

Universidade de Pernambuco  
Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Carolina da Franca Bandeira Ferreira Santos

Estudo comparativo de condutas de saúde entre  
estudantes do início e do final de cursos da área  
saúde

Camaragibe,  
2006

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Carolina da Franca Bandeira Ferreira Santos

Estudo comparativo de condutas de saúde entre  
estudantes do início e do final de cursos da área  
saúde

Dissertação apresentada ao Programa  
de Hebiatria, nível mestrado da  
Faculdade de Odontologia de  
Pernambuco, como requisito parcial  
para obtenção do grau de mestre.

**Orientadora:**  
**Profa. Dra. Viviane Colares**

Camaragibe,  
2006

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Universidade de Pernambuco - Recife

S237c Santos, Carolina da Franca Bandeira Ferreira  
Estudo comparativo de condutas de saúde entre estudantes do início  
e do final de cursos da área de saúde / Carolina da Franca  
Bandeira Ferreira Santos. – Camaragibe : Universidade de  
Pernambuco; Faculdade de Odontologia de Pernambuco, 2006.  
111 f. : il.

Orientador: Viviane Colares  
Dissertação (mestrado - hebiatria) – Universidade de Pernambuco,  
2006.

1. Estudantes de ciências da saúde 2. Conduta de saúde 3. Estilo de  
vida 4. Hebiatria - Dissertação I. Colares, Viviane (orient.)  
II. Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de  
Pernambuco, Mestrado em Hebiatria III. Título

CDU 616.314-053.4

A Gustavo Ferreira Santos além de meu amor,  
meu grande amigo e companheiro.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir coisas maravilhosas na minha vida como a realização deste trabalho;

Aos meus queridos pais, por me dedicarem um amor tão grande que muitas vezes me faz sentir mais forte do que acredito ser;

A Gustavo Ferreira Santos, por nossa vida de total cumplicidade;

A minha irmãzinha, Mariana da Franca, pela presença constante em minha vida. Aos queridos Pietro, Selma, Kássio, Patrícia, João, Rodrigo e Luise.

A Américo Ferreira Santos e Terezinha Cordeiro Diniz Santos, pela compreensão nas ausências causadas durante elaboração deste trabalho;

A Bruna, Amada e Rayana por me fazerem tão feliz;

A todos os meus familiares, através de Rosa Andréa, minha tia tão querida e tão presente em minha vida e de Gabriela Prestrelo, grande prima e amiga;

A querida Viviane Colares, que me conduziu durante este trabalho, por quem tenho enorme carinho e admiração;

A Lúcia, pela dedicação e paciência com que esteve ao meu lado em todas as horas;

A minha turma de mestrado, através das amigas, que descobri neste período, Isabel Arruda e Viviane Tannuri. Aos amigos de graduação através da querida amiga Renata Almeida;

A Ivanilda Figueiredo, por todos os anos de amizade. A Zalitéia Figueiredo, um exemplo de vida para mim;

A todos os amigos, através de Yone e Clemildo, que, dia-a-dia, perto ou longe, contribuíram para que eu seja uma pessoa melhor;

A Facepe, Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco;

Aos estudantes, professores e funcionários da Universidade de Pernambuco e Universidade Federal de Pernambuco que permitiram a realização deste trabalho.

“A educação visa melhorar a natureza do homem, e isto nem sempre é aceito pelo interessado.”

Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar mudanças nas condutas de saúde de universitários da área de saúde comparando jovens no início e no final do curso de duas universidades públicas de Pernambuco. A amostra foi composta por 735 estudantes na faixa etária de 18 a 28 anos sendo 480 da Universidade Federal de Pernambuco e 255 da Universidade de Pernambuco. A coleta de dados foi realizada através da aplicação do questionário auto-aplicável *National College Health Risk Behavior Survey* validado neste estudo para utilização com jovens brasileiros. O Kappa obtido no processo de validação foi de 0,80 (0,77 a 0,82) na avaliação intra-examinador e 0,76 (0,73 a 0,78) na avaliação inter-examinadores, ambos classificados como bom. O questionário é composto por informações sócio-demográficas, além de abordar condutas de saúde como: uso do tabaco, comportamento alimentar, prática de atividade física, uso do álcool e outras drogas, comportamento sexual e prevenção de gravidez, assim como comportamento que possa resultar em injúrias não intencionais como acidente de trânsito e violências, incluindo suicídio. Observou-se que um menor percentual de estudantes ao final do curso de graduação informou morar com os pais ou responsáveis. As condutas de violência não apresentaram mudanças significativas assim como a maioria das condutas de segurança no trânsito, exceto dirigir ou andar com um motorista que consumiu bebida alcoólica aonde o percentual aumentou entre os estudantes ao final do curso. O consumo de álcool, tabaco e inalantes também aumentou entre estudantes ao final do curso. O uso de drogas ilícitas não apresentou mudanças significativas. O comportamento sexual demonstrou um aumento de atitudes inseguras para a saúde entre estudantes ao final do curso. As condutas relacionadas ao peso, alimentação e atividade física não mudaram significativamente entre o início e o final do curso. Desta forma, pode-se notar que as condutas de saúde em geral não apresentaram mudanças significativas nos jovens entre o início e o final do curso de graduação da área de saúde.

**Palavras-chave: Estudantes de Ciências da Saúde. Conduta de Saúde. Estilo de Vida. Fatores de Risco. Estudantes.**



## ABSTRACT

The present study assessed health-related behaviors of health students in the first and final semesters of the public universities of Pernambuco in order to discover whether any changes regarding them occurred during this period. The sample comprised 735 students, ages 18-28 years: 480 from the Federal University of Pernambuco and 255 from the State University of Pernambuco. The data collection was made by means of the Self-completed questionnaire National College Health Risk Behavior Survey, validated in this study for use with young Brazilians. Kappa value gotten in the validation process was 0,80 (0,77 the 0,82) in the evaluation intra-examiner and 0,76 (0,73 the 0,78) in the evaluation Inter-examiners, both classified as good. The questionnaire was to collect sociodemographic information, in addition to health behaviors such as: tobacco use, dietary behavior, physical activity, alcohol and other drug use, sexual behavior that may result in sexually transmitted diseases, and unintended pregnancies; furthermore data on behaviors that may result in unintentional injuries such as motor vehicle crashes and violence, including suicide were also collected. A decrease in the number of students living with their parents was found at the end of the course. The percentage of violent behaviors showed no significant difference as well as most of the percentage on traffic conducts, except driving or riding after having been drinking alcohol. The latter conduct registered a higher frequency at the end of the course. No significant difference as to frequency was found regarding drug use. A rise in the frequency of unsafe sexual behavior for health was found at the end of the course. Generally, between the start and end of the graduation course health behaviors among health students remained mostly unchanged.

**Keywords: Students, Health Occupations. Health Behavior. Life Style. Risk Factors. Students.**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Prevalência de tabagismo .....	<b>13</b>
<b>Quadro 2</b> - Consumo de maconha por gênero .....	<b>15</b>
<b>Quadro 3</b> - Consumo de drogas na vida .....	<b>16</b>
<b>Quadro 4</b> - Consumo de drogas nos 30 dias anteriores ao estudo .....	<b>17</b>
<b>Quadro 5</b> - Consumo de álcool .....	<b>20</b>
<b>Quadro 6</b> - Beber e dirigir nos 30 dias anteriores ao estudo .....	<b>22</b>
<b>Quadro 7</b> - Passageiro em veículo conduzido por indivíduo que bebeu .....	<b>23</b>
<b>Quadro 8</b> - Uso do cinto de segurança .....	<b>23</b>
<b>Quadro 9</b> - Tentativa de suicídio nos 12 meses anteriores ao estudo .....	<b>26</b>
<b>Quadro 10</b> - Relação sexual forçada .....	<b>27</b>
<b>Quadro 11</b> - Atividade física .....	<b>28</b>
<b>Quadro 12</b> – Obesidade .....	<b>31</b>
<b>Quadro 13</b> - Atividade sexual e uso do preservativo.....	<b>32</b>
<b>Quadro 14</b> - Condutas de saúde ente universitários da área de saúde .....	<b>33</b>
<b>Figura 1</b> - Fluxograma da validação do instrumento.....	<b>43</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b>	Distribuição dos estudantes por período e universidade .....	<b>39</b>
<b>Tabela 2 -</b>	Tamanho amostral determinado para os cursos de saúde da UFPE e da UPE .....	<b>41</b>
<b>Tabela 3 -</b>	Avaliação do grau de coincidência intra-examinador por blocos de perguntas .....	<b>48</b>
<b>Tabela 4 -</b>	Avaliação do grau de coincidência inter-examinadores por blocos de perguntas .....	<b>48</b>
<b>Tabela 5 -</b>	Representatividade da Amostra .....	<b>52</b>
<b>Tabela 6 -</b>	Distribuição dos estudantes por curso, período e universidade .....	<b>53</b>
<b>Tabela 7 -</b>	Dados sociodemográficos segundo o período .....	<b>54</b>
<b>Tabela 8 -</b>	Condutas relacionadas à violência e suicídio segundo período .....	<b>55</b>
<b>Tabela 9 -</b>	Condutas relacionadas à segurança no trânsito segundo período .....	<b>56</b>
<b>Tabela 10 -</b>	Consumo de tabaco e álcool segundo o período .....	<b>57</b>
<b>Tabela 11 -</b>	Consumo de maconha segundo período .....	<b>58</b>
<b>Tabela 12 -</b>	Consumo de drogas ilícitas na vida segundo o período .....	<b>59</b>
<b>Tabela 13 -</b>	Consumo de drogas ilícitas nos 30 dias anteriores ao estudo segundo o período .....	<b>60</b>
<b>Tabela 14 -</b>	Comportamento sexual segundo o período .....	<b>61</b>
<b>Tabela 15 -</b>	Avaliação do peso segundo o período .....	<b>63</b>
<b>Tabela 16 -</b>	Avaliação da alimentação segundo o período .....	<b>64</b>
<b>Tabela 17 -</b>	Estatística do peso, altura e IMC segundo o período .....	<b>65</b>
<b>Tabela 18 -</b>	Avaliação do IMC segundo o período .....	<b>65</b>
<b>Tabela 19 –</b>	Avaliação da atividade física nos 7 dias anteriores ao estudo segundo o período .....	<b>66</b>
<b>Tabela 20 -</b>	Avaliação das informações em saúde segundo o período .....	<b>66</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>2 REVISTA DA LITERATURA .....</b>	<b>04</b>
<b>2.1 CONDUTAS DE SAÚDE .....</b>	<b>05</b>
<b>2.2 TABACO .....</b>	<b>08</b>
<b>2.3 DROGAS ILÍCITAS .....</b>	<b>13</b>
<b>2.4 ÁLCOOL .....</b>	<b>17</b>
<b>2.5 SEGURANÇA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.6 VIOLÊNCIA .....</b>	<b>23</b>
<b>2.7 ATIVIDADE FÍSICA .....</b>	<b>27</b>
<b>2.8 PESO E ALIMENTAÇÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>2.9 COMPORTAMENTO SEXUAL .....</b>	<b>31</b>
<b>2.10 CONDUTAS DE SAÚDE ENTRE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE .....</b>	<b>33</b>
<b>3 HIPÓTESE .....</b>	<b>34</b>
<b>4 PROPOSIÇÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>37</b>
<b>5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>38</b>
<b>5.1 TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>39</b>
<b>5.2 POPULAÇÃO ALVO .....</b>	<b>39</b>
<b>5.3 AMOSTRA .....</b>	<b>40</b>
<b>5.4 COLETA DE DADOS .....</b>	<b>42</b>
<b>5.5 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO .....</b>	<b>42</b>
<b>5.5.1 Tradução reversa .....</b>	<b>44</b>
<b>5.5.2 Validação de face .....</b>	<b>44</b>
<b>5.5.3 Teste e re-teste .....</b>	<b>46</b>

<b>5.6 ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>50</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>7.1 QUESTÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>68</b>
<b>7.2 AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS .....</b>	<b>69</b>
<b>8 CONCLUSÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE B - Comportamentos de risco para saúde de universitários .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO A - Aprovação do comitê de ética .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO B - National college health risk behavior survey .....</b>	<b>98</b>

# **INTRODUÇÃO**

# 1 INTRODUÇÃO

Conduta de saúde é um tema que tem sido bastante debatido em todo o mundo, principalmente por sua relação com as doenças crônicas. A adoção de condutas saudáveis pode prevenir ou retardar doenças crônicas que são responsáveis por 60% de todas as mortes no mundo (OMS, 2005). Neste tema têm sido incluídos os seguintes tópicos de saúde: uso de álcool e tabaco, uso de drogas ilícitas, comportamento sexual desprotegido, alimentação pouco saudável, inatividade física e cuidados com o peso corporal.

O relatório da OMS (2005) intitulado “Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital” alertou para a necessidade de investimento mundial na prevenção destas doenças a fim de evitar que 36 milhões de pessoas até 2015 cheguem a óbito. A prevenção de doenças crônicas muito freqüentes como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, diabetes tipo 2 prematura e câncer pode ser feita através de uma alimentação saudável, atividade física regular e não uso do tabaco.

A saúde é um dos muitos fatores que têm estreita influência sobre a qualidade de vida, também dependente de condições adequadas de trabalho, alimentação, moradia, transporte, educação, lazer e saneamento (PEREIRA, 1995).

O CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) do Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos EUA tem um programa voltado para o monitoramento da saúde de jovens que acompanha 6 categorias de comportamentos de risco para a saúde através de dois questionários o YRBSS: (*Youth Risk Behavior Surveillance System*) e o NCHRBS (*National College Health Risk Behavior Survey*). Este programa vem atuando em três níveis nos EUA com abrangência nacional: a) com alunos de escolas secundárias; b) com jovens na faixa etária de 12 a 21 anos através de visitas domiciliares e c) com universitários.

O ambiente universitário geralmente é o lugar onde os jovens têm pela primeira vez total independência da supervisão dos pais. Nesta fase os indivíduos realmente tornam-se responsáveis por todos os seus comportamentos e tendem a questionar suas crenças e valores. É nesse período que os estudantes podem mudar seu estilo de vida

e passar a adotar condutas positivas ou negativas para saúde (ROZMUS et al., 2005). Quanto mais cedo os indivíduos adotarem condutas de saúde positivas, maiores serão as chances dessas condutas persistirem ao longo da vida adulta. Segundo Tamin et al. (2003) os comportamentos formados na segunda década de vida tem conseqüências duradouras para o indivíduo e para saúde pública em geral.

Portanto, é fundamental o monitoramento das condutas de saúde para que estratégias preventivas e/ou interceptativas sejam traçadas à tempo com foco nos temas com necessidades evidentes. Os estudantes de saúde, em especial, devem ser prioridade no monitoramento das condutas de saúde, pois além das condutas saudáveis serem importantes para o indivíduo, no caso de estudantes de saúde, também serão para a população em geral através de sua futura atividade profissional. Os universitários, devido ao seu nível educacional, são os futuros líderes de opinião social e formadores políticos. Esses jovens influenciarão as normas e valores da sociedade através de seus hábitos, suas opiniões e atitudes (LESLIE et al., 2001).

No Brasil, o Ministério da Saúde articula através da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) o monitoramento das condições de saúde do país em parceria com entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais. No entanto, existe uma lacuna no monitoramento de condutas de saúde da população universitária brasileira, especialmente aquela da área de saúde.

A presente pesquisa teve por objetivo investigar se houve mudanças nas condutas de saúde de universitários da área de saúde comparando jovens no início e no final do curso.



**REVISTA DA LITERATURA**

## 2 REVISTA DA LITERATURA

Este estudo foi desenvolvido através da análise documental da produção bibliográfica, obtida na base de dados Medline vinculada à biblioteca virtual BIREME (<http://www.bireme.br>), e na base de dados PubMed (<http://www.pubmed.org>). Nas buscas foram usados os descritores: estudantes de ciências da saúde, estudantes, conduta de saúde, estilo de vida e fatores de risco. Assim como as palavras que compõem o título do questionário utilizado neste estudo: National College Health Risk Behavior Survey e a sigla NCHRBS. Os critérios para inclusão dos artigos foram: idioma (inglês, espanhol ou português), presença do resumo e discorrer sobre condutas de saúde de jovens universitários. Os artigos restantes foram decorrentes de referências dos já citados artigos ou artigos relacionados.

Na Medline foram encontradas 60 referências usando os descritores já citados, mas só foram selecionados 18 artigos. Quando os descritores foram utilizados como palavras foram encontradas 74 referências entre as quais foram selecionados 25 artigos. Na Pubmed foram encontradas 99 referências utilizando as palavras dos descritores e foram selecionados 26 artigos. A maioria das referências encontradas e selecionadas na busca através de palavras se repetiu na busca feita com os descritores.

### 2.1 CONDUTAS DE SAÚDE

As condutas de saúde estabelecidas durante a adolescência e a juventude podem ter um impacto significativo nas condutas de saúde e na ocorrência de doenças futuras (VON AH et al., 2004).

O questionário do *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS) desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) foi aplicado inicialmente em 1995 com 8.810 universitários americanos dos quais 4838

responderam completamente as questões. A partir daí, vários estudos têm utilizado seus dados para fazerem diferentes análises (DOUGLAS et al. 1997; JOHNSON et al., 1998; EVERETT et al. 1999; JONES et al., 2001). Douglas et al. (1997) mostraram que os estudantes estavam envolvidos em muitos riscos para saúde, confirmando a importância do monitoramento de tais comportamentos de risco para saúde dos jovens.

Stephoe e Wardle (2001) investigaram a influência de vários fatores sobre as condutas de saúde de universitários europeus do Leste e do Ocidente. Entre os fatores investigados estiveram: o valor dado à saúde, os conhecimentos em saúde, a tendência à depressão e a percepção dos fatores que controlam a saúde (internos ou externos), este último através do *Health Locus of Control*. Os dados foram coletados entre 1989-1991 através de um estudo transversal com 4170 estudantes universitários originários da Áustria, Bélgica, República Federativa da Alemanha (Alemanha Ocidental), Holanda e Suíça, e de 2.293 estudantes da República Democrática da Alemanha (Alemanha Oriental), Hungria e Polônia. Observou-se que os estudantes europeus do leste tiveram um estilo de vida menos saudável do que Europeus ocidentais, demonstrando menor consciência dos fatores de risco para doença cardiovascular, maior tendência à depressão e à sensação de pouco apoio social. Curiosamente estes estudantes deram um valor mais elevado para a saúde do que os estudantes ocidentais. A percepção do controle da saúde por fatores internos (individuais) ou externos (ambientais) não diferiu de acordo com as regiões. Os autores concluíram que a pobre condição de saúde da Europa Oriental pode estar associada aos resultados encontrados de: (a) estilo de vida pouco saudável associado com a falta de informação sobre comportamento e saúde, (b) a crença na influência de fatores externos como principal agente sobre a saúde, e (c) a tendência à depressão.

Clément et al. (2002) realizaram no Canadá um estudo longitudinal por 3 anos comparando as condutas de saúde entre universitários de enfermagem e de pedagogia. Os resultados foram ainda comparados aos obtidos pelo governo do Canadá com jovens da população em geral na mesma faixa etária. Observou-se que as condutas de saúde dos universitários foram mais saudáveis do que aquelas da população em geral, apesar de algumas condutas dos estudantes ainda merecerem atenção como, por exemplo, sono, atividade física e uso do cinto de segurança. Os autores relacionaram

as condutas positivas de saúde entre universitários à escolaridade destes e à ênfase na promoção de saúde dada pelo governo canadense.

Stephoe et al. (2002) avaliaram as mudanças sobre condutas de saúde entre dois estudos transversais que ocorreram com dez anos de diferença (1990-2000). A pesquisa foi realizada com estudantes universitários da Bélgica, Inglaterra, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Itália, Holanda, Polônia, Portugal, e Espanha. Em 1990 obtiveram-se os dados de 4701 universitários do gênero masculino e de 5729 universitárias do gênero feminino; e em 2000, 4604 universitários e 5732 universitárias. Verificou-se que a prevalência do tabagismo aumentou, o consumo de frutas diminuiu e a prática de atividade física demonstrou um leve aumento, de forma coerente com as mudanças ocorridas nas opiniões dos estudantes em relação à influência destas condutas sobre a saúde. Os autores concluíram que as alterações ocorridas nos comportamentos de saúde, na consciência de fatores de risco e nas opiniões sobre a saúde e não foram direcionadas para um estilo de vida mais saudável.

Aslam et al. (2004) avaliaram comportamento de saúde e percepção de estudantes de medicina sobre doenças cardiovasculares. A pesquisa foi realizada no Paquistão com 203 estudantes de medicina de uma faculdade privada. Os resultados mostraram que 8% dos estudantes eram fumantes, 9% apresentavam sobrepeso, 33% tinham história familiar de doença coronária, 32% regulavam dieta rica em gordura, 28% praticavam exercício regularmente. Com respeito ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares futuras, 62% apresentaram risco, mas só 54% destes adotaram práticas preventivas. Os estudantes informaram que a razão para o comportamento de risco deles foi não necessitar de prevenção na idade deles (38,3%). Os autores concluíram que houve uma alta prevalência de história familiar de doença arterial coronária, dieta rica em gordura, falta de atividade física e falta de consciência sobre a influência dos comportamentos de risco sobre a saúde.

Na Turquia, Oksuz e Malhan (2005) investigaram a influência de fatores socioeconômicos sobre comportamentos de risco para saúde de universitários (650) da capital, Ancara. Os resultados mostraram que os comportamentos de risco para saúde estavam relacionados, na maioria das vezes, ao baixo status socioeconômico, exceto o uso do álcool que foi relacionado ao alto status socioeconômico. As condutas entre os

estudantes com pais desempregados tenderam a ser menos favoráveis a saúde. Quanto aos estudantes masculinos, foi significativa a associação com um aumento em todos os comportamentos de risco. Dessa forma, os autores sugeriram haver uma relação entre variáveis socioeconômicas e comportamentos de risco para saúde entre pessoas jovens independentes ou pouco influenciadas pelos valores culturais.

## **2.2 TABACO**

Na Europa, Steptoe et al. (2002), já citados anteriormente, compararam dois estudos transversais que ocorreram em 1990 e em 2000 entre universitários de 13 países. Foi observado um aumento da prevalência do tabagismo entre os estudantes de ambos os gêneros. Entre os universitários do gênero masculino a prevalência aumentou de 30% para 35% e entre as universitárias o aumento foi de 28% para 33%.

Em São Paulo, Kerr-Corrêa et al. (1999) encontraram que 2/3 dos estudantes de medicina fumaram tabaco pela primeira vez após o início do curso médico. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2004) a prevalência de fumantes foi maior na maioria das capitais entre jovens com mais 25 anos quando comparados aos jovens na faixa etária de 15-24 anos. Em Recife, a prevalência de tabagismo foi de 8,1% entre adolescentes na faixa etária mais jovem (15-24 anos) e 20,5% entre os jovens com mais de 25 anos. Neste inquérito o Ministério da saúde concluiu que a facilidade de acesso a cigarros, como por exemplo, através de preços baixos, fazem com que adolescentes se iniciem no caminho do tabagismo. Por isso foi sugerido a necessidade de implementação de medidas que possam reverter essas tendências como, por exemplo: aumento do preço dos produtos de tabaco e controle de venda a menores.

Feitosa (2005) investigou o consumo de tabaco na cidade do Recife entre adolescentes do ensino fundamental (824), do ensino médio (654) e das universidades públicas (694) assim como a atuação do dentista diante do tabagismo. A experiência com o tabaco foi maior entre estudantes universitários (40,6%), no entanto o consumo regular foi mais prevalente entre estudantes do ensino médio de escola pública (12,3%)

do que entre os universitários (7,8%). A influência de amigos para o tabagismo foi notória entre universitários, pois 82,3% destes estudantes informaram ter amigos fumantes. Apesar da maioria dos participantes (84,3%) ter afirmado que visitou o dentista no ano anterior ao estudo, apenas um pequeno percentual de estudantes (12,9%) informou que o dentista perguntou sobre o tabagismo ou informou sobre o efeito nocivo do cigarro (15,7%). A autora concluiu que a prevalência encontrada do tabagismo foi baixa, a chance de um adolescente experimentar cigarro se tornou maior com o aumento da idade e a maioria dos dentistas não abordou seus pacientes adolescentes sobre o tabagismo nem sobre os malefícios do cigarro.

Na Turquia, os universitários aumentaram o consumo do cigarro entre o primeiro e o quarto ano da graduação. Houve também entre estes estudantes uma associação negativa das condutas de saúde com o nível de educação e o status de emprego dos pais. Entre os estudantes filhos de pais desempregados, 66,7% fumavam cigarro, comparados a 45,9% entre aqueles cujos pais estavam empregados. Então, o tabaco neste levantamento esteve relacionado ao final da graduação e ao status de emprego do pai (OKSUZ e MALHAN, 2005).

Everett et al. (1999) realizaram uma análise dos dados encontrados em 1995 através do NCHRBS a fim de explorar a associação entre história do fumo e padrão de fumo. Os autores verificaram que a maioria dos estudantes (70,2%) já tinha experimentado tabaco. Dois terços (63,8%) dos estudantes tiveram sua primeira experiência com o tabaco entre 15 e 18 anos sendo que quase 1 em 5 (19%) estudantes começou a fumar diariamente com 19 anos ou mais, ou seja, já na universidade. Os autores concluíram que muitos estudantes começaram a fumar na universidade embora a primeira experiência com o fumo e o progresso para o fumo diário ocorram principalmente durante o ensino médio.

No estudo de Prant-Marin et al. (1994) foi investigada a prevalência do tabagismo em estudantes de ciências da saúde da Universidade de Barcelona. O estudo foi realizado entre 1988 e 1989 com 400 universitários de medicina, farmácia, odontologia, psicologia e enfermagem. Os resultados demonstraram uma prevalência de tabagismo considerada intermediária para os parâmetros espanhóis que estão entre 71% e 67% segundo estudos revisados pelos autores. Entre os acadêmicos

participantes 29,8% eram fumantes habituais, 11%, fumantes ocasionais e 40,8% fumantes na época do estudo. Em relação aos cursos, enfermagem chamou mais atenção, pois apresentou uma prevalência (58,6%) bastante elevada superando àquelas encontradas em outros estudos. Os autores concluíram de maneira otimista considerando que apesar da prevalência encontrada de tabagismo ainda está alta, ela vem diminuindo. Para os autores isto possivelmente se deve às sucessivas campanhas antitabagistas realizadas nos últimos anos na Espanha.

Tamim et al. (2003) investigaram a prevalência de fumo (cigarros e/ou narghile) entre universitários do Líbano. A amostra foi de 1964 estudantes de universidades públicas e privadas em Beirute. Verificou-se uma prevalência para o fumo de 40% (21% fumavam só narghile, 7,6% fumavam só cigarro e 11,3% fumavam cigarros e narghile). Os autores concluíram que a prevalência encontrada foi bastante alta mesmo quando comparada com os estudos realizados nos países vizinhos.

Patterson et al. (2004) revisaram pesquisas disponíveis sobre a prática do tabagismo entre universitários. Os estudos mostravam que estudantes fumantes do gênero masculino associaram o fumo a virilidade e a redução da ansiedade, enquanto as estudantes associaram o fumo ao controle do peso. Apesar disso, ainda houve uma grande proporção de estudantes universitários que tentou parar de fumar sendo que só uma minoria obteve sucesso. Os estudos em geral analisados neste trabalho foram de seção transversal, descritivos, ou ambos. Assim, as conclusões a respeito dos fatores para o início, a manutenção, e a cessação da prática de fumar não puderam ser feitas. Os autores sugeriram que os estudos futuros utilizem os desenhos longitudinais para identificar os determinantes psicológicos e sócio-demográficos de fumantes entre universitários que deverão embasar o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção na prática de fumo pela população acadêmica.

Pierce e Gilpin (1996) investigaram a duração do tabagismo entre indivíduos que iniciaram o vício na adolescência. O instrumento de coleta de dados foi o questionário *National Health Interview Surveys*. A amostra foi composta por 460254 jovens, resultante de 15 levantamentos realizados entre 1965 e 1988. Observou-se que a média de idade para o início do fumo foi entre 16 e 17 anos com uma expectativa mínima de duração de 16 anos para os estudantes do gênero masculino e 20 anos para

as estudantes. Os resultados mostraram que o fumo foi um vício de longo prazo entre os adolescentes. Por isso os autores sugeriram que esforços para prevenir a experimentação do fumo devem ter prioridade apesar de também ser necessários programas para ajudar na interrupção do vício.

Menezes et al. (2001) investigaram a tendência temporal do tabagismo entre estudantes de medicina nos últimos dez anos comparando três levantamentos. A coleta de dados foi realizada de maneira semelhante na Faculdade de Medicina da Federal de Pelotas em 1996 (449 estudantes), em 1991 (470 estudantes) e em 1986 (426 estudantes) através de um mesmo questionário e com uma amostra de mais de 90% de representatividade. Foi observado que a prevalência do tabagismo em 1996 foi 11,6% enquanto que em 1991 foi 14,9% e em 1986, 21,6%, mostrando uma diminuição nos três anos estudados. Quanto à idade de início do fumo, a grande maioria iniciou o vício dos 15 aos 19 anos (média de 17,7 anos) enquanto a idade de abandono foi em média aos 20,7 anos. Também foi verificado que houve uma maior prevalência de tabagismo conforme o ano cursado revelando a pouca influência da faculdade no comportamento dos alunos quanto ao vício de fumar. Quase dois terços (60%) dos alunos afirmaram que o tabagismo como tema de ensino não foi valorizado dentro do curso de medicina, e ainda 44% dos alunos responderam que o fumo entre os professores estimulou o vício de fumar nos estudantes. Os autores concluíram que apesar da tendência decrescente das prevalências de tabagismo de 1986 para 1996, de 1991 para 1996 a redução não foi tão significativa.

Na China, Zhu et al. (2004) realizaram um estudo comparativo entre estudantes de medicina e universitários que não eram de medicina para investigar se a educação médica teve algum efeito preventivo contra o tabagismo. A amostra foi de 1896 estudantes sendo 980 de medicina e 916 universitários de outro curso. Observou-se que os estudantes de medicina foram mais propensos a ser fumantes ocasionais do que os estudantes das outras áreas. Em relação ao gênero, foram vistas diferenças significantes. O aumento da prevalência de fumantes na época do estudo entre os estudantes do gênero masculino foi associado à idade e ao maior tempo na universidade. A prevalência de fumo no primeiro ano foi de 27,1% entre os estudantes do gênero masculino aumentando para 46,0%, 54,5% e 49,4% no segundo, terceiro e



quarto ano, respectivamente. Enquanto entre as universitárias a prevalência foi bem menor e o aumento não foi significativo. Na China culturalmente os homens adultos são fumantes e o tabagismo é uma forma de interação social, porém entre as mulheres não ocorre da mesma forma. Os resultados deste estudo confirmaram o padrão cultural chinês através dos altos percentuais sobre condutas relacionadas ao cigarro encontrados entre os estudantes do gênero masculino e dos baixos entre as estudantes. Em relação à decisão de fumar dos universitários, o padrão cultural apresentou uma influência mais forte do que a educação médica, pois a prevalência de fumantes aumentou tanto entre os estudantes de medicina quanto entre os estudantes de outra área. No entanto, os autores concluíram que a educação médica parece ter modificado a quantidade de cigarros consumidos, já que os estudantes de medicina apresentaram uma tendência maior de ser fumantes ocasionais e os estudantes não-médicos tenderam a ser fumantes diários.

Nagy et al. (2004) investigaram o consumo do tabaco entre 412 estudantes sendo 111 estudantes de medicina, 138 estudantes de outra área e 114 residentes de medicina. Observou-se que o fumo entre os universitários do gênero masculino foi maior, exceto entre os residentes onde ocorreu o inverso. Em relação à idade do início do fumo, mais da metade dos estudantes de medicina começaram a fumar após entrar na universidade. Os autores concluíram que o alto índice de consumo de tabaco entre universitários de saúde não diferiram dos universitários de outras áreas.

Lucas et al. (2006) descreveram o uso do tabaco entre universitários da área de saúde através da aplicação de um questionário. A amostra foi composta por 521 estudantes de Farmácia, Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Observou-se que um terço dos estudantes em geral já consumiram tabaco. O consumo do tabaco foi maior entre os estudantes de nível sócio-econômico mais baixo e na faixa etária entre 16 e 18 anos. Em relação ao gênero, este consumo foi maior entre estudantes do gênero masculino (39,67%) do que entre as estudantes (25,82%). Apesar da maioria dos estudantes ter informado que o tabaco faz muito mal à saúde, o percentual de uso foi alto. Os autores concluíram que o perfil de consumo de drogas pelos universitários do Amazonas foi semelhante ao de outras regiões do Brasil

assim como a opinião sobre as drogas sugerindo o pequeno impacto de abordagem do tema nos currículos acadêmicos atuais.

Algumas prevalências do tabagismo estão apresentadas no Quadro 1.

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Tabagismo (%)
Prant-Marin et al., 1994	Espanha	1988-1989	400	Universitários de saúde	40,8
Clément et al., 2002	Canadá	1994	145	Universitários de enfermagem e de pedagogia	10
Kerr-Correa et al., 1999	Brasil	1994-1995	421	Universitários de medicina paulistas	7*
Zhu et al., 2004	China	1994-1995	980	Universitários de medicina	26,8
Douglas et al., 1997	EUA	1995	4609	Universitários	29,0
Menezes et al., 2001	Brasil	1996	449	Universitários de medicina	11,6
Vaez & Laflamme, 2003	Suécia	1998	2173	Universitários do primeiro ano	23,8
Tamim et al., 2003	Líbano	1998-1999	1964	Universitários	7,6
Von Ah et al., 2004	EUA	2001	161	Universitários	54,7**
Marcopito et al., 2005	Brasil	2001-2002	696	Jovens do gênero masculino na faixa etária 15 a 29 anos	19,4
Oksuz e Malhan, 2005	Turquia	2003	90	Universitários do quarto ano de graduação	57,8
Nagy et al., 2004	Hungria	2004	111	Universitários de medicina e odontologia	34
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural	12
Feitosa, 2005	Brasil	2005	694	Universitários	7,8

**Quadro 1 - Prevalência de tabagismo**

\*Este estudo foi realizado em mais oito escolas médicas paulistas tendo uma amostra total de 3725

\*\*Esta prevalência corresponde ao uso do cigarro na vida.

## 2.3 DROGAS ILÍCITAS

Kerr-Corrêa et al. (1999) investigaram a prevalência do uso de drogas entre estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp comparando com outras oito escolas médicas paulistas. A amostra foi composta por 3725 estudantes do 1º. ao 6º. ano de graduação de nove faculdades paulistas de medicina. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa entre as escolas quanto ao padrão do uso de drogas e álcool mesmo com o aumento das mesmas nos últimos anos do curso. Os estudantes informaram que a primeira experiência com drogas foi influenciada por

amigos. Nos 30 dias anteriores ao estudo, a prevalência do uso de drogas variou de 0,5% a 8% entre várias drogas como cocaína, anfetamina, benzodiazepínico, maconha e inalantes. Em relação ao gênero, não foram encontradas diferenças significativas, porém as estudantes apresentaram um início precoce e uso mais freqüente de tranqüilizantes. A maconha foi usada pelas estudantes antes delas entrarem na faculdade, mas com os inalantes ocorreu o inverso, os estudantes do gênero masculino usaram mais que as estudantes (50% gênero masculino X 2% gênero feminino). Os autores concluíram que não houve diferenças significantes entre as prevalências encontradas nas faculdades estudadas.

Stempliuk et al. (2005) investigaram o consumo de drogas em dois levantamentos entre estudantes da Universidade de São Paulo (USP). A amostra foi composta por 2560 estudantes em 1996 e 2848 estudantes em 2001. No segundo levantamento (2001) observou-se que, um terço dos estudantes consumiram drogas ilícitas pela primeira vez com amigos ou parceiros e o fizeram por curiosidade ou brincadeira. Ainda sobre o levantamento de 2001, a maconha foi a droga mais aprovada entre os estudantes da USP e foi a droga ilícita mais consumida (40%) entre eles. Comparando-se os levantamentos de 1996 e 2001, os autores observaram que o consumo de drogas de maneira geral aumentou significativamente em 2001.

Douglas et al. (1997) analisaram os dados coletados pelo CDC em 1995 entre os universitários americanos. Foi observado que ser usuário de maconha foi mais freqüente entre estudantes na faixa etária de 18 a 24 anos e entre estudantes do gênero masculino. Em relação à cocaína, uso na vida foi mais freqüente na faixa etária de 25 anos ou mais sem diferenças entre os gêneros.

O'Malley e Johnston (2002) analisaram os dados de cinco fontes diferentes de estudos entre universitários americanos: *Harvard School of Public Health College Alcohol Study (CAS)*, *Core Institute (CORE)*, *Monitoring the Future (MTF)*, *National College Health Risk Behavior Survey (NCHRBS)* e *National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA)*. Foi investigado o consumo de drogas ilícitas além do consumo de álcool que será comentado no tópico seguinte. Observou-se que a maconha foi a droga ilícita que apresentou maior prevalência de consumo. A cocaína esteve entre as mais consumidas, porém apresentou prevalência com tendência ao declínio. Comparando os

universitários com os pares não universitários, os primeiros apresentaram percentuais mais baixos de consumo de cocaína, maconha e cigarros enquanto o uso do álcool apresentou percentuais maiores.

No Amazonas, Lucas et al. (2006), já citados na abordagem sobre o tabagismo, investigaram o consumo de drogas “na vida” entre universitários de saúde (521) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Constatou-se que as drogas mais utilizadas foram as lícitas (álcool e tabaco) e estas também foram as primeiras drogas consumidas pelos jovens, na faixa etária entre os 16 e 18 anos. Entre as drogas ilegais mais consumidas, foram encontradas em ordem decrescente: inalantes, maconha, anfetaminas, cocaína e alucinógenos. As drogas ilegais foram experimentadas na faixa etária acima dos 18 anos, provavelmente após a entrada na universidade. A maconha, apesar de ilegal, foi consumida nas duas faixas etárias. Em relação à opinião dos estudantes, a maioria (83,9%) informou que as drogas ilegais “fazem muito mal à saúde” e o motivo para consumi-las segundo a maioria (72,9%) dos estudantes foi curiosidade. Então, apesar do acesso às informações científicas sobre drogas, os estudantes da área de saúde sofrem influência da mídia como a maioria da população.

Na Turquia, Oksuz e Malhan (2005) investigaram condutas de risco para a saúde entre universitários. Em relação ao uso de drogas, esta prevalência mostrou uma tendência a diminuir durante o período de graduação, passando de 11,5% no primeiro ano para 8,9% no quarto ano.

Os quadros 2, 3 e 4 apresentam as prevalências encontradas em alguns estudos sobre consumo de maconha por gênero, consumo de drogas na vida e o consumo de drogas nos 30 dias anteriores ao estudo, respectivamente.

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Uso de Maconha (%)	
					Masculino	Feminino
Douglas et al., 1997	EUA	1995	4609	Universitários	20,0	12,0
Kerr-Correa et al., 1999	Brasil	1994-1995	421	Universitários de medicina	11,2	5,5
Lucas et al., 2006	Brasil	2002-2004	521	Universitários da área de saúde **	16,9	5,3

**Quadro 2 - Consumo de maconha por gênero**

\*Este estudo foi realizado em mais oito escolas médicas paulistas tendo uma amostra total de 3725.

\*\* Medicina, Odontologia e Farmácia.

Autor/ano	País	Período do Levantamento	Amostra (n)	População alvo	Consumo de Drogas	
					Drogas	%
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de medicina	Maconha	17
Douglas et al., 1997	EUA	1995	4609	Universitários		48,7
Stempliuk et al., 2005	Brasil	2001	2837	Universitários		35,3
Lucas et al., 2006	Brasil	2002-2004	521	Universitários da área de saúde *		9,4
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural		48
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de medicina	Inalantes	30
Stempliuk et al., 2005	Brasil	2001	2837	Universitários		24,5
Lucas et al., 2006	Brasil	2002-2004	521	Universitários da área de saúde *		11,9
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural		14
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de medicina	Benzodiazepínicos	14
Stempliuk et al., 2005	Brasil	2001	2837	Universitários	Ecstasy	2,3
Lucas et al., 2006	Brasil	2002-2004	521	Universitários da área de saúde *	Anabolizantes	2,1
Lucas et al., 2006	Brasil	2002-2004	521	Universitários da área de saúde *	Alucinógenos	1,2
Stempliuk et al., 2005	Brasil	2001	2837	Universitários		11,4
Lucas et al., 2006	Brasil	2002-2004	521	Universitários da área de saúde *	Barbitúricos	0,8
Stempliuk et al., 2005	Brasil	2001	2837	Universitários		1,7
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de medicina	Cocaína	3
Douglas et al., 1997	EUA	1995	4609	Universitários		14,4
Lucas et al., 2006	Brasil	2002-2004	521	Universitários da área de saúde *		2,1
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural		9

**Quadro 3 - Consumo de drogas na vida**

\* Medicina, Odontologia e Farmácia.

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Consumo de Drogas	
					Drogas	%
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de medicina	Maconha	6
Douglas et al., 1997	EUA	1995	4609	Universitários		14,0
Stempliuk et al., 2005	Brasil	2001	2837	Universitários		16,9
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural		14
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de medicina	Inalante	8
Stempliuk et al., 2005	Brasil	2001	2837	Universitários		6,5
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural		3
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de medicina	Benzodiazepínicos	3
Stempliuk et al., 2005	Brasil	2001	2837	Universitários	Ecstasy	0,8
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de medicina	Cocaína	0,5
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural		1

**Quadro 4 – Consumo de drogas nos 30 dias anteriores ao estudo**

## 2.4 ÁLCOOL

Lucas et al. (2006), já citados anteriormente descreveram o consumo de álcool entre universitários da área de saúde da UFAM. Observou-se que o consumo do álcool foi maior entre os estudantes de nível sócio-econômico mais elevado e na faixa etária de 16 a 18 anos. O uso na vida foi informado por elevado percentual dos estudantes (87,7%) apesar da maioria (92%) ter informado que estava consciente dos efeitos prejudiciais do álcool. A respeito da influência social para o consumo de álcool, o percentual foi maior entre estudantes que convivem com bebedores (90,18%) do que entre estudantes que não convivem (80,15%). As principais conseqüências associadas ao álcool foram relacionadas a condutas de violência como se envolver em brigas

físicas e em acidentes de trânsito. Os autores mostraram que o “uso na vida” do álcool pelos estudantes da UFAM foi semelhante aos estudantes de outras regiões do país, assim como a contraditória opinião de que as drogas são danosas à saúde. Dessa forma, notou-se a necessidade da ampliação no currículo da abordagem sobre álcool para que os profissionais de saúde sejam formados com uma maior capacidade de compreender o uso de drogas e atuar adequadamente na sua prevenção, diagnóstico e tratamento.

No estudo de O'Malley e Johnston (2002), já citado anteriormente, observou-se que o uso do álcool esteve muito alto entre universitários. Aproximadamente 2 em cada 5 estudantes beberam pesado (5 ou mais doses seguidas nas últimas duas semanas). Comparando os jovens universitários com jovens na mesma faixa etária que não estavam na universidade, o uso do álcool foi maior entre os estudantes. No entanto, entre estudantes do ensino médio aqueles que entrariam na universidade apresentaram um percentual menor de consumo pesado de álcool. Enfim, comparando os estudantes do ensino médio, os estudantes universitários e os jovens não universitários o consumo do álcool foi maior entre os universitários. Os autores concluíram que apesar de ter melhorado nos últimos 20 anos, as universidades precisam fazer mais para reduzir o uso de álcool entre estudantes.

No estudo de Oksuz e Malhan (2005) na Turquia, o consumo do álcool entre os universitários se manteve aproximadamente constante do início ao final da graduação com um percentual de mais de 70%. Os autores também investigaram a relação entre consumo de álcool e escolaridade das mães. A escolaridade da mãe neste estudo foi um fator de risco. As estudantes que as mães tinham feito o ensino médio apresentaram um percentual maior de consumo de álcool (81,9%) em relação às estudantes que as mães não tinham feito ensino médio (68%).

Na Hungria, Nagy et al. (2004) investigaram o consumo de álcool entre estudantes de medicina e odontologia (111), universitários que não eram da área de saúde (138) e residentes em medicina (114). Observou-se que um alto percentual (77,7%) de universitários era consumidor de álcool, porém aproximadamente metade destes (38,8%) informaram que só consumiam álcool esporadicamente (1 ou 2 vezes no mês). O percentual de consumo de álcool foi levemente maior (80%) entre os

estudantes que não eram de saúde em relação aos universitários de saúde (78%), e aos residentes de medicina (73%).

Jones et al. (2001) utilizaram os dados do NCHRBS de 1995 para analisar se houve relação entre o consumo de álcool até a embriaguez e o uso de outras drogas. Foi demonstrado que os estudantes que consumiram álcool até cair, informaram com mais frequência já ter usado cigarro, maconha, cocaína e outras drogas além de na época do estudo serem consumidores de tabaco e maconha. Entre estes bebedores, o risco de ser consumidor de tabaco, maconha, cocaína e outras drogas ilegais foi 4,9 vezes, 9,1 vezes, 15,4 vezes e 30,1 vezes, respectivamente maior do que entre estudantes não-consumidores de álcool até a embriaguez. Os autores concluíram que os estudantes que informaram consumir álcool até a embriaguez foram significativamente mais propensos a ter consumido no passado ou a ser consumidor de cigarros, maconha, cocaína e outras drogas ilícitas.

Weitzman e Nelson (2004) investigaram a relação do padrão de consumo de álcool e seus danos relacionados à necessidade de estratégias de prevenção. Foram utilizados os dados de quatro levantamentos da *Harvard School of Public Health College Alcohol Study (CAS)* conduzidos em 1993, 1997, 1999 e 2001. A amostra nos 4 levantamentos foi de 49163 universitários. Os resultados mostraram que os danos relacionados ao álcool aumentaram com a elevação do nível de consumo. Por exemplo, entre os estudantes que beberam de 1 a 2 doses, 13% fizeram sexo sem proteção, enquanto entre os estudantes que beberam de 5 a 6 doses esse percentual passou para 30%. Embora, exista a relação entre o maior consumo e o maior risco de dano, um pequeno percentual dos estudantes consumiu álcool em altos níveis, 12,5% entre 10 e 19 dias e 3% em 20 ou mais dias. Os autores chamaram esta situação de paradoxo da prevenção já que, apesar do maior consumo levar ao maior risco, a maioria dos danos ocorreu entre os bebedores de menores níveis de álcool, pois estes constituíam a maior parte da população de consumidores de álcool.

Vik et al. (2003) investigaram a redução de embriaguez alcoólica entre estudantes da Universidade Estadual de Idaho - EUA com história de embriaguez durante a escola secundária. A amostra foi composta por 249 estudantes sendo que apenas 91 apresentavam história de embriaguez na escola secundária sem nenhum



tratamento prévio para droga. Os resultados revelaram que 22% dos estudantes com história de embriaguez na adolescência reduziram o consumo de álcool ainda na faculdade sem tratamento. Os autores concluíram que os estudantes continuaram a consumir álcool até a embriaguez por razões pessoais influenciadas pelo seu contexto social.

A prevenção do consumo de álcool tem merecido atenção especial, pois esta é a droga mais freqüente entre estudantes e o seu uso excessivo provoca muito mais conseqüências entre jovens estudantes universitários do que o uso de outras drogas (STEMPLIUK et al, 2005).

Algumas prevalências de consumo de álcool estão apresentadas no Quadro 5.

<b>Autor/ano</b>	<b>País</b>	<b>Período do levantamento</b>	<b>Amostra (n)</b>	<b>População alvo</b>	<b>Consumo de Álcool (%)</b>
Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	1994-1995	3725	Universitários de Medicina	50
Clément et al., 2002	Canadá	1994	145	Universitários de enfermagem e de pedagogia	93
O'Malley e Johnston, 2002	EUA	91-93, 92-94,95,99	131448	Universitários	60-70
Vaez & Laflamme, 2003	Suécia	1998	2173	Universitários	94,2
Von Ah et al., 2004	EUA	2001	161	Universitários	65,8
Oksuz e Malhan, 2005	Turquia	2003	518	Universitários	76,8
Nagy et al., 2004*	Hungria	2004	111	Universitários de medicina e de odontologia	78
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural	68

**Quadro 5 - Consumo de álcool**

\* Este estudo também incluiu estudantes que não eram de saúde e residentes de medicina que não foram apresentados nesta tabela.

## 2.5 SEGURANÇA

Segundo o Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN (2002) 26,5% dos acidentes de trânsito fatais no Brasil ocorreram com jovens na faixa etária de 18 a 29 anos. Em Pernambuco esse percentual foi de 27,8%.

No Paraná, Andrade et al. (2003), investigaram a prevalência de comportamentos de risco no trânsito entre estudantes de medicina (n=309) da Universidade Estadual de Londrina (PR). Verificou-se um alto percentual destes comportamentos entre os estudantes, como: dirigir após ingerir álcool (35,8%), se envolver em acidentes de trânsito (62,7%), não usar cinto de segurança no banco traseiro (90%), entre outros. A maioria dos estudantes não respeitou o limite de velocidade, o semáforo, fez ultrapassagem perigosa e falou ao celular quando dirigia. Os autores concluíram que medidas urgentes devem ser implementadas para diminuir este grande número de comportamentos de risco no trânsito cometidos principalmente por universitários do gênero masculino.

Na Turquia, Oksuz e Malhan (2005) investigaram condutas relacionadas à segurança no trânsito entre outros comportamentos de risco para a saúde. A amostra foi composta por 650 universitários do primeiro ao quarto ano de graduação. As condutas de risco no trânsito em geral apresentaram uma tendência a diminuir, entre elas: dirigir sem cinto de segurança (de 55,7% para 42,2%), andar de moto sem capacete (de 24,1% para 20%) e dirigir após ingerir álcool (de 10,1% para 8,9%).

Nos Estados Unidos, Douglas et al. (1997) observaram vários comportamentos de risco para segurança no trânsito entre universitários americanos. Usar capacete nunca ou raramente ao andar de moto (34%), dirigir um veículo após ingerir bebida alcoólica (27,4%) e raramente ou nunca usar cinto de segurança quando dirige um veículo foram alguns dos comportamentos preocupantes adotados pelos estudantes. Os autores também observaram que a principal causa de morte entre os jovens na faixa etária de 15 a 24 anos foi acidente de automóvel, sendo o álcool responsável por quase metade de todos os acidentes fatais e traumas intencionais.

No Alabama (EUA), Von Ah et al. (2004) observaram que entre universitários o uso do cinto de segurança e o uso do capacete ao andar de bicicleta ou de moto apresentaram percentuais preocupantes. Um pouco mais da metade (51%) dos estudantes nunca usaram capacete e um quarto dos estudantes não usaram cinto de segurança ao viajar em um veículo.

No Amazonas, Lucas et al. (2006) observaram que dirigir alcoolizado e se envolver em acidente de trânsito foram as conseqüências mais comuns devido ao consumo de bebida alcoólica por universitários.

Everett et al. (1999) investigaram a relação entre o risco para acidentes de trânsito e o abuso de drogas. Os autores analisaram os dados coletados em 1995 através do NCHRBS. Os resultados mostraram que fumantes, consumidores pesados de álcool, usuários de maconha e usuários de drogas ilegais associados ao álcool foram significativamente mais propensos a dirigir após beber ou andar num veículo com um motorista que bebeu. Este estudantes também foram significativamente menos propensos a usar cinto de segurança enquanto motorista ou passageiro. Os autores concluíram que os estudantes que eram usuários tanto do álcool quanto de outras drogas estavam mais propensos a se envolver em acidentes de trânsito fatais. Por isso sugerem a integração da universidade com políticas públicas para desenvolvimento de estratégias como leis e programas educativos que podem reduzir a morbidade e mortalidade entre universitários.

Algumas prevalências sobre segurança no trânsito estão apresentadas nos quadros abaixo: 6, 7 e 8.

<b>Autor/ano</b>	<b>País</b>	<b>Período do levantamento</b>	<b>Amostra (n)</b>	<b>População alvo</b>	<b>Beber e Dirigir (%)</b>
Barrios et al., 2000	EUA	1995	2857	Universitários	27,8
Oksuz e Malhan, 2005	Turquia	2003	518	Universitários	12
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural	27
Andrade et al., 2003	Brasil	2000	290	Universitários de Medicina	35,8

**Quadro 6 – Beber e Dirigir nos 30 dias anteriores ao estudo**

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Beber e Dirigir (%)
Barrios et al., 2000	EUA	1995	2857	Universitários	38,9
Rozmus et al., 2005	EUA	2004	251	Universitários da Zona Rural	35*
Andrade et al., 2003	Brasil	2000	290	Universitários de Medicina	41

**Quadro 7 – Passageiro em veículo conduzido por indivíduo que bebeu**

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Uso do Cinto de segurança (%)
Clément et al., 2002	Canadá	1994	145	Universitários de enfermagem e de educação	93,1
Barrios et al., 2000	EUA	1995	2857	Universitários	88,9**
Andrade et al., 2003	Brasil	2000	290	Universitários de Medicina	79,3*
					6,5**
Von Ah et al., 2004	EUA	2001	161	Universitários	75***

**Quadro 8 - Uso do cinto de segurança**

\* No banco da frente

\*\* No banco traseiro

\*\*\* Quando viajavam num carro.

## 2.6 VIOLÊNCIA

Nos Estados Unidos, Douglas et al. (1997) encontraram entre universitários várias condutas de risco para saúde relacionadas à violência. Carregar uma arma (8%), se envolver em briga física (10,2%), já ter sido forçado à relação sexual (13,1%) e considerar seriamente a tentativa de suicídio (10,3%) mostraram percentuais que merecem um programa de intervenção para prevenir conseqüências mais graves à saúde de jovens.

Na Turquia, Oksuz e Malhan (2005) investigaram entre as condutas de risco para saúde algumas relacionadas à violência como tentativa de suicídio, envolvimento em briga física e carregar arma de fogo. A amostra foi composta por universitários do primeiro ao quarto ano de graduação. Observou-se uma tendência à diminuição entre as condutas de tentativa de suicídio e envolvimento em brigas físicas comparando o início e o final da graduação. O porte de armas de fogo foi observado com maior

freqüência entre jovens com menos tempo na universidade e num percentual bem maior entre os estudantes do gênero masculino do que entre as estudantes. Os autores concluíram que em geral as condutas de risco para a saúde mostraram resultados semelhantes àqueles encontrados em outros estudos.

Barrios et al. (2000) investigaram a relação entre idéia suicida e comportamentos de violência através dos dados do NCHRBS coletados em 1995. Os resultados mostraram que os estudantes que informaram idéia suicida foram mais propensos a carregar armas e se envolver em brigas físicas, dirigir após ter consumido álcool, assim como andar com um motorista que bebeu, e raramente ou nunca usar cinto de segurança. Apesar de ter ficado claro que as pessoas que informaram idéias suicidas se envolveram em comportamentos de risco como acidente de trânsito, consumo de bebida alcoólica e violência, os autores consideraram como limitação do estudo não poder identificar a relação temporal entre as idéias suicidas e os comportamentos de injúrias não intencionais.

Brener et al. (1999a) utilizaram os dados do NCHRBS coletados em 1995 para avaliar a prevalência da idéia suicida e sua relação com o abuso de drogas entre universitários. Os resultados mostraram que nos 30 dias anteriores a pesquisa, quase metade dos estudantes que tiveram idéias suicidas fumaram cigarros e beberam até a embriaguez, 25% usaram maconha, 6% usaram cocaína ou outra droga ilícita e 17% combinaram álcool e droga ilícita. Estes estudantes apresentaram um maior risco de usar tabaco, álcool e drogas ilegais. Os autores concluíram que houve clara associação entre uso de substância e idéias suicidas entre universitários.

Kisch et al. (2005) analisaram os dados coletados em 2000 através do *National College Health Assessment Survey* (NCHA) para investigar a relação entre a possibilidade de sentimentos ou comportamentos suicida e características sociodemográficas. A amostra foi composta por 15977 universitários americanos. Os resultados encontrados em 2000 através do NCHA foram comparados aos resultados encontrados em 1995 através do NCHRBS. Considerar seriamente a tentativa de suicídio apresentou resultados muito próximos, 9,5% entre os participantes do NCHA e 10% entre os participantes do NCHRB. Observaram-se fatores de risco e de proteção relacionados ao suicídio. Dificuldades de relacionamento foi um fator de risco assim

como, estar em uma relação abusiva emocionalmente que aumentou em 2,9 vezes a probabilidade de considerar o suicídio. O segundo maior fator de risco foi não ser heterossexual, pois as pessoas que informaram ser gays, lésbicas, transsexuais ou bissexuais apresentaram um risco 2,6 vezes maior de considerarem o suicídio. A obesidade também foi outro fator de risco, sugerindo que os problemas de auto-estima podem contribuir para o suicídio. Apesar dos estudantes que consideraram ou tentaram suicídio terem informado sintomas de depressão, nem todos aqueles que informaram estes sintomas consideraram suicídio. Como fator protetor, estar casado foi o principal. Os autores concluíram que apesar da universidade não ser um fator de risco para o comportamento suicida, muitos estudantes consideraram seriamente ou tentaram o suicídio. Por isso, apontaram a necessidade de investigar melhor os estudantes de risco e fornecer serviços para ajudá-los a prevenir este comportamento.

Brown et al. (2002) utilizaram os dados do NCHRBS de 1995 para avaliar a relação entre comportamento suicida e atividade física ou participação em esportes. Os resultados mostraram que a participação em esportes foi um fator protetor contra comportamento suicida, porém o nível de atividade física mostrou resultados diferentes para proteção ou para o risco de suicídio considerando diferenças de comportamento entre os gêneros. Enquanto as estudantes inativas apresentaram menor risco do que as estudantes praticantes de atividade moderada ou vigorosa, os estudantes do gênero masculino inativos apresentaram maior risco comparados aos praticantes de baixa atividade. Os autores concluíram que houve uma tendência das estudantes apresentarem relação entre atividade física e comportamento suicida.

Mohler-Kuo et al. (2004) investigaram a prevalência de violência sexual entre universitárias incluindo as que haviam consumido álcool ou outras drogas e estavam incapazes de consentir a relação sexual. Também foram investigados fatores de risco do ambiente universitário. Os autores utilizaram os dados coletados pelo *Harvard School Public Health College Alcohol Study*, conduzido em 1997, 1999 e 2001. A amostra foi composta por 23980 estudantes do gênero feminino. Os resultados mostraram que 1 em cada 20 (4,7%) estudantes informou ter sido violentada e 72% delas foram vítimas de violência enquanto estavam intoxicadas com álcool ou outras drogas. As participantes consideradas como alto risco para violência após intoxicação

foram estudantes com mais de 21 anos de idade, que moravam em residências de organizações não governamentais, que usavam drogas ilegais e que quando eram estudantes do ensino médio bebiam pesado. Os autores concluíram que um grande número de estudantes do gênero feminino sofreu violência sexual durante o período de graduação sendo o uso do álcool um fator central na maioria dos casos.

Brener et al. (1999b) utilizaram dados do NCHRBS coletados em 1995 e investigaram a relação entre violência sexual e comportamentos de risco para saúde entre estudantes do gênero feminino. Os resultados mostraram que as estudantes apresentaram um percentual 5 vezes maior de ter sido forçada a relação sexual do que os homens. Após as variáveis demográficas terem sido controladas, os resultados mostraram que as estudantes que já sofreram violência sexual foram mais propensas a informar comportamentos de risco para saúde. Os comportamentos de risco que aumentaram foram: se envolver em briga física com esposo ou namorado, dirigir após beber, considerar seriamente o suicídio, fumar cigarros, se envolver em episódios de bebida pesada, usar maconha, ter usado álcool ou drogas na última relação sexual, ter dois ou mais parceiros sexuais no momento do estudo e ter tido a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade. Os autores concluíram que a experiência de violência sexual esteve relacionada a comportamentos de risco para a saúde.

Os programas de prevenção do álcool nas universidades deverão incluir o tema sobre agressão sexual e trabalhar entre os estudantes do gênero masculino o conceito de violência e entre as estudantes as situações de risco (MOHLER-KUO et al., 2004).

Algumas prevalências de suicídio e relação sexual forçada foram apresentadas nos quadros 9 e 10, respectivamente.

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Suicídio (%)
Barrios et al., 2000	EUA	1995	2857	Universitários (18-24 anos)	1,7
Brener et al., 1999	EUA	1995	4609	Universitários	2,0
Kisch et al., 2005	EUA	2000	15977	Universitários	1,5

**Quadro 9 – Tentativa de suicídio nos 12 meses anteriores ao estudo**

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Relação Sexual Forçada (%)
Mohler-Kuo et al., 2004	EUA	1997, 1999 e 2001	23980	Universitários	1,9
Brener et al., 1999	EUA	1995	4609	Universitários	20,0*

**Quadro 10 - Relação sexual forçada**

\*Percentual para universitárias.

## 2.7 ATIVIDADE FÍSICA

Buckworth e Nigg (2004) investigaram a relação entre prática de atividade física, exercício e sedentarismo em 493 universitários. Os resultados mostraram que os estudantes mais velhos informaram usar mais computador enquanto os mais novos apresentaram índices mais altos em vários indicadores de atividades físicas. Dos comportamentos sedentários apenas dois foram associados de maneira negativa com o exercício e atividade física, que foram: usar computador relacionado aos estudantes do gênero masculino e assistir televisão relacionado as estudantes do gênero feminino. Dessa forma os autores concluíram que para reforçar e atuar sobre as características de atividade sedentária deve ser levado em consideração o gênero para o desenho de intervenções de promoção de exercícios apropriadas para cada grupo.

Johnson et al. (1998) investigaram a relação entre comportamentos de saúde e vários tipos de atividade física. A amostra foi composta por 576 universitários americanos. Observou-se que os jovens adultos mais ativos fisicamente apresentaram uma alimentação mais saudável. Entretanto, as outras condutas de saúde investigadas como: uso do tabaco, beber e dirigir e prática de relação sexual desprotegida não apresentaram relação com atividade física ou dieta. Os autores concluíram que a relação entre atividade física e dieta sugere que a mudança em uma conduta pode interferir na outra e dessa forma, as intervenções sobre estas condutas devem estar relacionadas.

Clément et al. (2002) acompanharam por 3 anos várias condutas de saúde entre elas a atividade física de universitários de enfermagem e de pedagogia. Observou-se que entre o primeiro e o terceiro ano de acompanhamento, os estudantes de enfermagem tenderam a diminuir a atividade física (de 81% para 67%) enquanto os



estudantes de pedagogia mantiveram os percentuais semelhantes (65% e 69%). Os autores concluíram que a diminuição da prática de atividade física entre os estudantes de enfermagem pode ser decorrente da falta de tempo na graduação.

As prevalências de atividade física entre estudantes universitários variaram na literatura revisada e estão apresentadas nos quadros 11 e 12.

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Atividade Física (%)
Clément et al., 2002	Canadá	1994	52	Universitários de enfermagem*	67,0
Lowry et al., 2000	EUA	1995	4609	Universitários	37,6***
Buckworth e Nigg, 2004	EUA	não informado	493	Universitários	53,2***
Wallace et al., 2000	EUA	1997	937	Universitários	31,1***
Vaez & Laflamme, 2003	Suécia	1998	2173	Universitários do primeiro ano de graduação	41,8**

**Quadro 11 - Atividade física**

\* Este estudo também investigou universitários de pedagogia.

\*\* Atividade física em 2 a 3 dias

\*\*\* Atividade física em 3 ou mais dias na semana anterior ao estudo.

## 2.8 PESO E ALIMENTAÇÃO

Considera-se a adolescência como um período de transição, no entanto os jovens adultos nem sempre são vistos também desta perspectiva. A faixa etária da adolescência tardia é aquela em que os jovens saem de casa, entram na universidade, iniciam uma família ou se deparam com outros fatores ambientais ou psicossociais que influenciam mudanças, em especial na conduta alimentar. Por isso, os jovens adultos devem ser considerados assim como os adolescentes, num período de importantes mudanças que devem ser monitoradas para um direcionamento para condutas saudáveis (BOREHAM et al., 2004).

Stephoe et al. (2002) investigaram condutas de saúde entre universitários de 13 países europeus. Em relação à alimentação, observou-se que o consumo de frutas por universitários diminuiu com diferenças entre os gêneros. Menos da metade (49%) dos estudantes do gênero masculino consumiram fruta em 1990 diminuindo ainda mais em

2000 para 42% dos estudantes deste gênero. Entre as estudantes, o consumo de frutas era bem mais elevado em 1990 (64%), no entanto a diminuição em 2000 foi bem maior do que a observada no gênero masculino, pois a queda foi de 10%. Quanto à ingestão de gordura, os resultados não variaram entre 1990 e 2000 mantendo-se para os estudantes do gênero masculino em torno dos 20% e entre as estudantes em torno dos 40%.

Nos Estados Unidos, Douglas et al. (1997) no levantamento realizado através do NCHRBS em 1995 observaram que o consumo de alimentos ricos em gordura foi bastante elevado (78,2%) entre universitários. Quanto à administração do peso, foi observada diferenças entre os gêneros. As estudantes do gênero feminino foram mais propensas a vomitar, tomar laxante e remédios para perder ou manter o peso e a não participar de atividades físicas vigorosas.

Lowry et al. (2000) investigaram associações entre administração do peso, atividade física e escolha alimentar através dos dados coletados em 1995 com o questionário NCHRBS. Observou-se que a maioria dos universitários americanos (78%) informou ter consumido uma dieta rica em gordura no dia anterior ao estudo. A avaliação do peso apresentou os maiores percentuais para “no peso certo” (46,2%) e estar “tentando perder peso” (46,4%), sendo que esta segunda avaliação foi mais prevalente entre as estudantes do gênero feminino (59,8%). A maioria dos estudantes (53,6%) informou controlar o peso através de exercícios e quase um terço (30,8%) informou fazer dieta sendo o controle da alimentação mais comum entre as estudantes (42,1%) do que entre os estudantes do gênero masculino (16,7%). Dessa forma, os autores sugeriram a implantação de programas que estimulem a administração do peso saudável através de atividade física e da escolha de alimentos benéficos para a saúde no ambiente universitário como parte de um plano de promoção de saúde para estudantes.

Vieira et al. (2002) traçaram um perfil dos adolescentes de uma universidade pública brasileira em relação ao comportamento alimentar e a prática de atividade física entre outras condutas. Participaram do estudo 185 estudantes recém-ingressos no primeiro ano da graduação, com idade entre 18 e 19 anos. Verificou-se após a entrada na universidade que 39,2% dos estudantes reduziram ou abandonaram a prática de

atividade física; 24,3% iniciaram ou aumentaram o consumo de álcool; 6,6% iniciaram ou aumentaram o consumo do tabaco. Em relação à alimentação, a maioria (60%) dos estudantes não tinha o hábito de realizar as três refeições consideradas principais; no entanto o consumo de hortaliças (72%) e de frutas (75,1%) foi bem maior do que o consumo de gorduras e doces (46,5%). Os autores concluíram que apesar dos estudantes terem informado preocupação com a saúde eles não assumiram em geral comportamentos efetivos neste aspecto.

Sakamaki et al. (2005) investigaram o conhecimento nutricional e os hábitos alimentares de universitários chineses comparando-os com outros estudantes da Ásia. Participaram do estudo 285 estudantes do norte da China e 255 estudantes do sul da China na faixa etária de 19 a 24 anos. Os resultados mostraram que a maioria (80,5%) dos estudantes tinha um IMC normal e 16,6% estavam com IMC muito baixo. Em relação aos hábitos alimentares, a maioria dos estudantes fazia três refeições por dia (79%) e comia vegetais e frutas duas vezes ao dia (80%). As estudantes apresentaram uma tendência maior de comer frutas assim como foram mais propensas a comer com amigos e familiares e a avaliar a quantidade de calorias dos alimentos ao comerem fora. As estudantes chinesas demonstraram maior desejo de ser magras (62%) do que os estudantes (47,4%). O consumo do tabaco e do álcool foi informado por poucos participantes. Os autores concluíram que a maioria dos estudantes apresentou IMC normal e hábito regular de ingestão de vegetais.

Fiates e Salles (2001) investigaram a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares em estudantes universitárias de nutrição (114) e de cursos desvinculados da área de saúde (107). A coleta de dados foi realizada na Universidade Federal de Santa Catarina através do questionário Eating Attitudes Test (EAT) que aborda comportamento alimentar e imagem corporal. Verificou-se que 22,17% das estudantes apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbio alimentar sendo o percentual das estudantes de nutrição maior (25,4%) em relação às estudantes de outras áreas (18,6%). O sobrepeso, por exemplo, só foi encontrado entre as estudantes de nutrição (2,6%). As autoras concluíram que o percentual encontrado para fatores de risco de distúrbio alimentar

pode ser considerado preocupante principalmente para as estudantes de nutrição que estão inseridas num ambiente mais favorável ao risco.

A universidade e o ambiente da faculdade representam uma última oportunidade para educação em saúde nutricional dos jovens estudantes da perspectiva do ensino formal. Por isso, a importância de estratégias voltadas para a orientação nutricional e administração do peso saudável (SAKAMAKI et al., 2005).

Algumas prevalências de obesidade estão apresentadas no Quadro 12.

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Obesidade (%)	
					Masculino	Feminino
Marcopito et al., 2005	Brasil	2001-2002	696	Jovens da população geral na faixa etária 15-29	5,9*	9,3*
Lowry et al., 2000	EUA	1995	4609	Universitários	10,7*	12,0*
Fausto et al., 2001	Brasil	1995	399	Universitários usuários do restaurante universitário	1,0*	
Sakamaki et al., 2005	China	2001-2002	512	Universitários	0,4*	

**Quadro 12 – Obesidade**

\*com base no IMC $\geq$ 30Kg/m<sup>2</sup>

## 2.9 COMPORTAMENTO SEXUAL

Nos Estados Unidos, Douglas et al. (1997) observaram que os universitários em geral adotaram comportamentos inseguros em relação à vida sexual curiosamente em maior percentual nas faixas etárias mais altas. Os resultados mostraram que a maioria (86,1%) das universitárias já teve relação sexual observando-se diferenças entre os gêneros. As estudantes foram mais propensas a já terem tido relação sexual enquanto os estudantes do gênero masculino foram mais propensos a ter várias parceiras durante a vida sexual deles. O percentual de estudantes com gravidezes indesejadas foi maior na faixa etária mais jovem, embora um maior percentual de estudantes nesta faixa etária tenha informado uso de métodos contraceptivos em geral. O uso do preservativo foi mais freqüente entre estudantes do gênero masculino e entre estudantes mais jovens.

No Brasil, Oppermann et al. (2002) investigaram o uso de contraceptivos, o conhecimento sobre prevenção de DSTs e fatores de risco associados, comparando estudantes das faculdades de Medicina, Odontologia e Educação Física da Universidade de Passo Fundo - RS. A amostra foi composta por 964 universitários, representando 88% dos alunos matriculados. Os resultados mostraram que os participantes estavam com a média de idade de  $21,7 \pm 3,1$  anos e que 91,7% dos participantes já tinham tido relação sexual. O início das relações sexuais teve a idade média de  $16,4 \pm 2,4$  anos. A respeito das DSTs, 7,2% dos participantes informaram já terem se infectado com alguma delas, sendo gonorréia e clamídia as mais freqüentes. Em relação aos participantes ativos sexualmente, quase metade (45,8%) dos estudantes informaram usar anticoncepcional oral. O preservativo foi informado por um terço dos estudantes, porém só 16,6% informaram usar sempre. A maioria dos participantes (92%) se considerou bem informada sobre DSTs e gravidez apesar do uso de preservativo demonstrado nos resultados ter sido baixo. Observou-se, ainda que no final da graduação o uso do preservativo foi mais inconstante. Os autores concluíram que apesar dos estudantes apresentarem conhecimento sobre o assunto não informaram estar se prevenindo corretamente. Por isso os autores sugeriram que fossem implementadas medidas de ensino que estimulem os universitários a mudanças de atitude.

No quadro 13 estão apresentadas algumas prevalências sobre atividade sexual e uso do preservativo.

Autor/ano	País	Período do levantamento	Amostra (n)	População alvo	Atividade Sexual (%)	Uso do Preservativo (%)
Von Ah et al., 2004	EUA	2001	161	Universitários	73,0	84,4
Douglas et al., 1997	EUA	1995	4609	Universitários	62,4	27,9
Opperman et al., 2002	Brasil	2000	964	Universitários	91,7	36,4

**Quadro 13 - Atividade sexual e uso do preservativo**

## 2.10 CONDUTAS DE SAÚDE ENTRE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE

Apresentamos abaixo o quadro 14 resumindo os estudos sobre condutas de saúde entre universitários de cursos de ciências da saúde.

Conduta	Autor/ano	País	Área	Prevalência (%)
Atividade Física	Clément et al., 2002	Canadá	Enfermagem	67,0
Tabagismo	Prant-Marín et al., 1994	Espanha	Medicina, Farmácia, Odontologia, Enfermagem, Psicologia	40,8
	Clément et al., 2002	Canadá	Enfermagem	10,0
	Kerr-Correa et al., 1999	Brasil/	Medicina	7,0
	Zhu et al., 2004	China	Medicina	26,8
	Menezes et al., 2001	Brasil	Medicina	11,6
	Nagy et al., 2004	Hungria	Medicina e Odontologia	34,0
	Lucas et al., 2006	Brasil	Medicina, Farmácia, Odontologia	30,7*
Consumo de Cocaína	Lucas et al., 2006	Brasil	Medicina, Farmácia, Odontologia	2,1*
	Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	Medicina	0,5
Consumo de Maconha	Lucas et al., 2006	Brasil	Medicina, Farmácia, Odontologia	9,4*
	Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	Medicina	6,0
Consumo de Álcool	Lucas et al., 2006	Brasil	Medicina, Farmácia, Odontologia	87,7*
	Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	Medicina	50,0
	Clément et al., 2002	Canadá	Enfermagem	93,0
	Nagy et al., 2004	Hungria	Medicina, Odontologia	78,0
Consumo de Inalante	Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	Medicina	8,0
Consumo de Benzodiazepínicos	Kerr-Corrêa et al., 1999	Brasil	Medicina	3,0
Beber e Dirigir	Andrade et al., 2003	Brasil	Medicina	35,8
Uso do cinto de segurança	Andrade et al., 2003	Brasil	Medicina	79,3**
				6,5***

**Quadro 14 – Condutas de saúde ente universitários da área de saúde**

\* Uso na vida

\*\* No banco da frente

\*\*\* No banco traseiro

**HIPÓTESE**

### **3 HIPÓTESE**

Universitários da área de saúde ao final do curso apresentam condutas mais saudáveis comparados àqueles no início do curso.



**PROPOSIÇÃO**

## **4 PROPOSIÇÃO**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar as condutas de saúde de estudantes da área de saúde de universidades públicas de Pernambuco no início e no final do curso, avaliando as mudanças ocorridas.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar a adoção de condutas de segurança pelos universitários pesquisados;
- Investigar a ocorrência de comportamentos que contribuam para violência como, porte de arma, envolvimento em brigas físicas, tentativa de suicídio e relação sexual forçada entre os universitários pesquisados;
- Investigar a ocorrência do consumo de drogas lícitas e ilícitas pelos estudantes pesquisados;
- Investigar a ocorrência da prática de relação sexual segura (uso de métodos contraceptivos e métodos para evitar DSTs) entre os universitários pesquisados;
- Investigar os hábitos alimentares entre os universitários pesquisados;
- Investigar a prática de atividade física entre os universitários pesquisados;
- Investigar mudanças nas condutas de saúde entre o início e o final da graduação.

## **PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

## 5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Transversal de natureza descritiva e analítica.

### 5.2 POPULAÇÃO ALVO

Participaram deste estudo universitários regularmente matriculados no início e no final dos cursos da área de saúde da UFPE e da UPE (Tabela 1). Foram considerados estudantes do início do curso aqueles matriculados no primeiro período e considerados estudantes do final do curso aqueles matriculados no último período com disciplinas teóricas. Este critério foi adotado para que todos os alunos pudessem responder ao questionário em sala de aula.

Tabela 1- Distribuição dos estudantes por período e universidade

Universidade/Curso	Período		Grupo Total
	Primeiro	Último Teórico	
<b>• UFPE</b>			
Fisioterapia	30	26	56
Nutrição	30	24	54
Odontologia	55	40	95
Medicina	72	64	136
Enfermagem	37	37	74
Educação Física	55	50	105
Fonoaudiologia	20	20	40
Farmácia	36	22	58
Terapia Ocupacional	15	18	33
<b>TOTAL</b>	<b>350</b>	<b>301</b>	<b>651</b>
<b>• UPE</b>			
Odontologia	45	49	94
Medicina	75	81	156
Enfermagem	60	62	122
Educação Física	30	30	60
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>222</b>	<b>432</b>

Foi utilizado como critério de inclusão a faixa etária. Dentre os alunos do primeiro período foram incluídos no estudo aqueles com idade entre 18 e 24 anos. Já dentre os alunos do último período teórico aqueles na faixa etária de 21 a 29 anos.

Segundo León (2004) a faixa etária da adolescência pode sofrer influências de aspectos como, contexto social e dimensão sociodemográfica. A faixa etária mais conhecida para adolescência compreende entre 12 e 18 anos; e para juventude aproximadamente entre 15 e 29 anos que pode ser dividida em 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 29 anos. Segundo a classificação da ASBRA (Associação Brasileira de Adolescência) adolescentes jovens são aqueles na faixa etária de 15 a 19 anos e os jovens adultos aqueles entre 20 e 24 anos. Segundo o ECA - Estatuto da Criança e Adolescente a faixa etária do adolescente está entre 12 e 18 anos e segundo a UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas a população jovem está entre 10 e 24 anos. Dessa forma farão parte do estudo os estudantes que estiverem nos grupos etários considerados na juventude por León (2004).

### 5.3 AMOSTRA

Para determinação do tamanho amostral em cada curso e nos períodos analisados foram considerados:

- Prevalência de 50,0%, valor este que maximiza o tamanho amostral;
- Margem de erro de 5,0%;
- Confiabilidade de que a margem de erro não seja ultrapassada;
- O número de alunos em cada período nas duas Universidades.

A forma de cálculo utilizada para obtenção do tamanho amostral para cada período está apresentada abaixo:

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

onde:

$n$  = Tamanho amostral;

$z$  = valor da curva normal relativa á confiabilidade (1,96);

$p_e$  = proporção esperada;

$e$  = erro de 5,0% (0,05);

$N$  = tamanho populacional (Número de alunos por período);

A amostra foi estratificada de acordo com o número de alunos por curso em cada universidade. As distribuições do número de alunos na população e na amostra estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Tamanho amostral determinado para os cursos de saúde da UFPE e da UPE

Universidade/Curso	Período			
	Primeiro População	Amostra	Último Teórico População	Amostra
<b>• UFPE</b>				
Educação Física	55	22	50	20
Enfermagem	37	15	37	15
Farmácia	36	15	22	9
Fisioterapia	30	12	26	10
Fonoaudiologia	20	9	20	8
Medicina	72	29	64	25
Nutrição	30	12	24	10
Odontologia	55	22	40	16
Terapia Ocupacional	15	7	18	7
<b>TOTAL</b>	<b>350</b>	<b>143</b>	<b>301</b>	<b>120</b>
<b>• UPE</b>				
Educação Física	30	12	30	12
Enfermagem	60	25	62	25
Medicina	75	31	81	33
Odontologia	45	18	49	20
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>86</b>	<b>222</b>	<b>90</b>

## 5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em sala de aula através da aplicação de um questionário individual auto-preenchível. O questionário adotado foi aplicado na disciplina que apresentou o maior número de alunos matriculados.

O instrumento de coleta de dados foi o questionário *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS) (ANEXO B) desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos EUA dirigido para jovens universitários composto por 96 questões. O questionário é composto por informações sócio-demográficas além de abordar condutas de saúde como: uso do tabaco, comportamento alimentar, prática de atividade física, uso do álcool e outras drogas, comportamento sexual e prevenção de gravidez e por fim comportamento que possa resultar em injúrias não intencionais como acidente de trânsito e violências incluindo suicídio.

O questionário já validado foi utilizado com os estudantes de ciências da saúde dos cursos da UPE e da UFPE do início e do final do curso para identificar mudanças nas suas condutas de saúde. O período da coleta de dados foi entre abril e agosto de 2006.

## 5.5 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

O processo de validação foi realizado em 5 etapas: (1) tradução; (2) retrotradução; (3) correção e adaptação semântica (transculturalização); (4) validação de face; (5) aplicação do instrumento com teste e reteste para avaliar a confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento (Figura1).

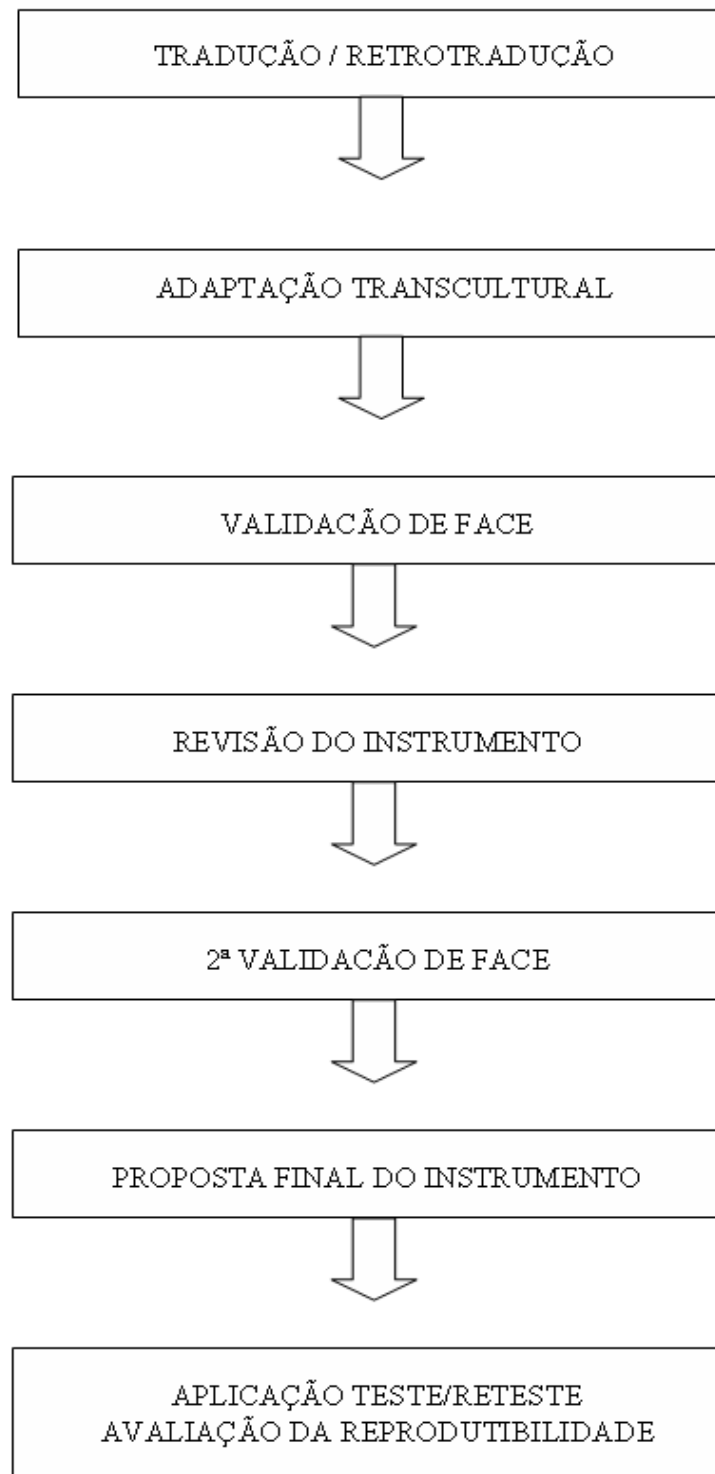


Figura 1- Fluxograma da validação do instrumento



Participaram das etapas do processo de validação 212 estudantes universitários na faixa etária entre 18 e 29 anos das universidades públicas de Pernambuco: UFPE e UPE dos cursos de Odontologia, Enfermagem e Educação Física.

### **5.5.1 Tradução reversa**

O instrumento “*National College Health Risk Behavior Survey- NCHRBS*” (ANEXO B) desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention- CDC*, foi submetido a tradução reversa: onde foi traduzido (etapa 1) e retrotraduzido (etapa 2) por dois profissionais com proficiência na língua inglesa. A língua materna de um era a portuguesa e a do outro era a inglesa. Não foi mantido qualquer contacto entre os profissionais durante a tradução, obtendo-se assim dois textos independentes. Os tradutores foram orientados a traduzir atentamente as interpretações divergentes de itens ambíguos do texto. Foi realizada revisão pelo orientador deste estudo e pelos tradutores do instrumento para ajustes da tradução e adaptação cultural (etapa 3). Então, após tradução, retrotradução e transculturalização foram retiradas sete questões do instrumento NCHRBS que inicialmente continha 96 questões. A versão em português do questionário foi denominada “Comportamentos de Risco para Saúde de Universitários”.

### **5.5.2 Validação de face**

A validação de face visa adequar o instrumento ao nível de entendimento dos universitários. Nessa fase o instrumento foi respondido por 18 estudantes universitários integrantes de um projeto de extensão para estudantes de saúde da Universidade de

Pernambuco. Muitas críticas foram feitas em relação ao número de questões do instrumento que apresentava então 89 perguntas. O questionário foi alterado para melhor clareza do vocabulário seguindo algumas sugestões dos estudantes e foi submetido à nova aplicação.

A segunda aplicação da validação de face foi realizada com 48 estudantes da UPE do primeiro e último semestre do curso de Odontologia. No primeiro período, 56% dos estudantes da turma e no último semestre, 44% dos estudantes aceitaram participar. A aplicação foi realizada em sala de aula e teve duração entre 20 e 25 minutos. Novamente, os estudantes fizeram críticas com relação ao número de questões, considerado excessivo. A aceitação para participar do estudo, respondendo ao questionário foi de 50% dos jovens. Observou-se uma resistência dos estudantes, que comentavam tratar-se de um questionário muito longo e cansativo. Assim foi realizada uma nova revisão do instrumento e 37 questões foram retiradas por terem obtido baixo índice de respostas pelos estudantes. Obteve-se, então, uma versão reduzida, embora todos os temas abordados na versão original tenham sido mantidos.

A primeira parte do instrumento que trata do perfil sociodemográfico foi reduzida de 14 para 6 questões. As questões sobre segurança foram reduzidas de 15 para 7 questões. Suicídio foi reduzido de 4 para 2; tabaco de 8 para 3; álcool de 3 para 2; cocaína de 10 para 7; e comportamento sexual de 15 para 8. O tópico sobre alimentação teve o número de questões reduzido de 7 para 4. Porém, nesse tópico as perguntas foram agrupadas, como por exemplo as questões 81 e 82, pois a primeira questão se referia ao número de vezes que o universitário havia comido frutas e a segunda, ao número de vezes que o universitário havia tomado suco de frutas. Assim, questionou-se em uma única pergunta quantas vezes o universitário havia comido frutas ou tomado suco de frutas. Na seção sobre atividade física as perguntas do tema foram reduzidas e depois agrupadas resultando em 1 pergunta. A última seção tratava de informações em saúde e foi reduzida de 3 para 1 pergunta. O tópico sobre maconha foi mantido com três questões assim como aquele sobre peso corporal foi mantido com 8 questões. Após as reduções e o acréscimo de duas perguntas o questionário passou de 96 para 52 questões (APÊNDICE B). Em relação às duas questões acrescentadas, uma, a respeito do uso do cinto de segurança, foi dividida em duas para que fosse

discriminado o uso do cinto no banco da frente ou no banco de trás do carro. A outra questão acrescentada foi na secção sóciodemográfica sobre a percepção que os estudantes têm da sua saúde geral que era uma questão integrante do questionário *National College Health Assessment – ACHA* desenvolvido pela *American College Health Association* em 2003.

A versão reduzida, então, foi aplicada com 68 estudantes dos primeiro e último período do curso de Odontologia da UFPE, matriculados no segundo semestre de 2005, para o fechamento da validação de face. No primeiro período, 76% dos estudantes e no último período, 66% dos estudantes aceitaram participar. Apesar da utilização de uma versão reduzida, ainda houve críticas com relação ao número de questões, porém com melhor aceitação e adesão dos universitários (mais de 60% da turma), com tempo de aplicação entre 10 e 15 minutos.

Essas aplicações, além de fazerem parte do processo de validação da versão em português do instrumento americano, foram muito importantes para o treinamento da pesquisadora.

### **5.5.3 Teste e re-teste**

A objetividade é um indicador de reprodutibilidade que se refere à administração do instrumento. Um teste objetivo é aquele que sofre pouca interferência do aplicador (BARROS e NAHAS, 2000). Para testar a objetividade do instrumento em questão foi realizada a aplicação do questionário por dois examinadores diferentes.

Já a reprodutibilidade é o fator que interfere na validade do teste (BARROS e NAHAS, 2000). Para o teste da reprodutibilidade, o questionário é aplicado e re-aplicado no mesmo grupo de indivíduos após um período de tempo verificando, dessa forma, a consistência das respostas obtidas. Este intervalo de tempo deve ser considerado como sugere Picon et al. (2005) nem tão curto que permita o viés de

aferição por lembrança das respostas do questionário e nem tão longo que leve a modificações nas respostas devido a alterações nas condutas de saúde.

A última fase do processo de validação foi realizada com estudantes de enfermagem, educação física e odontologia da UPE. Nessa fase o instrumento foi aplicado duas vezes. No teste inicial participaram 74 estudantes que identificaram seus questionários com as iniciais de seu nome para posterior comparação no re-teste. Após um período entre 10 e 19 dias, os mesmos participantes responderam novamente o questionário para verificação da reprodutibilidade e confiabilidade dos resultados.

No reteste 64 estudantes participaram, porém 6 colocaram iniciais diferentes daquelas do teste e por isso foram excluídos restando 58 participantes com as mesmas iniciais no teste e reteste, ou seja, 78,3% dos estudantes re-identificaram o questionário da mesma forma.

Em relação à reprodutibilidade e objetividade, os resultados estatísticos (Tabela 3 e 4) mostraram que a maioria dos blocos de perguntas apresentou um grau de coincidência intra-examinador e inter-examinador com Kappa bom e ótimo. Isso mostra que o teste para reprodutibilidade do instrumento foi aceitável para a maioria dos 11 temas abordados no questionário. Apenas dois blocos de perguntas na análise inter-examinadores apresentaram o Kappa fraco e moderado que abordavam os temas alimentação e informações em saúde, respectivamente. Na análise intra-examinadores estes dois tópicos apresentaram o Kappa moderado e bom, respectivamente. Ainda nesta segunda análise o tópico sobre atividade física mostrou um Kappa moderado. É provável que esse Kappa baixo (fraco e moderado) tenha ocorrido nos tópicos sobre alimentação e atividade física devido às questões desses blocos se referirem à alimentação do dia anterior e prática de atividade física nos últimos 7 dias. Dessa forma é possível que os estudantes no intervalo de 10 a 19 dias tenham se alimentado e se exercitado de maneira diferente por razões independentes desse estudo e por isso não venha a comprometer o resultado geral da validação.

Tabela 3 – Avaliação do grau de coincidência intra-examinador por blocos de perguntas

Temas	n	Concordância Observada	
		%	Kappa IC (95%)
• Segurança e violência (n = 174)	147	84,5	0,85 (0,79 a 0,92) <sup>(1)</sup>
• Suicídio (n = 50)	49	98,0	0,96 (0,88 a 1,00)
• Uso do Tabaco (n = 73)	71	97,3	0,95 (0,88 a 1,00)
• Consumo de bebida alcoólica (n = 49)	32	65,3	0,77 (0,67 a 0,87) <sup>(1)</sup>
• Consumo de Maconha (n = 75)	73	97,3	0,77 (0,49 a 1,00)
• Consumo de Cocaína e outras drogas (n = 175)	169	96,6	0,76 (0,59 a 0,93) <sup>(1)</sup>
• Comportamento Sexual (n = 350)	325	92,9	0,91 (0,87 a 0,95) <sup>(1)</sup>
• Peso Corporal (n = 124)	112	90,3	0,89 (0,83 a 0,95) <sup>(1)</sup>
• Alimentação (n = 100)	51	51,0	0,42 (0,29 a 0,56) <sup>(1)</sup>
• Atividade Física (n = 25)	10	40,0	0,55 (0,31 a 0,79) <sup>(1)</sup>
• Informação em Saúde (n = 250)	218	87,2	0,74 (0,66 a 0,83)
• Total das perguntas de todos os blocos (n = 1447)	1256	86,8	0,80 (0,77 a 0,82)

(1) – Kappa ponderado.

Tabela 4 – Avaliação do grau de coincidência inter-examinadores por blocos de perguntas

Temas	n	Concordância Observada	
		%	Kappa IC (95%)
• Segurança e violência (n = 245)	212	86,5	0,89 (0,85 a 0,93) <sup>(1)</sup>
• Suicídio (n = 70)	70	100,0	1,00 (1,00 a 1,00)
• Uso do Tabaco (n = 104)	99	95,2	0,90 (0,83 a 0,98)
• Consumo de bebida alcoólica (n = 70)	47	67,1	0,78 (0,69 a 0,88) <sup>(1)</sup>
• Consumo de Maconha (n = 105)	104	99,0	**
• Consumo de Cocaína e outras drogas (n = 245)	240	97,9	0,70 (0,39 a 1,00) <sup>(1)</sup>
• Comportamento Sexual (n = 448)	411	91,7	0,88 (0,83 a 0,93) <sup>(1)</sup>
• Peso Corporal (n = 175)	161	92,0	0,89 (0,83 a 0,95) <sup>(1)</sup>
• Alimentação (n = 139)	55	39,6	0,26 (0,14 a 0,39) <sup>(1)</sup>
• Atividade Física (n = 16)	16	45,7	**
• Informação em Saúde (n = 350)	275	78,6	0,56 (0,47 a 0,65)
• Total das perguntas de todos os blocos (n = 1986)	1690	85,1	0,76 (0,73 a 0,78)

(\*) – Não foi determinado devido à diferença no número de categorias entre as duas avaliações.

(1) – Kappa ponderado.

Apesar dos resultados positivos na validação do questionário, o processo apresentou algumas limitações. Para se obter veracidade nas respostas fornecidas pelos estudantes foi proporcionada privacidade e segurança no sigilo. No entanto, condutas de saúde como comportamento sexual e abuso de drogas podem ter constrangido ou intimidado os estudantes. Outra limitação foi decorrente da extensão do questionário que conteve em sua versão final 52 perguntas, o que fez alguns estudantes se recusarem a participar, e outros o fizeram rapidamente, aparentemente sem a concentração necessária. A necessidade da identificação dos participantes no questionário para a realização do re-teste, assim como a identificação no termo de consentimento livre e esclarecido também atuaram como inibidores no processo de coleta de dados. Para minimizar essa limitação, solicitou-se que os próprios jovens colocassem o questionário e o consentimento em envelopes pardos distintos, proporcionando maior sigilo. Apesar disso, alguns universitários responderam ao questionário, porém, não assinaram o termo de consentimento; e outros identificaram o questionário de forma que não foi possível identificar o re-teste.

No entanto, essas limitações são esperadas em pesquisas que avaliam comportamento envolvendo jovens, sendo possível minimizar as interferências de forma que não comprometa os resultados do estudo.

## **5.6 ANÁLISE DE DADOS**

Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial e os resultados estão apresentados em forma de texto e de tabelas.

Inicialmente foi realizada uma análise exploratória univariada para observar a distribuição de freqüências das variáveis estudadas. Para a análise de associação entre variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, quando as condições para a utilização do teste Qui-Quadrado não foram verificadas. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes para um valor de  $p < 0,05$ .

Os dados foram digitados através da planilha Excel e o “software” utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o Statistical Package for the Social Science (SPSS) na versão 13.0.

## **5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Foram incluídos na pesquisa os estudantes que após serem informados sobre o estudo concordaram livremente em participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob o no. 087/04 (ANEXO A).

## **RESULTADOS**



## 6 RESULTADOS

Participaram do estudo 735 estudantes, sendo 352 do início do curso e 383 estudantes do final do curso (Tabela 5 e 6). Os cursos da UFPE tiveram uma representatividade que variou de 53% a 100%, enquanto nos cursos da UPE a representatividade variou de 48% a 85,7%.

Tabela 5 – Representatividade da amostra

Universidade/Curso	População	Período				
		PRIMEIRO Amostra Requerida	Amostra Obtida	População	ÚLTIMO TEÓRICO Amostra Requerida	Amostra Obtida
<b>• UFPE</b>						
Educação Física	55	22	43	50	20	36
Enfermagem	37	15	29	37	15	24
Farmácia	36	15	20	22	9	17
Fisioterapia	30	12	15	26	10	23
Fonoaudiologia	20	9	17	20	8	15
Medicina	72	29	42	64	25	57
Nutrição	30	12	26	24	10	21
Odontologia	55	22	39	40	16	30
Terapia Ocupacional	15	7	11	18	7	15
<b>TOTAL</b>	<b>350</b>	<b>143</b>	<b>242</b>	<b>301</b>	<b>120</b>	<b>238</b>
<b>• UPE</b>						
Educação Física	30	12	13	30	12	20
Enfermagem	60	25	40	62	25	40
Medicina	75	31	24	81	33	43
Odontologia	45	18	33	49	20	42
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>86</b>	<b>110</b>	<b>222</b>	<b>90</b>	<b>145</b>

Tabela 6 – Distribuição dos estudantes por curso, período e universidade.

Universidade/Curso	Período				Grupo Total	
	Primeiro		Último Teórico			
	n	%	n	%	n	%
<b>• UFPE</b>						
Fisioterapia	15	6,2	23	9,7	38	7,9
Nutrição	26	10,7	21	8,8	47	9,8
Odontologia	39	16,1	30	12,6	69	14,4
Medicina	42	17,4	57	23,9	99	20,6
Enfermagem	29	12,0	24	10,1	53	11,0
Educação Física	43	17,8	36	15,1	79	16,5
Fonoaudiologia	17	7,0	15	6,3	32	6,7
Farmácia	20	8,3	17	7,1	37	7,7
Terapia	11	4,5	15	6,3	26	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>	<b>238</b>	<b>100,0</b>	<b>480</b>	<b>100,0</b>
<b>• UPE</b>						
Odontologia	33	30,0	42	29,0	75	29,4
Medicina	24	21,8	43	29,7	67	26,3
Enfermagem	40	36,4	40	27,6	80	31,4
Educação Física	13	11,8	20	13,8	33	12,9
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>

Dados sociodemográficos como faixa etária, gênero, residência e escolaridade dos pais estão apresentados na Tabela 7. O gênero mostrou diferenças de representatividade, pois as estudantes do gênero feminino constituíram quase 70% da amostra total. A maioria dos estudantes morava com os pais apesar de no final do curso o percentual ter diminuído 7,5%. Tanto a maioria das mães como dos pais apresentou escolaridade de curso superior completo ou incompleto. A saúde foi auto-avaliada pelos estudantes em sua maioria como muito boa ou boa.

Tabela 7 – Dados sociodemográficos segundo período

Dados sociodemográficos	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Faixa etária</b>							
18 a 20	325	92,3	117	30,5	442	60,1	--
21 a 28	27	7,7	266	69,5	293	39,9	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Gênero</b>							
Masculino	108	30,7	116	30,4	224	30,5	--
Feminino	244	69,3	266	69,6	510	69,5	
<b>TOTAL<sup>(3)</sup></b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>382</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(3) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Com quem reside</b>							
Sozinho	7	2,0	11	2,9	13	1,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
Cônjuge	4	1,1	25	6,5	29	3,9	
Companheiro(s)/amigo(s)	28	8,0	21	5,5	49	6,7	
Pais ou responsáveis	270	76,7	265	69,2	535	72,8	
Outros parentes	65	18,5	70	18,3	135	18,4	
Seu filho	2	0,6	11	2,9	13	1,8	
Outros	7	2,0	14	3,7	21	2,9	
<b>BASE</b>	<b>352</b>	<b>-</b>	<b>383</b>	<b>-</b>	<b>735</b>	<b>-</b>	
<b>• Auto-avaliação da saúde geral</b>							
Excelente	63	17,9	72	18,8	135	18,4	p <sup>(2)</sup> = 0,921
Muito boa	149	42,5	167	43,6	316	43,1	
Boa	135	38,5	140	36,6	275	37,5	
Ruim	3	0,9	4	1,0	7	1,0	
Péssima	1	0,3	-	-	1	0,1	
<b>TOTAL<sup>(4)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(4) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Escolaridade da mãe</b>							
Não freqüentou a escola	4	1,1	1	0,3	5	0,7	--
1 grau incompleto ou completo	33	9,4	39	10,2	72	9,8	
2 grau incompleto ou completo	115	32,8	114	29,8	229	31,2	
Curso técnico após 2 grau	25	7,1	26	6,8	51	6,9	
Curso superior incompleto ou completo	173	49,3	203	53,0	376	51,2	
Não sabe	1	0,3	-	-	1	0,1	
<b>TOTAL<sup>(5)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(5) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Escolaridade do pai</b>							
Não freqüentou a escola	5	1,4	2	0,5	7	1,0	--
1 grau incompleto ou completo	33	9,4	43	11,2	76	10,3	
2 grau incompleto ou completo	100	28,4	104	27,2	204	27,8	
Curso técnico após 2 grau	36	10,2	32	8,4	68	9,3	
Curso superior incompleto ou completo	174	49,4	198	51,7	372	50,6	
Não sabe	4	1,1	4	1,0	8	1,1	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	

(\*) – Significante a 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste exato de Fisher.

As questões relacionadas à violência apresentaram um percentual baixo sem grandes variações entre estudantes do início e do final do curso (Tabela 8). Por exemplo, carregar uma arma de fogo ou faca, se envolver em briga física e tentar suicídio apresentaram percentuais quase constantes.

Tabela 8 – Condutas relacionadas à violência e suicídio segundo período

Condutas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Frequência de carregar uma arma de fogo ou faca.**</b>							
Nenhum dia	344	98,3	375	97,9	719	98,1	p <sup>(2)</sup> = 0,728
1 dia	-	-	2	0,5	3	0,3	
2 ou 3 dias	2	0,6	3	0,8	5	0,7	
4 ou 5 dias	1	0,1	-	-	1	0,1	
6 ou mais dias	3	0,9	3	0,8	6	0,8	
<b>TOTAL<sup>(3)</sup></b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>733</b>	<b>100,0</b>	
(3) – Para dois pesquisados não se dispõe desta informação.							
<b>• Frequência do envolvimento em briga física durante os 12 meses anteriores ao estudo</b>							
Nenhuma vez	334	94,9	363	94,8	697	94,8	p <sup>(2)</sup> = 0,996
1 vez	11	3,1	12	3,1	23	3,1	
2 a 3 vezes	5	1,4	5	1,3	10	1,4	
4 a 5 vezes	2	0,6	1	0,3	3	0,4	
6 a 7 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
12 ou mais vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Considerar seriamente o suicídio nos 12 meses anteriores</b>							
Sim	14	4,0	16	4,2	30	4,1	p <sup>(1)</sup> = 0,885
Não	338	96,0	366	95,8	704	95,9	
<b>TOTAL<sup>(4)</sup></b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>382</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(4) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Tentativa de suicídio nos 12 meses anteriores</b>							
Nenhuma vez	347	98,9	379	99,0	726	98,9	p <sup>(2)</sup> = 0,195
1 vez	1	0,3	3	0,8	4	0,5	
2 ou 3 vezes	3	0,9	-	-	3	0,4	
4 ou 5 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
<b>TOTAL<sup>(5)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(5) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							

(\*) – Significante a 5,0%.

(\*\*) Pergunta válida para os 30 dias anteriores a coleta de dados.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste exato de Fisher.

As condutas relacionadas à segurança no trânsito apresentaram um percentual elevado de atitudes desprotegidas, como por exemplo, a falta do uso de segurança no banco de trás ou de capacete ao andar de bicicleta (Tabela 9). Observou-se diferença significativa entre os jovens do início e do final do curso apenas com relação a andar em um carro no qual o motorista consumiu bebida alcoólica, sendo mais freqüente entre os universitários ao final do curso.

Tabela 9 – Condutas relacionadas à segurança no trânsito segundo período

Condutas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Frequência do uso do cinto de segurança no banco da frente</b>							
Nunca	2	0,6	-	-	2	0,3	p <sup>(1)</sup> = 0,022*
Raramente	1	0,3	-	-	1	0,1	
Às vezes	7	2,0	1	0,3	8	1,1	
A maioria das vezes	33	9,4	27	7,0	60	8,2	
Sempre	309	87,8	355	92,7	664	90,3	
<b>TOTAL<sup>(2)</sup></b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Frequência do uso do cinto de segurança no banco traseiro</b>							
Nunca	51	14,5	39	10,2	90	12,2	p <sup>(2)</sup> = 0,244
Raramente	121	34,4	150	39,2	271	36,9	
Às vezes	109	31,0	122	31,9	231	31,4	
A maioria das vezes	46	13,1	53	13,8	99	13,5	
Sempre	25	7,1	19	5,0	44	6,0	
<b>TOTAL<sup>(2)</sup></b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Frequência do uso do capacete ao andar de moto</b>							
Não andou de moto nos últimos 12 meses	198	56,4	249	65,0	447	60,9	p <sup>(2)</sup> = 0,089
Nunca usou capacete	8	2,3	6	1,6	14	1,9	
Raramente usou capacete	7	2,0	6	1,6	13	1,8	
Às vezes usou capacete	11	3,1	6	1,6	17	2,3	
A maioria das vezes usou capacete	18	5,1	26	6,8	44	6,0	
Sempre usou capacete	109	31,1	90	23,5	199	27,1	
<b>TOTAL<sup>(3)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(3) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Frequência do uso do capacete ao andar de bicicleta</b>							
Não andou de moto nos últimos 12 meses	177	50,4	221	57,7	398	54,2	p <sup>(1)</sup> = 0,409
Nunca usou capacete	157	44,7	145	37,9	302	41,1	
Raramente usou capacete	9	2,6	8	2,1	17	2,3	
Às vezes usou capacete	3	0,9	2	0,5	5	0,7	
A maioria das vezes usou capacete	3	0,9	3	0,8	6	0,8	
Sempre usou capacete	2	0,6	4	1,0	6	0,8	
<b>TOTAL<sup>(4)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(4) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Frequência de andar em um veículo no qual o motorista (você ou outra pessoa) consumiu bebida alcoólica.**</b>							
Nenhuma vez	179	50,9	133	34,8	312	42,5	p <sup>(2)</sup> < 0,001*
1 vez	54	15,3	63	16,5	117	15,9	
2 ou 3 vezes	74	21,0	111	29,1	185	25,2	
4 ou 5 vezes	21	6,0	30	7,9	51	6,9	
6 ou mais vezes	24	6,8	45	11,8	69	9,4	
<b>TOTAL<sup>(5)</sup></b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>382</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(5) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							

(\*) – Significante a 5,0%.

(\*\*) Pergunta válida para os 30 dias anteriores a coleta de dados.

(1) – Através do teste exato de Fisher.

(2) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

O tabaco e o álcool apresentaram percentuais elevados entre os estudantes, especialmente entre aqueles ao final do curso (Tabela 10). Observou-se diferença significativa com relação à experiência com o cigarro, que foi maior entre os universitários ao final do curso.

Tabela 10 – Consumo de tabaco e álcool segundo o período

Conduta	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Já experimentou cigarros, mesmo sendo uma ou duas baforadas?</b>							
Sim	143	40,7	201	52,5	344	46,9	p <sup>(1)</sup> = 0,001*
Não	208	59,3	182	47,5	390	53,1	
<b>TOTAL<sup>(2)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(2) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Já fumou cigarro regularmente, isto é, no mínimo um cigarro por semana pelo período de um mês?</b>							
Sim	25	7,1	42	11,0	67	9,1	p <sup>(1)</sup> = 0,071
Não	326	92,9	341	89,0	667	90,9	
<b>TOTAL<sup>(3)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(3) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Já tentou parar de fumar cigarros?</b>							
Eu não fumo regularmente	297	88,1	322	86,1	619	87,1	p <sup>(1)</sup> = 0,705
Sim	16	4,7	22	5,9	38	5,3	
Não	24	7,1	30	8,0	54	7,6	
<b>TOTAL<sup>(4)</sup></b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>	<b>711</b>	<b>100,0</b>	
(4) – Para 24 pesquisados não se dispõe desta informação.							
<b>• Idade da primeira experiência com álcool exceto um pequeno gole</b>							
Nunca bebeu álcool, exceto um pequeno gole	110	31,3	64	16,7	174	23,7	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
12 anos ou menos	14	4,0	26	6,8	40	5,4	
13 ou 14 anos	56	15,9	76	19,8	132	18,0	
15 ou 16 anos	95	27,0	77	20,1	172	23,4	
17 ou 18 anos	59	16,8	76	19,8	135	18,4	
19 ou 20 anos	15	4,3	44	11,5	59	8,0	
21 ou 24 anos	2	0,6	19	5,0	21	2,9	
25 anos ou mais	1	0,3	1	0,3	2	0,3	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Frequência do consumo de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores</b>							
Nenhum dia	168	47,7	124	32,5	292	39,8	**
1 ou 2 dias	72	20,5	84	22,0	156	21,3	
3 a 5 dias	59	16,8	82	21,5	141	19,2	
6 a 9 dias	36	10,2	63	16,5	99	13,5	
10 a 19 dias	12	3,4	21	5,5	33	4,5	
20 a 29 dias	3	0,9	7	1,8	10	1,4	
Todos os 30 dias	2	0,6	1	0,3	3	0,4	
<b>TOTAL<sup>(5)</sup></b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>382</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(5) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							

(\*) – Significante a 5,0%.

(\*\*) – Não foi possível determinar devido a ocorrência de frequências muito baixas.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

O consumo da maconha entre estudantes ao final do curso foi mais que o dobro comparado ao informado pelos estudantes do primeiro período, constatando-se diferença significativa (Tabela 11).

Tabela 11 – Consumo de maconha segundo período

Condutas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Freqüência do consumo de maconha na vida</b>							
Nenhuma vez	326	92,6	320	83,6	646	87,9	p <sup>(1)</sup> = 0,001*
1 ou 2 vezes	19	5,4	27	7,0	46	6,3	
3 a 9 vezes	3	0,9	15	3,9	18	2,4	
10 a 19 vezes	2	0,6	5	1,3	7	1,0	
20 a 39 vezes	1	0,3	5	1,3	6	0,8	
40 a 99 vezes	1	0,3	6	1,6	7	1,0	
100 ou mais vezes	-	-	5	1,3	5	0,7	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Idade da primeira experiência com maconha</b>							
Nunca experimentou maconha	326	92,6	318	83,0	644	87,6	p <sup>(1)</sup> = 0,003*
12 anos ou menos	-	-	1	0,3	1	0,1	
13 ou 14 anos	-	-	4	1,0	4	0,5	
15 ou 16 anos	8	2,3	13	3,4	21	2,9	
17 ou 18 anos	10	2,8	17	4,4	27	3,7	
19 ou 20 anos	5	1,4	15	3,9	20	2,7	
21 ou 24 anos	3	0,9	11	2,9	14	1,9	
25 anos ou mais	-	-	4	1,0	4	0,5	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Freqüência do consumo de maconha nos 30 dias anteriores</b>							
Nenhuma vez	349	99,1	368	96,1	717	97,6	p <sup>(1)</sup> = 0,102
1 ou 2 vezes	2	0,6	5	1,3	7	1,0	
3 a 9 vezes	1	0,3	6	1,6	7	1,0	
10 a 19 vezes	-	-	2	0,5	2	0,3	
20 a 39 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
40 ou mais vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	

(\*) – Significante a 5,0%.

(1) – Através do teste exato de Fisher.

O consumo de drogas ilícitas apresentou um leve aumento entre os estudantes ao final do curso, exceto o consumo de inalantes que dobrou. A cocaína também apresentou uma tendência a aumentar embora tenha apresentado um baixo percentual (Tabela 12).

Tabela 12 – Consumo de drogas ilícitas na vida segundo o período

Condutas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Freqüência do consumo na vida de cocaína (pó, crack ou freebase)</b>							
Nenhuma vez	350	99,4	377	98,4	727	98,9	p <sup>(1)</sup> = 0,351
1 ou 2 vezes	1	0,3	4	1,0	5	0,7	
3 a 9 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
10 a 19 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
20 a 39 vezes	1	0,3	-	-	1	0,1	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Freqüência do consumo na vida de drogas ilícitas como LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, anfetamina (speed), anfetamina (ice) e ou heroína</b>							
Nenhuma vez	349	99,1	370	96,6	719	97,8	p <sup>(1)</sup> = 0,56
1 ou 2 vezes	2	0,6	10	2,6	12	1,6	
3 a 9 vezes	1	0,3	1	0,3	2	0,3	
10 a 19 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
40 a 99 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Freqüência do uso na vida de uma agulha para injetar qualquer droga ilícita</b>							
Nenhuma vez	352	100,0	381	99,5	733	99,7	p <sup>(1)</sup> = 0,500
2 vezes ou mais	-	-	2	0,5	2	0,3	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Freqüência do consumo na vida de cola, aerosol ou qualquer tinta ou spray para ficar fora da realidade</b>							
Nenhuma vez	316	89,8	299	78,1	615	83,7	p <sup>(1)</sup> = 0,001*
1 ou 2 vezes	11	3,1	28	7,3	39	5,3	
3 a 9 vezes	11	3,1	24	6,3	35	4,8	
10 a 19 vezes	11	3,1	17	4,4	28	3,8	
20 a 39 vezes	2	0,6	4	1,0	6	0,8	
40 a 99 vezes	1	0,3	8	2,1	9	1,2	
100 ou mais vezes	-	-	3	0,8	3	0,4	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Freqüência do consumo na vida do uso de pílulas ou injeção de esteróide sem uma prescrição médica</b>							
Nenhuma vez	329	93,7	354	92,9	683	93,3	p <sup>(1)</sup> = 0,389
1 ou 2 vezes	14	4,0	15	3,9	29	4,0	
3 a 9 vezes	7	2,0	5	1,3	12	1,6	
10 a 19 vezes	-	-	4	1,0	4	0,5	
20 a 39 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
40 a 99 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
100 ou mais vezes	1	0,3	1	0,3	2	0,3	
<b>TOTAL<sup>(2)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>	<b>732</b>	<b>100,0</b>	

(2) – Para três pesquisados não se dispõe desta informação.

(\*) – Significante a 5,0%.

(1) – Através do teste exato de Fisher.



O consumo de drogas nos 30 dias anteriores ao estudo apresentou uma tendência a aumentar no final do curso, não havendo, porém, diferença significativa (Tabela 13).

Tabela 13 – Consumo de drogas ilícitas nos 30 dias anteriores ao estudo segundo o período

Conduitas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Frequência do consumo de cocaína (pó, crack ou freebase) nos 30 dias anteriores</b>							
Nenhuma vez	352	100,0	382	99,7	734	99,9	p <sup>(1)</sup> = 1,000
3 a 9 vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Frequência do consumo nos 30 dias anteriores de drogas ilícitas como LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, anfetamina (speed), anfetamina (ice) e ou heroína</b>							
Nenhuma vez	352	100,0	382	99,7	734	99,9	p <sup>(1)</sup> = 1,000
40 ou mais vezes	-	-	1	0,3	1	0,1	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste exato de Fisher.

O comportamento sexual demonstrou atitudes desprotegidas principalmente entre os estudantes do final do curso com diferenças significativas (Tabela 14). Nos 30 dias anteriores a coleta de dados a atividade sexual aumentou enquanto o uso do preservativo diminuiu e o consumo de álcool ou drogas antes da relação aumentou significativamente.

Tabela 14 – Comportamento sexual segundo o período

Condutas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Idade da primeira relação sexual</b>							
Nunca teve relação sexual	131	37,5	57	15,0	188	25,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
12 anos ou menos	7	2,0	9	2,4	16	2,2	
13 ou 14 anos	23	6,6	35	9,2	58	8,0	
15 ou 16 anos	65	18,6	61	16,1	126	17,3	
17 ou 18 anos	78	22,3	79	20,8	157	21,6	
19 ou 20 anos	35	10,0	63	16,6	98	13,5	
21 ou 24 anos	10	2,9	73	19,3	83	11,4	
25 anos ou mais	-	-	2	0,5	2	0,3	
<b>TOTAL<sup>(2)</sup></b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	<b>728</b>	<b>100,0</b>	
(2) – Para 7 pesquisados não se dispõe desta informação.							
<b>• Frequência de relação sexual nos 30 dias anteriores</b>							
Nenhuma vez	212	60,9	109	28,8	321	44,2	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
1 vez	19	5,5	32	8,5	51	7,0	
2 ou 3 vezes	37	10,6	74	19,6	111	15,3	
4 a 9 vezes	51	14,7	92	24,3	143	19,7	
10 a 19 vezes	20	5,7	54	14,3	74	10,2	
20 ou mais vezes	9	2,6	17	4,5	26	3,6	
<b>TOTAL<sup>(3)</sup></b>	<b>348</b>	<b>100,0</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>	<b>726</b>	<b>100,0</b>	
(3) – Para 9 pesquisados não se dispõe desta informação.							
<b>• Frequência do uso do preservativo nos 30 dias anteriores</b>							
Não teve relação sexual durante os últimos 30 dias	194	56,4	101	26,9	295	41,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
Nunca usou preservativo	18	5,2	53	14,1	71	9,9	
Raramente usou preservativo	14	4,1	58	15,4	72	10,0	
Às vezes usou preservativo	22	6,4	45	12,0	67	9,3	
A maioria das vezes usou preservativo	36	10,5	55	14,6	91	12,6	
Sempre usou preservativo	60	17,4	64	17,0	124	17,2	
<b>TOTAL<sup>(4)</sup></b>	<b>344</b>	<b>100,0</b>	<b>376</b>	<b>100,0</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>	
(4) – Para 15 pesquisados não se dispõe desta informação.							
<b>• Consumo de álcool ou drogas antes da última relação sexual</b>							
Nunca teve relação sexual	130	37,6	56	14,9	186	25,7	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
Sim	34	9,8	66	17,5	100	13,8	
Não	182	52,6	255	67,6	437	60,4	
<b>TOTAL<sup>(4)</sup></b>	<b>346</b>	<b>100,0</b>	<b>377</b>	<b>100,0</b>	<b>723</b>	<b>100,0</b>	
(5) – Para 12 pesquisados não se dispõe desta informação.							

(\*) – Significante a 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

**Continua tabela 14 na página seguinte**

## Continuação da tabela 14

Tabela 14 – Comportamento sexual segundo o período

Condutas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Método contraceptivo na última relação sexual</b>							
Nunca teve relação sexual	129	36,6	56	14,6	185	25,2	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
Nenhum método foi usado	9	2,6	25	6,5	34	4,6	
Pílulas anticoncepcionais	69	19,6	162	42,3	231	31,4	
Preservativo	151	42,9	133	34,7	284	38,6	
Coito interrompido	24	6,8	47	12,3	71	9,7	
Algum outro método	8	2,3	18	4,7	26	3,5	
Não sabe	1	0,3	3	0,8	4	0,5	
<b>BASE<sup>(3)</sup></b>	<b>352</b>	<b>-</b>	<b>383</b>	<b>-</b>	<b>735</b>	<b>-</b>	
(3) – Considerando que um único pesquisado possa optar por mais de uma alternativa, registra-se a base para a retirada dos percentuais.							
<b>• Experiência de gravidez</b>							
Nenhuma vez	336	97,1	349	91,6	685	94,2	p <sup>(1)</sup> = 0,002*
Uma vez	7	2,0	26	6,8	33	4,5	
Duas ou mais vezes	-	-	3	0,8	3	0,4	
Não sabe	3	0,9	3	0,8	6	0,8	
<b>TOTAL<sup>(4)</sup></b>	<b>346</b>	<b>100,0</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>	<b>727</b>	<b>100,0</b>	
(4) – Para 8 pesquisados não se dispõe desta informação.							
<b>• Experiência de relação sexual forçada</b>							
Sim	4	1,1	11	2,9	15	2,1	p <sup>(2)</sup> = 0,98
Não	345	98,9	370	97,1	715	97,9	
<b>TOTAL<sup>(5)</sup></b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>	<b>730</b>	<b>100,0</b>	
(5) – Para 5 pesquisados não se dispõe desta informação.							
<b>• Teste para verificar infecção pelo vírus da AIDS</b>							
Sim	48	13,9	122	32,0	170	23,4	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
Não	292	84,4	258	67,7	550	75,7	
Não sabe	6	1,7	1	0,3	7	1,0	
<b>TOTAL<sup>(6)</sup></b>	<b>346</b>	<b>100,0</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>	<b>727</b>	<b>100,0</b>	
(6) – Para 8 pesquisados não se dispõe desta informação.							

(\*) – Significante a 5,0%.

(1) – Através do teste exato de Fisher.

(2) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

O peso foi descrito por quase metade dos estudantes como certo ou levemente acima do peso sem apresentar diferenças entre estudantes do início e ao final do curso (Tabela 15).

Tabela 15 – Avaliação do peso segundo o período

Conduitas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Auto-avaliação do peso</b>							
Muito abaixo do peso normal	5	1,4	3	0,8	8	1,1	p <sup>(1)</sup> = 0,034*
Levemente abaixo do peso normal	69	19,7	59	15,4	128	17,4	
No peso certo	162	46,2	182	47,5	344	46,9	
Levemente acima do peso normal	111	31,6	121	31,6	232	31,6	
Muito acima do peso normal	4	1,1	18	4,7	22	3,0	
<b>TOTAL<sup>(2)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Atitude em relação ao peso</b>							
Perder peso	114	32,6	143	37,3	257	35,1	p <sup>(1)</sup> = 0,094
Ganhar peso	72	20,6	53	13,8	125	17,1	
Manter peso	103	29,4	113	29,5	216	29,5	
Não está tentando fazer nada	61	17,4	74	19,3	135	18,4	
<b>TOTAL<sup>(3)</sup></b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>733</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Dieta para perder ou manter o peso nos 30 dias anteriores</b>							
Sim	92	26,1	119	31,1	211	28,7	p <sup>(1)</sup> = 0,140
Não	260	73,9	264	68,9	524	71,3	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Exercício para perder ou manter o peso nos 30 dias anteriores</b>							
Sim	105	29,8	154	40,2	259	35,2	p <sup>(1)</sup> = 0,003*
Não	247	70,2	229	59,8	476	64,8	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Vomitar ou tomar laxante para perder ou manter o peso</b>							
Sim	11	3,1	9	2,3	20	2,7	p <sup>(1)</sup> = 0,519
Não	341	96,9	374	97,7	715	97,3	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tomar pílulas para emagrecimento nos 30 dias anteriores</b>							
Sim	5	1,4	14	3,7	19	2,6	p <sup>(1)</sup> = 0,056
Não	347	98,6	368	96,3	715	97,4	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	

(\*) – Significante a 5,0%.

(\*\*) – Não foi possível determinar devido a ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não se observou diferenças significativas com relação à alimentação informada pelos estudantes entre o início e o final do curso, em geral, com baixo consumo de frutas e verduras e alto consumo de guloseimas e alimentos ricos em gordura (Tabela 16).

Tabela 16 – Avaliação da alimentação segundo o período

Conduatas	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Consumo de frutas ou suco de frutas</b>							
Nenhuma vez	83	23,6	93	24,3	176	24,0	p <sup>(1)</sup> = 0,692
1 vez	125	35,6	121	31,6	246	33,5	
2 vezes	104	29,6	121	31,6	225	30,7	
3 ou mais vezes	39	11,1	48	12,5	87	11,9	
<b>TOTAL<sup>(2)</sup></b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	
(2) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Consumo de verdura ou vegetais cozidos</b>							
Nenhuma vez	191	54,3	188	49,1	379	51,6	p <sup>(1)</sup> = 0,511
1 vez	124	35,2	155	40,5	279	38,0	
2 vezes	30	8,5	33	8,6	63	8,6	
3 ou mais vezes	7	2,0	7	1,8	14	1,9	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Consumo de hambúrguer, cachorro-quente, coxinha, empadinhas ou salgadinhos</b>							
Nenhuma vez	154	43,8	202	52,7	356	48,4	p <sup>(1)</sup> = 0,103
1 vez	147	41,8	131	34,2	278	37,8	
2 vezes	37	10,5	35	9,1	72	9,8	
3 ou mais vezes	14	4,0	15	3,9	29	3,9	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Consumo de biscoitos, tortas, bolos ou doces</b>							
Nenhuma vez	59	16,8	84	21,9	143	19,5	p <sup>(1)</sup> = 0,077
1 vez	167	47,4	187	48,8	354	48,2	
2 vezes	76	21,6	77	20,1	153	20,8	
3 ou mais vezes	50	14,2	35	9,1	85	11,6	
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Considerando os dados de altura e peso fornecidos pelos estudantes, o IMC apresentou a média e a mediana com uma leve tendência a aumentar apesar de estar dentro do padrão de normalidade (Tabela 17).

Tabela 17 – Estatística do peso, altura e IMC segundo o período

Variável	Estatística	Período	
		Primeiro	Último Teórico
• <b>Altura</b>	Média	1,67	1,68
	Mediana	1,66	1,66
	Desvio padrão	0,08	0,09
	Coeficiente de variação	4,79	5,36
	Mínimo	1,48	1,48
	Máximo	2,10	1,91
	N	347	380
• <b>Peso</b>	Média	59,76	62,89
	Mediana	58,00	59,00
	Desvio padrão	11,46	13,83
	Coeficiente de variação	19,18	21,99
	Mínimo	40	43
	Máximo	110	120
	N	347	378
• <b>IMC</b>	Média	21,24	22,20
	Mediana	20,83	21,60
	Desvio padrão	2,75	3,18
	Coeficiente de variação	12,95	14,32
	Mínimo	16,11	16,11
	Máximo	38,74	38,74
	N	377	377

Em relação ao sobrepeso e obesidade, foi significativo o aumento entre estudantes ao final do curso (Tabela 18).

Tabela 18 – Avaliação do IMC segundo o período

IMC	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
IMC < 18,5	45	13,1	23	5,1	68	9,4	p <sup>(1)</sup> = 0,001*
18,5 ≤ IMC < 25	264	77,0	296	78,5	560	77,8	
25,0 ≤ IMC < 30	32	9,3	46	12,2	78	10,8	
IMC ≥ 30	2	0,6	12	3,2	14	1,9	
TOTAL <sup>(2)</sup>	343	100,0	377	100,0	734	100,0	

(2) – Para 14 pesquisadoS não se dispõe desta informação.

(1) – Através do teste Qui-quadrado.

A atividade física apresentou uma tendência a aumentar ao final do curso, porém sem diferença significativa (Tabela 19).

Tabela 19 – Avaliação da atividade física nos 7 dias anteriores ao estudo segundo o período

Conduta	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prática de exercícios ou esportes por pelo menos 20 min. como: basquete, cooper, natação, tênis, musculação, ciclismo ou atividade aeróbicas similares</b></li> </ul>							
Nenhuma dia	229	65,1	219	57,2	448	61,0	p <sup>(1)</sup> = 0,194
1 dia	26	7,4	28	7,3	54	7,3	
2 dias	25	7,1	31	8,1	56	7,6	
3 dias	26	7,4	35	9,1	61	8,3	
4 dias	19	5,4	35	9,1	54	7,3	
5 dias	14	4,0	24	6,3	38	5,2	
6 dias	2	0,6	4	1,0	6	0,8	
7 dias	11	3,1	7	1,8	18	2,4	
<b>TOTAL<sup>(1)</sup></b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>735</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Por fim, foram investigadas as informações sobre condutas de saúde que os estudantes receberam. A maioria das informações aumentou ao final do curso com ênfase para uso do tabaco, acidentes e segurança, DSTs e AIDS/HIV (Tabela 20).

Tabela 20 – Avaliação das informações em saúde segundo o período

Informação em saúde	Período				Grupo Total		Valor de p
	Primeiro		Último Teórico				
	n	%	n	%	n	%	
• <b>Prevenção do uso do tabaco</b>	66	18,8	189	49,3	255	34,7	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
• <b>Prevenção do álcool/drogas</b>	103	29,3	165	43,1	268	36,5	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
• <b>Prevenção da violência</b>	68	19,3	117	30,5	185	25,2	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
• <b>Prevenção de acidentes e segurança</b>	34	9,7	150	39,2	184	25,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
• <b>Prevenção de suicídio</b>	9	2,6	31	8,1	40	5,4	p <sup>(1)</sup> = 0,001*
• <b>Prevenção de gravidez</b>	118	33,5	213	55,6	331	45,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
• <b>Prevenção de DSTs</b>	117	33,2	254	66,3	371	50,5	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
• <b>Prevenção da AIDS/HIV</b>	118	33,5	277	72,3	395	53,7	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
• <b>Hábitos dietéticos e nutricionais</b>	97	27,6	209	54,6	306	41,6	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
• <b>Atividades físicas</b>	119	33,8	186	48,6	305	41,5	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>352</b>	<b>-</b>	<b>383</b>	<b>-</b>	<b>735</b>	<b>-</b>	

(\*) – Significante a 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

## **DISCUSSÃO**



## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 QUESTÕES METODOLÓGICAS

Este estudo apresentou algumas limitações que geraram como principal consequência a não realização do estudo censitário que foi a proposta inicial, embora tenha obtido um número de participantes muito maior do que aquele que seria necessário para o levantamento amostral da população estudada.

A coleta de dados foi realizada em sala de aula e por isso foi imprescindível a colaboração do professor da respectiva disciplina naquele horário, o que nem sempre foi possível. Na maioria das vezes a permissão para participação dos estudantes só foi dada após a conclusão da aula, o que resultou em dispersão do grupo e pouca colaboração, sendo alegado pelos jovens falta de tempo para responder ao questionário. Em várias ocasiões os professores não permitiram a aplicação do questionário, e em geral, o motivo exposto foi falta de tempo.

Além da necessidade da permissão dos professores, outra dificuldade, relacionada especificamente aos estudantes do final do curso, foi a abordagem dos mesmos em ambiente de sala de aula para aplicação coletiva do instrumento de coleta de dados. No final do curso, em geral, os estudantes encontram-se em estágio extra-muro, sendo mais difícil o acesso.

Outra observação diz respeito aos dias da semana para aplicação do questionário, onde algumas vezes, os dados foram coletados após domingos ou feriados, o que pode ter interferido em algumas questões referentes aos hábitos alimentares, quando questionou-se a ingestão de alimentos no dia anterior.

Os cursos participantes tiveram uma representatividade que variou de mais da metade da turma até toda a turma. Nos cursos com maior número de alunos a participação apresentou uma menor representatividade.

## 7.2 AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS

De maneira geral, as condutas de saúde entre os estudantes durante a graduação não apresentaram mudanças significativas. Porém, observou-se aumento dos percentuais de alguns hábitos nocivos, como tabagismo e consumo de bebida alcoólica.

Esperava-se um aumento de condutas saudáveis pelos jovens, favoráveis à promoção de saúde, ao final de um curso na área de saúde. No entanto, apesar das informações recebidas ao longo do curso, os universitários não adotaram condutas saudáveis, pelo contrário, até iniciaram alguns hábitos nocivos. Faz-se necessário outros estudos, que investiguem os fatores relacionados, assim como considerem, além da informação, a motivação dos comportamentos relacionados à saúde.

Estes resultados estão de acordo com aqueles do estudo de Steptoe et al (2002) que não encontraram mudanças direcionadas para um estilo de vida mais saudável nos comportamentos de saúde de universitários europeus entre 1990 e 2000.

Os dados sociodemográficos informados pelos estudantes demonstraram que quase um terço dos participantes não moravam com os pais o que aumentou no final do curso. Deve-se considerar o papel da família nas condutas de saúde adotadas pelos jovens, assim como a influência dos amigos na incorporação de hábitos e estilo de vida.

A segurança no trânsito mostrou condutas contraditórias. O uso do cinto de segurança aumentou para os passageiros que andavam no banco da frente do carro, porém diminuiu para aqueles que andavam no banco traseiro. No estudo de Andrade et al. (2003) entre universitários paranaenses de medicina menos de 10 % informou usar cinto de segurança no banco traseiro; resultado semelhante ao encontrado neste estudo (6,0%). Esse hábito de segurança parece estar mais relacionado a medidas punitivas, como as multas de trânsito, do que educativas, com a conscientização da necessidade de preservação da integridade física do indivíduo.

Observou-se que o uso do capacete ao andar de motocicleta, diminuiu quando se compara estudantes do início e final do curso (71,2% - 67,1%), porém, aumentou seu uso ao andar de bicicleta (1,1% - 2,5%).

Por outro lado, mesmo com a proibição por lei de dirigir após consumir bebida alcoólica, o percentual desta conduta aumentou (49,1% - 65,2%) entre os estudantes ao final do curso, apresentando um resultado ainda maior que aquele encontrado por Andrade et al. (2003) entre estudantes paranaenses de medicina do gênero masculino (44,6%). Essa conduta de risco entre universitários brasileiros, apresentou um percentual muito superior ao encontrado entre universitários americanos (27%) no estudo de Rozmus et al. (2005), que pode estar associado a maior fiscalização das leis vigentes naquele país. Este resultado apóia o alto percentual de acidentes fatais encontrado pelo Departamento Nacional de Trânsito, tanto no Brasil (26,5%) como em Pernambuco (27,8%) entre a população da faixa etária estudada. Faz-se necessário atuar sobre estes dados com legislação mais eficiente e medidas educativas para os jovens condutores a fim de, não só protegê-los, mas também proteger a população em geral usuária das vias públicas.

Tentativa de suicídio foi informada pelos estudantes por um percentual baixo e semelhante no início e no final do curso (de 1,1% para 1,0%), em concordância com os baixos percentuais encontrados por Barrios et al. (2000), (1,7%), e por Kisch et al. (2005) (1,5%) entre estudantes americanos. No entanto, Oksuz e Malhan (2005) observaram uma tendência a diminuir esse comportamento entre o primeiro e o quarto ano de graduação (de 1,3% para 0,0%). A intervenção precoce, entre os estudantes no início do curso apresenta baixo custo, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos jovens.

Observou-se um aumento de 11,8% da experimentação do tabaco entre o início e o final do curso, sugerindo a necessidade de intervenção preventiva entre os mais jovens. O percentual dos que experimentaram o tabaco atingiu mais da metade dos estudantes do final do curso, semelhante ao resultado (54,7%) encontrado por Von Ah et al. (2004) entre universitários americanos. É contraditório uma conduta maléfica para a saúde aumentar entre estudantes no final de cursos de saúde. Esta contradição também foi vista no estudo de Menezes et al. (2001) entre estudantes de medicina de Pelotas-RS. Além disso, a opinião da maioria destes estudantes (60%) demonstrou que o tabagismo como tema de ensino não foi valorizado dentro do curso de medicina, e ainda foi estimulado através do exemplo dos professores fumantes.

O fumo regular também aumentou (de 7,1% para 11%) ao final dos cursos da área de saúde, sendo preocupante, pois segundo Pierce e Gilpin (1996), estudantes com idade em torno de 17 anos terão uma expectativa de duração do vício de 16 anos para o gênero masculino e 20 anos para o gênero feminino. Estes autores sugeriram que a prevenção deve ser feita ainda contra a experimentação, já que o fumo é um vício de longo prazo entre os jovens.

A tentativa de parar de fumar apresentou uma leve tendência a aumentar no final do curso (de 4,7% para 5,9%), talvez relacionada com o aumento do vício entre os jovens no final do curso. Patterson et al. (2004) relataram que um alto percentual de universitários tenta parar de fumar, porém, uma minoria obtém sucesso. Everett et al. (1999) também observaram insucesso na tentativa de interromper o vício pela maioria dos fumantes (58,7%). Entre aqueles que fumavam diariamente, a cada 4 fumantes que tentaram parar apenas 1 obteve êxito. Observa-se que enquanto um alto percentual de jovens estudantes experimenta o tabaco, correndo um alto risco de se tornar fumante, um baixo percentual consegue abandonar o vício. Este fato reforça a sugestão de Pierce e Gilpin (1996) em prevenir a primeira experiência com o tabaco antes dela se tornar uma conduta regular.

Mais uma vez, a prevenção é uma estratégia mais simples e de menor custo. Evitar o início do vício pode ser mais racional do que tentativas de abandono. No entanto, segundo o Ministério da Saúde (2004) a dependência econômica brasileira do setor fumageiro torna qualquer estratégia de intervenção mais complexa.

Com relação ao consumo de bebida alcoólica, observou-se que a maioria dos estudantes teve a primeira experiência com álcool na faixa etária entre 13 e 18 anos. No início do curso, 68,7% dos jovens relataram consumir bebidas alcoólicas, enquanto que no final esse percentual elevou-se para 83,3%, resultado semelhante ao encontrado por Lucas et al. (2006) entre universitários amazonenses (87,7%). O consumo nos 30 dias anteriores ao estudo também aumentou entre os estudantes do final do curso, com resultados semelhantes ao encontrado por Weitzman e Nelson (2004) (15%). O consumo mais esporádico (de 1 a 2 dias) foi informado por um percentual mais elevado de estudantes (21,3%). Weitzman e Nelson (2004) chamaram esta situação de paradoxo da prevenção, pois apesar da presença do alto consumo de

álcool entre estudantes, o mais preocupante foi o baixo consumo de álcool que apresentou o maior percentual. Assim, estes autores sugeriram que as estratégias de prevenção fossem traçadas para todos os consumidores inclusive aqueles que ingerem baixos níveis de álcool.

A respeito do consumo de drogas ilícitas, o consumo de maconha na vida informado pelos estudantes do final do curso (16,4%) apresentou um percentual mais de duas vezes aquele (7,4%) informado pelos estudantes do primeiro período, em concordância com o percentual encontrado por Kerr-Corrêa et al. (1999) entre estudantes paulistas de medicina (17%). O consumo de maconha nos 30 dias anteriores ao estudo apresentou a mesma tendência de aumentar entre os estudantes do final do curso (de 0,9% para 3,9%), porém com um percentual muito menor comparado ao consumo na vida e ao encontrado por Douglas et al. (1997) (14,0%), Stempliuk et al. (2005) (16,9%), e Rozmus et al. (2005) (14,0%). O resultado encontrado por Kerr-Corrêa et al. (1999) para o consumo de maconha nos 30 dias anteriores ao estudo foi o mais próximo (6,0%) do encontrado neste estudo (2,4%) provavelmente devido à semelhança entre as populações.

O consumo de cocaína e de inalantes durante a vida, apesar de baixo, dobrou o percentual informado entre estudantes do final do curso, embora os inalantes (de 10,2% para 21,9%) tenham apresentado um percentual mais de dez vezes maior do que a cocaína (de 0,6% para 1,6%). O consumo de cocaína informado pelos estudantes (1,1%) foi inferior aos resultados encontrados por Douglas et al. (1997) (14,4%) e por Rozmus et al. (2005) (9,0%) entre estudantes americanos. Já os estudos cuja população-alvo foi de universitários brasileiros da área de saúde os percentuais se aproximaram deste estudo como se pode observar no trabalho de Kerr-Corrêa et al. (1999) que encontrou 3,0% e no de Lucas et al. (2006) que encontrou 2,1%.

O consumo de inalantes apresentou percentuais bastante diversos. Entre os estudos brasileiros com estudantes da área de saúde os resultados talvez tenham caracterizado regiões, pois no trabalho de Kerr-Corrêa et al. (1999) entre paulistas observou-se um consumo de 30,0%, já no estudo de Lucas et al. (2006) entre estudantes amazonenses encontrou-se 11,9%. O resultado deste estudo (16,3%) esteve mais próximo daquele encontrado por Rozmus et al. (2005) (14,0%) com

estudantes americanos. O estudo de Stempluk et al. (2005) com universitários paulistas apresentou um percentual mais próximo (24,5%) daquele encontrado entre os estudantes do final do curso (21,9%).

As drogas ilícitas como LSD, Ecstasy, cogumelo, anfetamina ou heroína apresentaram um aumento de consumo na vida informado pelos estudantes do final do curso três vezes maior do que aquele informado pelos estudantes do primeiro período (0,9%). No entanto, nos 30 dias anteriores ao estudo, o consumo destas drogas foi insignificante (0,1%). O percentual geral encontrado foi próximo daquele observado por Stempluk et al. (2005) entre universitários paulistas para o ecstasy (0,8%), porém para as anfetaminas (3,4%) o resultado foi bem mais alto. Uma outra limitação do presente estudo pode ter sido o questionamento sobre o consumo de todas as drogas investigadas na mesma pergunta.

Os estudantes informaram um consumo bem menor de drogas ilícitas em comparação com o consumo de álcool, em concordância com os resultados encontrados por O'Malley e Johnston (2002) entre estudantes americanos. O álcool é uma droga lícita e incentivada nas relações sociais apesar de assim como as outras drogas deixar o consumidor em estado de consciência alterado e susceptível a comportamentos de risco. No estudo de Jones et al. (2001), os autores concluíram que o álcool quando consumido até a embriaguez aumenta o risco principalmente entre universitários do uso de tabaco, maconha, cocaína e outras drogas ilícitas.

Observou-se que com relação ao comportamento sexual, a maioria dos estudantes informou que a primeira experiência sexual ocorreu na faixa etária entre 17 e 24 anos, sugerindo que tenha sido após a entrada na universidade. O percentual de já ter tido relação sexual foi maior entre os estudantes do final do curso (85,0%), o que coincide com os achados de Douglas et al. (1997) entre estudantes americanos (86,1%) e próximo daquele encontrado por Opperman et al. (2002) entre universitários gaúchos (91,7%).

A atividade sexual nos 30 dias anteriores ao estudo quase dobrou entre os estudantes do final do curso (71,2%). Porém, observou-se uma pequena incoerência nas respostas obtidas sobre este assunto. Numa determinada questão perguntou-se sobre a frequência da atividade sexual nos 30 dias anteriores ao estudo e 321 (44,2%)

participantes informaram não ter tido relação sexual. No entanto, na questão seguinte, perguntou-se sobre a frequência do uso do preservativo nos 30 dias anteriores ao estudo e apenas 295 (41%) responderam que não haviam tido relação sexual neste período. É possível que este resultado seja decorrente de algum constrangimento durante o preenchimento das questões, gerado, por exemplo, pela passagem de um professor ou de um amigo.

As condutas de prática sexual segura não foram muito adotadas pelos estudantes, em especial aqueles do final do curso. Nos 30 dias anteriores ao estudo, o “uso do preservativo sempre” diminuiu de 40% entre os sexualmente ativos do início do curso para 23,3% entre aqueles do final do curso. Dessa forma, os estudantes ao final do curso apresentaram maior atividade sexual desprotegida.

Observou-se que aumentou no final do curso o percentual de estudantes que nunca usou preservativo (de 12% para 19,3%) entre os sexualmente ativos nos 30 dias anteriores ao estudo. No trabalho de Rozmus et al. (2005) o percentual encontrado foi bem maior para esta conduta (30%) entre universitários americanos calouros. Pode-se supor que como o resultado obtido neste estudo foi apenas com estudantes da área de saúde é possível que isto tenha influenciado os melhores percentuais obtidos.

Com respeito à última relação sexual, os estudantes informaram uma queda no uso do preservativo (de 67,7% para 40,7%) e um aumento do uso de pílulas contraceptivas (de 30,9% para 49,5%). Esta conduta é preocupante por que aumenta o risco de contração de DSTs, mostrando que a preocupação em não engravidar é muito maior do que a preocupação com a saúde de maneira geral. No entanto, ainda houve um percentual de estudantes que não usou nenhum método contraceptivo sugerindo que não houve nem o cuidado em evitar a gravidez.

Outra questão que pode aumentar a possibilidade de deixar o comportamento sexual inseguro é o consumo de álcool ou de outras drogas antes da última relação sexual. Esta conduta, no entanto, foi informada por um maior percentual de estudantes do final do curso (20,6%) em comparação aos estudantes do início do curso (15,7%).

A relação sexual forçada também mostrou uma tendência a aumentar entre os estudantes do final do curso (2,9%) comparados àqueles do início (1,1%). Já o percentual do grupo geral em relação à violência sexual (2,1%) esteve em concordância

com aquele encontrado por Mohler-Kuo et al. (2004) entre universitários americanos (1,9%).

A auto-avaliação dos estudantes com relação ao próprio peso demonstrou um aumento da obesidade (de 0,6% para 3,2%) entre estudantes do final do curso. Esta percepção mostrou coerência com as atitudes em relação a alimentação pois o consumo de guloseimas (salgadinhos ou doces) apresentou-se elevado embora tenha apresentado uma tendência a diminuir entre estudantes do final do curso.

Em relação às atitudes de fazer dieta ou exercício para controle do peso, a segunda atitude (35,2%) foi maior que a primeira (28,7%) em concordância com a conclusão do estudo de Fiates & Salles (2001). Estas autoras observaram que a busca pela magreza tende a estar associada ao exercício físico apenas para queimar energia. As autoras defendem que a prática de atividade física nestes casos esteja desvinculada da busca de saúde. Apesar disso, pode ser interessante utilizar a estética como argumento para adoção de hábitos saudáveis entre os jovens.

Quando os estudantes foram investigados apenas sobre a prática de atividade física o percentual informado entre os estudantes do final de curso (42,8%) aumentou em comparação aos estudantes do começo do curso (34,9%). Este resultado mostrou concordância com o trabalho de Leslie et al. (2001) que destacou o potencial do ambiente universitário de influenciar positivamente os hábitos de atividade física entre adultos jovens. É possível que o ambiente universitário e os conhecimentos em saúde tenham estimulado os estudantes a se exercitarem, no entanto esta conduta ainda não atingiu a maioria dos estudantes.

E, caso o ambiente universitário estimule a prática de atividade física, por que não estimula outras condutas saudáveis, como alimentação equilibrada ou atividade sexual segura?

As freqüências semanais de prática de atividade física que obtiveram o maior percentual de estudantes foram de 3 (9,1%) e 4 (9,1%) vezes por semana entre os estudantes do final do curso. Estes percentuais foram muitos baixos, sendo mais de 7 vezes menor do que o encontrado (67%) no estudo de Clément et al. (2002) entre universitários canadenses de enfermagem. Então, apesar da prática de atividade física



ter aumentado esta ainda é uma conduta pouco adotada entre os universitários e que deveria ser estimulada durante a graduação como sugeriram Wallace et al. em 2000.

Vomitar ou tomar laxantes para perder ou manter o peso foi informado por um pequeno percentual de estudantes com uma tendência a diminuir entre aqueles do final do curso. Esta conduta pode ser preocupante, pois apesar de atingir um pequeno número de estudantes, tem um potencial de gerar distúrbios alimentares de conseqüências mais graves que devem ser prevenidos. O percentual encontrado de estudantes susceptíveis a desenvolverem distúrbios alimentares entre universitárias catarinenses foi de 22,17% (FIATES & SALLES, 2001). No presente estudo não foi investigado o risco direto para distúrbios alimentares, porém a conduta acima citada é um predisponente importante.

As informações em saúde relatadas pelos estudantes mostraram incoerência entre conhecimentos recebidos e atitudes de condutas de saúde. O percentual de informações em saúde recebidas pelos estudantes naturalmente aumentou entre os estudantes do final do curso, porém, contraditoriamente, não se observou aumento nas condutas saudáveis ou redução de hábitos nocivos.

Estes resultados, assim como os de Aslam et al. (2004), evidenciaram a necessidade urgente de estimular os universitários de saúde a adotarem práticas preventivas para a promoção de saúde, pois eles se tornarão orientadores e conselheiros de pacientes nas estratégias de prevenção de doenças.

## **CONCLUSÃO**

## 8 CONCLUSÃO

De modo geral, não se observaram muitas mudanças significativas entre as condutas de saúde adotadas pelos jovens no início e final do curso de graduação da área de saúde.

Entre as condutas relacionadas à segurança no trânsito, observou-se diferença significativa ao final do curso apenas em relação ao aumento do uso do cinto de segurança no banco da frente do carro, embora um percentual maior de estudantes ao final do curso tenha informado andar em um veículo no qual o motorista consumiu bebida alcoólica.

Os comportamentos que contribuem para violência foram relatados pela minoria dos jovens não apresentando diferenças entre o início e o final do curso.

O uso de drogas ilícitas também foi citado pela minoria dos universitários, porém a experiência com maconha mostrou-se significativamente mais elevada no final do curso.

A atividade sexual aumentou entre os jovens no final do curso, porém, reduziu-se o uso de preservativo e aumentou o uso de pílulas contraceptivas.

O comportamento alimentar e a prática de atividade física não apresentaram mudanças significativas, apesar de um maior percentual de estudantes ao final do curso ter informado altura e peso compatíveis com obesidade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION - ACHA. **National College Health Assessment**. Disponível em: <[http://www.acha.org/projects\\_programs/assessment.cfm](http://www.acha.org/projects_programs/assessment.cfm)>. Acesso em: 02 jun. 2005.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; BRAGA, G. P.; MOREIRA, J. H.; BOTELHO, F. M. N. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.49, n.4, p. 439-444, 2003.

ASLAM, F.; MAHMUD, H.; WAHEED, A. Cardiovascular health--behaviour of medical students in Karachi. **J. Pak. Med. Assoc.**, v.54, n.9, p.492-5, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ADOLESCÊNCIA - ASBRA. **Manifesto pela política de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens**. "Compartilhando desafios". Disponível em: <<http://www.asbrabr.com.br/editorial.cfm>>. Acesso em: 01 nov. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6032**: abreviação de títulos de periódicos e publicações seriadas. Rio de Janeiro, 1987.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6028**: informação e documentação: resumo: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027** informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

BARRIOS, L. C.; EVERETT, S. A.; SIMON, T. R.; BRENER, N. D. Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. **J. Am. Coll. Health**, v.48, n.5, p.229-233, 2000.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Reprodutibilidade (teste-reteste) do Questionário Internacional de Atividades Físicas (QIAF – Versão 6): um estudo piloto com adultos no Brasil. **Rev. Brás. Ciênc. Mov.**, v.8, p. 23-6, 2000.

BARROS, M. V. G.; REIS, R. S. **Análise de dados em atividade física e saúde: demonstrando a utilização do SPSS**. Londrina: Midiograf, 2003. 232p

BOREHAM, C.; ROBSON, P. J.; GALLADHER, A. M.; GRAN, G. W.; SAVAGE, M. J.; MURRAY, L. J. Tracking of physical activity, fitness, body composition and diet from adolescence to young adulthood: the young hearts project, Northern Ireland. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.1, n.14, p.1-8, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Base da Legislação Federal do Brasil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Integrada de Informações para a Saúde - RIPSA**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/default.cfm>>. Acesso em: 03 jul. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de Tabagismo no Brasil**. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco\\_inquerito\\_nacional\\_070504.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2005.

BRENER, N. D.; MCMAHON, P. M.; WARREN, C. W.; DOUGLAS, K. A. Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students in the United States. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.67, n.2, p.252-259, 1999b.

BRENER, N. D.; BARRIOS, L. C.; HASSAN, S. S. Suicidal ideation among college students in the United States. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.67, n.6, p.1004-1008, 1999a.

BROWN, D. R.; BLANTON, C. J. Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v.34, n.7, p.1087-96, 2002.

BUCKWORTH, J.; NIGG, C. Physical activity, exercise, and sedentary behavior in college students. **J. Am. Coll. Health**, v.53, n.1, p.28-34, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Healthy Youth!**  
Disponível em: <<http://www.cdc.gov/healthyyouth/about/mission.htm>>. Acessado em: 15 jul. 2005.

CLÉMENT, M.; NURS, M.; JANKOWSKI, L. W.; BOUCHARD, L.; PERREAULT, M.; LEPAGE, Y. Health Behaviors of Nursing Students: a Longitudinal Study. **Journal of Nursing Education**, v.41, n.6, p.257-265, 2002.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN. **Acidentes de trânsito.**  
Anuário estatístico de acidentes de trânsito – 2002. Disponível em:  
<<http://www.denatran.gov.br/acidentes.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2006

DOUGLAS, K. A.; COLLINS, J. L.; WARREN, C.; KANN, L.; GOLD, R.; CLAYTON, S.; ROSS, J. G.; KOLBE, L. J. Results from the 1995 National College Health Risk Behavior Survey. **J. Am. Coll. Health**, v.46, n.2, p.55-66, 1997.

EVERETT, S. A.; HUSTEN, C. G.; KANN, L.; WARREN, C. W.; SHARP, D.; CROSSETT, L. Smoking initiation and smoking patterns among US college students. **J. Am. Coll. Health**, v.48, n.2, p.55-60, 1999.

EVERETT, A. S.; LOWRY, R.; COHEN, L. R.; DELLINGER A. M. Unsafe motor vehicle practices among substance-using college students. **Accident Analysis and Prevention**, v.31, p.667-673, 1999.

FAUSTO, M. A.; ANSALONI, J. A.; SILVA, M. E.; GARCIA JÚNIOR, J.; DEHN, A. A.; CÉSAR, T. B. Determinação do perfil dos usuários e da composição química e nutricional da alimentação oferecida no restaurante universitário da Universidade Estadual Paulista, Araraquara, Brasil. **Rev. Nutr. Campinas**, v.14, n.3, p.171-176, 2001.

FEITOSA, S. V. H. S. **A prevalência do tabagismo e os fatores relacionados ao hábito entre adolescentes na cidade de Recife.** Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2005.

FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Rev. Nutr.**, v.14 (supl), p.3-6, 2001.

JOHNSON, M. F.; NICHOLS, J. F.; SALLIS, J. F.; CALFAS, K. J.; HOVEL, M. F. Interrelationships between physical activity and other health behaviors among university women and men. **Preventive Medicine**, v.27, p.536-544, 1998.

JONES, S. E.; OELTMANN, J.; WILSON, T. W.; BRENER, N. D.; HILL, C. V. Binge drinking among undergraduate college students in the United States: implications for other substance use. **J. Am. Coll. Health**, v.50, n.1, p.33-8, 2001.

- KERR-CORRÊA, F.; ANDRADE, A. G.; BASSIT, A. Z.; BOCCUTO, N. M. V. F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, n.2, p. 95-100, 1999.
- KISCH, J.; LEINO, V.; SILVERMAN, M. M. Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: results from the Spring 2000 National College Health Assessment Survey. **Suicide e Life**, v.35, n.1, p.3-13, 2005.
- LEÓN, O. D. Adolescência y juventud: de las nociones a los abordajes. **Última Década**, v.21, p.83-104, 2004.
- LESLIE, E.; SPARLING, P. B.; OWEN, N. University campus settings and the promotion of physical activity in young adults: lessons from research in Australia and the USA. **Health Education**, v.101, n.3, p.116-125, 2001.
- LOWRY, R.; GALUSKA, D. A.; FULTON, J. E.; WECHSLER, H.; KANN, L.; COLLINS, J. L. Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among U.S. college students. **Am. J. Prev. Med.**, v.18, n.1, p.18-27, 2000.
- LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; PICANÇO, N. S.; CONCEIÇÃO, D. A.; COSTA, K. R. C.; MAGALHÃES, I. R. S.; SIQUEIRA, J. C. A. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v.22, n.3, p.663-671, 2006.
- MARCOPITO, L. F.; RODRIGUES, S. S. F.; PACHECO, M. A.; SHIRASSU, M. M.; GOLDFEDER, A. J.; MORAES, M. A. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Públ.**, v.39, n.5, p.738-745, 2005.
- MENEZES, A.; PALMA, E.; HOLTHAUSEN, R.; OLIVEIRA, R.; OLIVEIRA, O. S.; DEVENS, E.; STEINHAUS, L.; HORTA, B.; VICTORA, C. G. Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina 1986, 1991, 1996. **Rev. Saúde Públ.**, v.35, n.2, p.165-169, 2001.
- MOHLER-KUO, M.; DOWDALL, G.W.; KOSS, M. P.; WECHSLER, H. Correlates of rape while intoxicated in a national sample of college women. **J. Stud. Alcohol**, v.65, p.37-45, 2004.
- YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEILLANCE: National College Health Risk Behavior Survey- United States, 1995. **MMWR**, Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, v.46, n.14, p.1-54, 1997. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00049859.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2005.
- NAGY, K.; BARABÁS, K.; NYÁRI, T. Attitudes of hungarian healthcare professional students to tobacco and alcohol. **Eur. J. Dent. Educ.**, v.8, suppl.4, p. 32-35, 2004.



OKSUZ, E.; MALHAN, S. Socioeconomic factors and health risk behaviors among university students in Turkey: questionnaire study. **Croat. Med. J.**, v.46, n.1, p.66-73, 2005.

O'MALLEY, P.; JOHNSTON, L. D. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. **J. Stud. Alcohol**, suppl 14, p. 23-39, 2002.

OPPERMANN, K.; GASSEN, D. T.; FRACASSO, J. I.; ROSA, L. C. Postura dos universitários de Passo Fundo em relação à contracepção e prevenção de DSTs. **Revista AMRIGS**, v.46, n.3,4, p.146-150, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas – um investimento vital**. 2005. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **AIDS – Epidemic Update: december 2005**. Brasil: UNAIDS. Disponível em: <[http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005\\_pdf\\_en/epi-update2005\\_en.pdf](http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2006.

PATTERSON, F.; LERMAN, C.; KAUFMANN, V. G.; NEUNER, G. A.; AUDRAIN-MCGOVERN, J. Cigarette smoking practices among american college students: review and future directions. **J. Am. Coll. Health**, v.52, n.5, p.203-10, 2004.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PIERCE, J. P.; GILPIN, E. How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? **American Journal of Public Health**, v.86, n.2, p.253-256, 1996.

PRAT-MARIN, A.; FUENTES-ALMENDRAS, M. M.; SANZ-GALLEN, P.; CANELA-ARGUES, R.; CANELA-SOLER, J.; PARDELL-ALENTA, H.; SALLERAS-SANMARTI, L.L. Epidemiologia del tabagismo em los estudiantes de ciencias de la salud. **Rev. Saúde Públ.**, v.28, n.2, p.100-6, 1994.

ROZMUS, C. L.; EVANS, R.; WYSOCHANSKY, M.; MIXON, D. An analysis of health promotion and risk behaviors of freshman college students in a rural southern setting. **Journal of Pediatric Nursing**, v.20, n.1, p.25-33, 2005.

SAKAMAKI, R.; TOYAMA, K.; AMAMOTO, R.; LIU, C.; SHINFUKU, N. Nutritional knowledge, food habits and health attitude of chinese university students – a cross sectional study. **Nutrition Journal**, v.4, n.4, p.1-5, 2005.

STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P.; ANDRADE, A. G.; NICASTRI, S.; MALBERGIER, A. Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo – São Paulo campus in 1996 and 2001. **Rev. Psiquiatr.**, v.27, n.3, p.185-193, 2005.

STEPTOE, A.; WARDLE, J.; FULLER, R.; HOLTE, A.; JUSTO, J.; SANDERMAN, R.; WICHSTROM, L. Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates, and behavioral correlates among young Europeans from 21 countries. **Preventive Medicine**, v.26, p.845-854, 1997.

STEPTOE, A.; WARDLE, J. Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. **Soc. Sci. Med.**, v.53, n.12, p.1621-30, 2001.

STEPTOE, A.; WARDLE, J.; CUI, W.; BELLISLE, F.; ZOTTI, A. M.; BARANYAI, R.; SANDERMAN, R. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. **Prev. Med.**, v.35, n.2, p.97-104, 2002.

TAMIM, H.; TERRO, A.; KASSEM, H.; GHAZI, A.; KHAMIS, T. A.; HAY, M. M. A.; MUSHARRAFIEH, U. Tobacco use by university students, Lebanon, 2001. **Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs**, v.98, p.933-939, 2003.

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. **Direitos da população jovem**. Brasília, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/arquivos/cartilha.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2006.

VAEZ, M.; LAFLAMME, L. Health behaviors, self-rated health, and quality of life: a study among first-year swedish university students. **Journal of American College Health**, v.51, n.4, p.156-162, 2003.

VIEIRA, V. C. R.; PRIORE, S. E.; RIBEIRO, S. M. R.; FRANCESCHINI, S. C. C.; ALMEIDA, L. P. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Rev. Nutr.**, v.15, n.3, p.273-282, 2002.

VIK, P. W.; CELLUCCI, T.; IVERS, H. Natural reduction of binge drinking among college students. **Addict. Behav.**, v.28, n.4, p.643-55, 2003.

VON AH, D.; EBERT, S.; NGAMVITROJ, A.; PARK, N.; KANG, D. Predictors of health behaviours in college students. **Journal of Advanced Nursing**, v.48, n.5, p.463-474, 2004.

WALLACE, L. S.; BUCKWORTH, J.; KIRBY, T. E.; SHERMAN, M. Characteristics of exercise behavior among college students application of Social Cognitive Theory to Predicting Stage of Change. **Preventive Medicine**, v.31, p.494-505, 2000.

WEITZMAN, E. R.; NELSON, T. F. College student binge drinking and the “Prevention Paradox”: implications for prevention and harm reduction. **J. Drug Education**, v.34, n.3, p.247-266, 2004.

ZHU, T.; FENG, B.; WONG, S.; CHOI, W.; ZHU, S. A comparison of smoking behaviors among medical and other college students in China. **Health Promotion International**, , v.19, n.2, p.189-196, 2004.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### I- Dados de identificação do participante

Nome: \_\_\_\_\_  
 Gênero: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cep: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

#### II- Dados do pesquisador responsável

Nome: Viviane Colares CRO: 4040  
 Unidade ou Departamento: Departamento de Odontologia Preventiva e Social/  
 Universidade de Pernambuco

Cargo/função: Professora Adjunta Matrícula: 6760

#### III- Dados sobre a pesquisa científica

##### Título:

Condutas de saúde de estudantes dos cursos de ciências da saúde das universidades públicas de Pernambuco – um estudo exploratório

##### Justificativa:

Necessidade do monitoramento das condutas de saúde dos estudantes universitários para que programas de prevenção e intervenção sejam implementados de forma direcionada.

##### Objetivo:

Investigar as condutas de saúde relacionadas ao uso de tabaco, consumo de álcool, medidas de segurança no trânsito, comportamentos de violência incluindo suicídio, uso de drogas ilícitas, comportamento sexual, conduta alimentar e prática de atividade física de estudantes da área de saúde das universidades públicas de Pernambuco durante a entrada e a saída da graduação.

##### Etapas da pesquisa:

Os dados dessa pesquisa serão obtidos através da aplicação de um questionário que será auto-aplicável. Após a coleta dos dados, estes serão analisados de maneira sigilosa e sem nenhuma identificação dos participantes.

##### Participação voluntária:

A participação do estudante é inteiramente voluntária e pode ser interrompida ou recusada em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade.

**Classificação do risco** (probabilidade do indivíduo sofrer algum dano como consequência da pesquisa):

1- Sem Risco      2-Risco Mínimo      3-Risco Médio      4- Risco Maior  
                                                                 

##### Duração da pesquisa:

Cada estudante participante deverá passar cerca de 20 minutos com o pesquisador para responder o questionário.

**Confidencialidade:**

As informações a respeito dessa pesquisa poderão ser publicadas em periódicos científicos. Será preservado o direito de confidencialidade.

**Assinaturas:**

Para aderir ao estudo, o estudante deverá assinar este termo de consentimento esclarecido. Assinando você deverá estar ciente de que:

- ✓ Você leu e entendeu todas as informações contidas neste termo.
- ✓ Você concordou voluntariamente em fazer parte desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
aceito participar como voluntário(a) da pesquisa científica com título “Condutas de saúde de estudantes dos cursos de ciências da saúde das universidades públicas de Pernambuco – um estudo exploratório”, desenvolvida pela Prof<sup>a</sup> Viviane Colares.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pela pesquisa

**APÊNDICE B**

## Comportamentos de risco para saúde de universitários

Este trabalho é sobre condutas de saúde.

Suas informações ajudarão na elaboração de estratégias preventivas e interceptivas dos fatores de risco para saúde dos estudantes universitários.

A participação nesta pesquisa é voluntária e as respostas dadas por você ficarão totalmente sob sigilo.

Nenhuma resposta será identificada, por isso pode ficar à vontade para expressar suas opiniões ou condutas.

Não escreva seu nome no questionário.

Muito obrigada por sua colaboração!

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

2. Qual seu sexo?

- a- feminino
- b- masculino

3. Com quem você mora atualmente? Você pode marcar mais de uma alternativa.

- a- Sozinho
- b- Cônjuge/ Companheiro(s)
- c- Amigo(s)
- d- Pais ou responsáveis
- e- Outros parentes
- f- Seu filho
- g- Outros

4. Como você descreveria a sua saúde geral?

- a- Excelente
- b- Muito boa
- c- Boa
- d- Ruim
- e- Péssima

5. Qual a escolaridade de sua mãe?

- a- Não frequentou a escola
- b- 1º. Grau incompleto ou completo
- c- 2º. Grau incompleto ou completo
- d- Curso técnico após 2º. grau
- e- Curso superior incompleto ou completo
- f- Não sei

6. Qual a escolaridade do seu pai?

- a- Não frequentou a escola
- b- 1º. Grau incompleto ou completo
- c- 2º. Grau incompleto ou completo
- d- Curso técnico após 2º. grau
- e- Curso superior incompleto ou completo
- f- Não sei

As próximas 7 questões serão sobre segurança e violência

7. Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda num carro no banco da frente?

- a- Nunca
- b- Raramente
- c- Às vezes

- d- A maioria das vezes
- e- Sempre

8. Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda num carro no banco de trás?

- a- Nunca
- b- Raramente
- c- Às vezes
- d- A maioria das vezes
- e- Sempre

9. Quando você andou de moto nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

- a- Eu não andei de moto nos últimos 12 meses
- b- Nunca usei um capacete
- c- Raramente usei um capacete
- d- Às vezes usei capacete
- e- A maioria das vezes usei capacete
- f- Sempre usei capacete

10. Quando você andou de bicicleta nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

- a- Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses
- b- Nunca usei um capacete
- c- Raramente usei um capacete
- d- Às vezes usei capacete
- e- A maioria das vezes usei capacete
- f- Sempre usei capacete

11. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você andou em um carro ou em outro veículo dirigido por alguém ou por você após ter consumido bebida alcoólica?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 ou 3 vezes
- d- 4 ou 5 vezes
- e- 6 ou mais vezes

12. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou uma arma de fogo ou uma faca? Não considere se carregar uma arma faz parte de seu trabalho.

- a- Nenhum dia



- b- 1 dia
- c- 2 ou 3 dias
- d- 4 ou 5 dias
- e- 6 ou mais dias

13. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em uma briga física?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 a 3 vezes
- d- 4 a 5 vezes
- e- 6 a 7 vezes
- f- 8 a 9 vezes
- g- 10 a 11 vezes
- h- 12 ou mais vezes

Às vezes as pessoas se sentem tão deprimidas e sem esperanças para o futuro que podem considerar a possibilidade de tentar suicídio, ou seja, tomar alguma atitude para tirar a própria vida. As próximas duas questões serão sobre suicídio.

14. Durante os últimos 12 meses, você já considerou seriamente uma tentativa de suicídio?

- a- Sim
- b- Não

15. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você tentou de fato suicídio?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 ou 3 vezes
- d- 4 ou 5 vezes
- e- 6 ou mais vezes

As próximas três questões serão sobre uso de tabaco.

16. Você já experimentou cigarro, mesmo uma ou duas baforadas?

- a- Sim
- b- Não

17. Você já fumou cigarro regularmente, isto é, no mínimo 1 cigarro por semana pelo período de um mês?

- a- Sim
- b- Não

18. Você já tentou parar de fumar cigarros?

- a- Sim
- b- Não
- c- Eu não fumo regularmente

As próximas duas questões serão sobre consumo de bebida alcoólica.

19. Quantos anos você tinha quando bebeu álcool pela primeira vez exceto um pequeno gole?

- a- Eu nunca bebi álcool exceto um pequeno gole
- b- 12 anos ou menos
- c- 13 ou 14 anos
- d- 15 ou 16 anos
- e- 17 ou 18 anos
- f- 19 ou 20 anos
- g- 21 ou 24 anos
- h- 25 anos ou mais

20. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- a- Nenhum dia
- b- 1 ou 2 dias
- c- 3 a 5 dias
- d- 6 a 9 dias
- e- 10 a 19 dias
- f- 20 a 29 dias
- g- Todos os 30 dias

As próximas três questões serão sobre uso de maconha

21. Durante sua vida, quantas vezes você fumou maconha?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 ou 2 vezes
- c- 3 a 9 vezes
- d- 10 a 19 vezes
- e- 20 a 39 vezes
- f- 40 a 99 vezes
- g- 100 ou mais vezes

22. Quantos anos você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?

- a- 12 anos ou menos
- b- 13 ou 14 anos
- c- 15 ou 16 anos

- d- 17 ou 18 anos
- e- 19 ou 20 anos
- f- 21 ou 24 anos
- g- 25 anos ou mais

23. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você fumou maconha?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 ou 2 vezes
- c- 3 a 9 vezes
- d- 10 a 19 vezes
- e- 20 a 39 vezes
- f- 40 ou mais vezes

As próximas sete questões serão sobre cocaína e uso de outras drogas

24. Durante sua vida, quantas vezes você usou qualquer forma de cocaína, incluindo pó, crack ou freebase?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 ou 2 vezes
- c- 3 a 9 vezes
- d- 10 a 19 vezes
- e- 20 a 39 vezes
- f- 40 a 99 vezes
- g- 100 ou mais vezes

25. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou qualquer forma de cocaína, incluindo pó, crack ou freebase?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 ou 2 vezes
- c- 3 a 9 vezes
- d- 10 a 19 vezes
- e- 20 a 39 vezes
- f- 40 ou mais vezes

26. Durante sua vida, quantas vezes você cheirou cola ou inalou aerosol ou qualquer tinta ou spray para ficar fora da realidade?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 ou 2 vezes
- c- 3 a 9 vezes
- d- 10 a 19 vezes
- e- 20 a 39 vezes
- f- 40 a 99 vezes
- g- 100 ou mais vezes

27. Durante sua vida, quantas vezes você tomou pílulas ou injeção de esteróide sem uma prescrição médica?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 ou 2 vezes
- c- 3 a 9 vezes
- d- 10 a 19 vezes
- e- 20 a 39 vezes
- f- 40 a 99 vezes
- g- 100 ou mais vezes

28. Durante sua vida, quantas vezes você usou qualquer tipo de droga ilícita como LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, anfetamina (speed), anfetamina (ice) e ou heroína?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 ou 2 vezes
- c- 3 a 9 vezes
- d- 10 a 19 vezes
- e- 20 a 39 vezes
- f- 40 a 99 vezes
- g- 100 ou mais vezes

29. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou qualquer outro tipo de droga ilegal, como LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, anfetamina (speed), anfetamina (ice) e ou heroína?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 ou 2 vezes
- c- 3 a 9 vezes
- d- 10 a 19 vezes
- e- 20 a 39 vezes
- f- 40 ou mais vezes

30. Durante sua vida, quantas vezes você usou uma agulha para injetar qualquer droga ilícita em você?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 ou mais vezes

As próximas oito questões serão sobre comportamento sexual. Para essa pesquisa, relação sexual é definida como coito vaginal, coito anal ou sexo oral e genital.

31. Quantos anos você tinha quando teve relação sexual pela primeira vez?

- a- Eu nunca tive relação sexual
- b- 12 anos ou menos

- c- 13 ou 14 anos
- d- 15 ou 16 anos
- e- 17 ou 18 anos
- f- 19 ou 20 anos
- g- 21 ou 24 anos
- h- 25 anos ou mais

32. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você teve relação sexual?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 ou 3 vezes
- d- 4 a 9 vezes
- e- 10 a 19 dias
- f- 20 ou mais vezes

33. Durante os últimos 30 dias, com que frequência você ou seu parceiro usou preservativo?

- a- Eu não tive relação sexual durante os últimos 30 dias
- b- Nunca usei preservativo
- c- Raramente usei preservativo
- d- Às vezes usei preservativo
- e- A maioria das vezes usei preservativo
- f- Sempre usei preservativo

34. Na última vez que você teve relação sexual você consumiu álcool ou usou drogas antes da relação?

- a- Eu nunca tive relação sexual
- b- Sim
- c- Não

35. Na última vez que você teve relação sexual, que método você ou seu parceiro usou para prevenir gravidez?

- a- Nenhum método foi usado para prevenir gravidez
- b- Pílulas anticoncepcionais
- c- Preservativo
- d- Coito interrompido
- e- Algum outro método
- f- Não sei

36. Quantas vezes você ficou grávida ou engravidou alguém?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 ou mais vezes
- d- Não sei

37. Durante sua vida, você já foi forçada a ter relação sexual?

- a- Sim
- b- Não

38. Você já fez o teste para verificar infecção pelo vírus da AIDS?

- a- Sim
- b- Não
- c- Não sei

As próximas oito questões serão sobre peso corporal

39. Como você descreve seu peso?

- a- Muito abaixo do peso normal
- b- Levemente abaixo do peso normal
- c- No peso certo
- d- Levemente acima do peso normal
- e- Muito acima do peso normal

40. Dentre as alternativas abaixo, o que você está tentando fazer com relação ao seu peso?

- a- Perder peso
- b- Ganhar peso
- c- Manter peso
- d- Eu não estou tentando fazer nada com meu peso

41. Durante os últimos 30 dias, você fez dieta para perder ou manter o peso?

- a- Sim
- b- Não

42. Durante os últimos 30 dias, você fez exercício para perder ou manter o peso?

- a- Sim
- b- Não

43. Durante os últimos 30 dias, você vomitou ou tomou laxantes para perder ou manter o peso?

- a- Sim
- b- Não

44. Durante os últimos 30 dias, você tomou pílulas para emagrecimento?

- a- Sim
- b- Não

45. Qual a sua altura? \_\_\_\_\_

46. Qual seu peso? \_\_\_\_\_

As próximas 4 questões serão sobre o que você comeu no dia de ontem

47. Ontem, quantas vezes você comeu frutas ou tomou suco de frutas?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 vezes
- d- 3 ou mais vezes

48. Ontem, quantas vezes você comeu salada de verdura ou vegetais cozidos?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 vezes
- d- 3 ou mais vezes

49. Ontem, quantas vezes você comeu hambúrguer, cachorro-quente, coxinha, empadinha, salgadinhos ou batatas fritas?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 vezes
- d- 3 ou mais vezes

50. Ontem, quantas vezes você comeu biscoitos, tortas ou bolos?

- a- Nenhuma vez
- b- 1 vez
- c- 2 vezes
- d- 3 ou mais vezes

A próxima questão será sobre atividade física.

51. Quantas vezes nos últimos 7 dias você praticou exercícios ou praticou esportes por pelo menos 20 minutos que fizeram você suar e respirar forte, como basket, cooper, natação, tênis, musculação, ciclismo ou atividades aeróbicas similares?

- a- Nenhum dia
- b- 1 dia
- c- 2 dias
- d- 3 dias
- e- 4 dias

- f- 5 dias
- g- 6 dias
- h- 7 dias

52. De qual dos seguintes tópicos de saúde você já recebeu informação na faculdade ou universidade? Você pode marcar mais de uma alternativa.

- a- Prevenção do uso do tabaco
- b- Prevenção do consumo de bebida alcoólica e outras drogas
- c- Prevenção da violência
- d- Prevenção de acidentes e segurança
- e- Prevenção de suicídio
- f- Prevenção de gravidez
- g- Prevenção de DSTs
- h- Prevenção de AIDS ou infecção pelo HIV
- i- Hábitos dietéticos e nutricionais
- j- Atividades físicas

Muito obrigada!!!

**ANEXOS**

**ANEXO A**

**ANEXO B**































# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)