, a métodos alternativos de estimar estes (e outros) índices psicométricos, devem salientar-se os resultados bastante satisfatórios obtidos para a validade (fatorial, convergente e discriminante) e a fiabilidade (compósita), os quais garantem alguma confiança na informação recolhida por este questionário.

Apêndice 14. Carta de apresentação da investigação ao diretor da FPCEUC (Estudo 2)

Coimbra, setembro de 2010

Exma. Sra. Diretora, Prof. Doutora Luísa Morgado:

Sou uma investigadora colaboradora do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social que, no âmbito do respetivo doutoramento, se encontra a desenvolver uma investigação sobre *estilos de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior*, sob a orientação do Prof. Doutor José Manuel Portocarrero Canavarro.

Para a progressão desta investigação, é necessário implementar e avaliar um programa de intervenção, intitulado “Transições (mais) Saudáveis” e idealizado para apoiar o sucesso académico através da promoção de estilos de vida mais saudáveis, junto de um número determinado de voluntários jovens-adultos primeiranistas da FPCEUC do ano letivo 2010/2011 e num cenário com características próprias (e.g., amplo, confortável, equipado com meios técnicos audiovisuais), durante uma parte do período compreendido entre os meses de outubro e dezembro (em sessões semanais de 90 minutos cada). É neste sentido que solicito a sua colaboração, autorizando a divulgação, implementação e avaliação deste programa no contexto da FPCEUC e cedendo um espaço (dentro da mesma faculdade) com as características supracitadas.

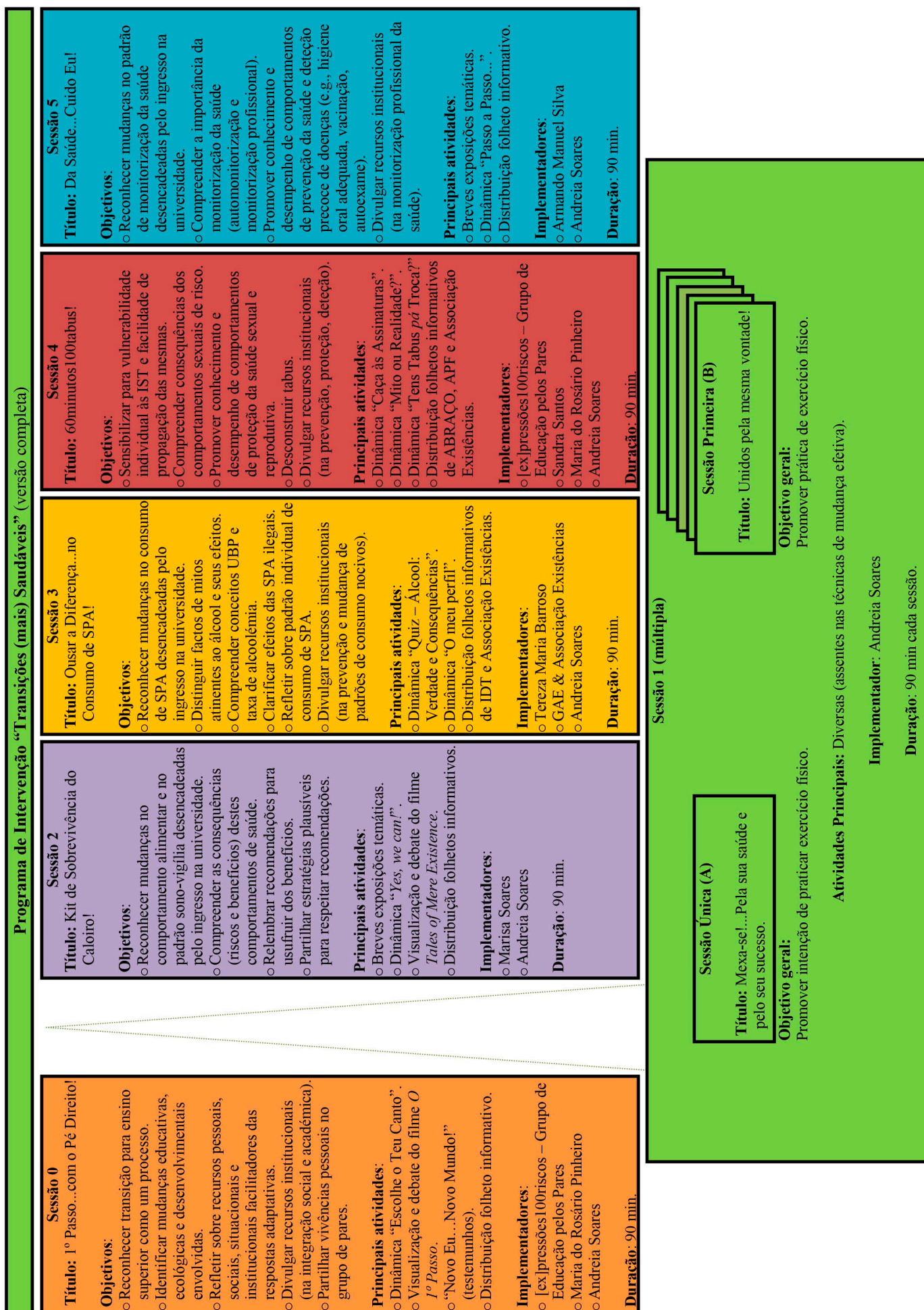
Qualquer esclarecimento relativo a esta investigação poderá ser solicitado através do endereço dout19@fpce.uc.pt e será prestado com prontidão.

Grata pela atenção e tempo dispensados.

Os meus melhores cumprimentos,

Andreia Martins Soares

Apêndice 15. Versão completa do programa de intervenção T(+)S (figura-síntese)



Apêndice 16. Alterações no estilo de vida e desejo de mudança dos primeiranistas que integraram os grupos de investigação do segundo estudo empírico

Na tabela A16 encontram-se os dados descritivos do estilo de vida (CAS e ICEV, em dois momentos distintos) dos 124 primeiranistas que, numa primeira leitura, sugeriam variações do momento antes do ingresso na universidade para o momento atual, na maior parte dos CAS e na medida geral.

Tabela A16. Caracterização do estilo de vida dos primeiranistas, antes e depois do ingresso na universidade.

Estilo de vida	Medidas obtidas para o estilo de vida	
	Anterior	Atual
	<i>M ± DP</i> (Min - Max) ou % (<i>f_o</i>)	
Comportamento alimentar		
Quantidade de refeições principais e ligeiras (refeições/dia)	4.3 ± 0.9 (1 - 7)	4.0 ± 0.9 (2 - 6)
Qualidade/diversidade nutricional dos alimentos ingeridos	Fraca: 0.0 (0) Satisfatória: 16.1 (20) Boa: 83.9 (104)	Fraca: 4.8 (6) Satisfatória: 47.6 (59) Boa: 47.6 (59)
Padrão sono-vigília		
Duração do sono (horas/dia)	8.1 ± 1.1 (5 - 12)	7.0 ± 1.2 (4.5 - 10)
Qualidade do sono	Fraca: 0.0 (0) Satisfatória: 17.7 (22) Boa: 82.3 (102)	Fraca: 11.3 (14) Satisfatória: 45.2 (56) Boa: 43.5 (54)
Padrão de atividades físicas		
Frequência/duração da prática de atividades físicas moderadas ou vigorosas (minutos/semana)	136.8 ± 111.7 (0 - 720)	19.2 ± 27.5 (0 - 105)
Padrão de consumo de substâncias psicoativas		
Consumo de bebidas com álcool (bebidas/dia)	0.4 ± 0.9 (0 - 6)	0.8 ± 1.7 (0 - 10)
Consumo de álcool em excesso (dias/mês)	1.1 ± 2.3 (0 - 15)	2.3 ± 4.6 (0 - 20)
Consumo de tabaco (cigarros/dia)	1.4 ± 3.0 (0 - 15)	2.3 ± 5.1 (0 - 20)
Consumo de cafeína (bebidas/dia)	0.8 ± 1.2 (0 - 7)	1.1 ± 1.3 (0 - 5)
Frequência do consumo de drogas ilícitas (por mês)	Nunca: 94.4 (117) Rara: 1.6 (2) Ocasional: 1.6 (2) Frequente: 2.4 (3)	Nunca: 94.4(117) Rara: 1.6 (2) Ocasional: 2.4 (3) Frequente: 1.6 (2)
Toma de medicamentos sem aconselhamento profissional		
Frequência da automedicação (por ano)	Nunca: 72.6 (90) Rara: 12.1 (15) Ocasional: 13.7 (17) Frequente: 1.6 (2)	Nunca: 72.6 (90) Rara: 11.3 (14) Ocasional: 14.5 (18) Frequente: 1.6 (2)
Comportamento sexual		
Frequência do uso de preservativo nas relações sexuais	Abstinente: 37.9 (47) Rara: 12.9 (16) Frequente: 12.1 (15) Constante: 37.1 (46)	Abstinente: 37.9 (47) Rara: 12.9 (16) Frequente: 9.7 (12) Constante: 39.5 (49)

(cont.)

(cont.)

Estilo de vida	Medidas obtidas para o estilo de vida	
	Anterior	Atual
<i>M ± DP (Min - Max) ou % (f_o)</i>		
Monitorização da saúde		
Frequência com que monitoriza a saúde (por ano)	Nunca: 0.8 (1) Rara: 8.9 (11) Ocasional: 51.6 (64) Frequente: 38.7 (48)	Nunca: 0.8 (1) Rara: 16.9 (21) Ocasional: 46.8 (58) Frequente: 35.5 (44)
ICEV	11.0 ± 1.5 (7 - 13)	9.7 ± 1.8 (5 - 12)

Nota. N = 124.

A análise inferencial confirmou, por um lado, decréscimos estatisticamente significativos nas medidas do comportamento alimentar (quantidade de refeições: $t_{(123)} = 3.42$, $p < .001$, $d = 0.31$; qualidade/diversidade nutricional: $Z = -5.72$, $p < .001$, $r = .51$), do padrão sono-vigília (duração do sono: $t_{(123)} = 8.47$, $p < .001$, $d = 0.76$; qualidade do sono: $Z = -6.88$, $p < .001$, $r = .62$), do padrão de atividade física ($t_{(123)} = 12.18$, $p < .001$, $d = 1.40$) e da monitorização da saúde ($Z = -2.84$, $p = .005$, $r = .26$) e, por outro, aumentos estatisticamente significativos no consumo de algumas substâncias psicoativas (consumo diário de álcool: $t_{(123)} = -3.87$, $p < .001$, $d = 0.42$; consumo mensal de álcool em excesso: $t_{(123)} = -4.40$, $p < .001$, $d = 0.60$; consumo diário de tabaco: $t_{(123)} = -3.60$, $p < .001$, $d = 0.47$; consumo diário de cafeína: $t_{(123)} = -3.28$, $p = .001$, $d = 0.30$). Somente as medidas relativas ao consumo de drogas ilícitas ($Z = -.58$, $p = .564$, $r = .05$), à automedicação ($Z = -.58$, $p = .564$, $r = .05$) e ao comportamento sexual protegido ($Z = -.83$, $p = .408$, $r = .07$) não apresentaram diferenças entre elas. No que toca à medida geral do estilo de vida (ICEV), a diferença entre os dois momentos considerados revelou-se estatisticamente significativa ($t_{(123)} = 12.07$, $p < .001$, $d = 1.12$), confirmando a diminuição de CAS salutares com a transição.

Setenta e quatro alunos (58.9%) responderam afirmativamente à questão sobre o desejo de mudar algum dos CAS do seu atual estilo de vida, manifestando pretensões (por vezes, múltiplas) de natureza diversa: início ou aumento da prática de exercício ou de atividade desportiva ($n = 51$, 41.1%), aumento da qualidade e/ou a duração do sono ($n = 19$, 15.3%), aumento da qualidade e/ou diversidade nutricional dos alimentos ingeridos ($n = 11$, 8.9%), diminuição do consumo de substâncias psicoativas, particularmente tabaco e álcool ($n = 5$, 4.0%), outra ($n = 3$, 2.4%).

