

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

CÍNTIA TAVARES CARLETO

**HÁBITOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS
DA ÁREA DA SAÚDE**

UBERABA-MG

2012

CÍNTIA TAVARES CARLETO

HÁBITOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde da criança e do adolescente

Orientadora: Prof^a Dr^a Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

UBERABA-MG

2012

*Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Universitária, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)*

C279h Carleto , Cíntia Tavares, 1982-
Hábitos de saúde e qualidade de vida de universitários da área da Saúde
/Cíntia Tavares Carleto. -- 2012.
122f.; il.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, 2012.
Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa .

1. Estudantes de Ciências da Saúde. 2. Qualidade de Vida. 3. Conduta de
saúde. I. Pedrosa, Leila Aparecida Kauchakje. II. Universidade Federal do
Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613

CÍNTIA TAVARES CARLETO

**HÁBITOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA
DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba/MG , 13 de dezembro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Vanderlei José Haas
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva
Universidade Federal de Uberlândia

Dedico este trabalho à minha família:
minha mãe Célia, meu saudoso pai
Osmar (*in memoriam*), minha irmã
Patrícia, minha avó Elvira e meu esposo
Eder, pelo amor incondicional, carinho,
apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença viva em minha vida, por iluminar meus caminhos, por todas as graças e bênçãos recebidas.

À minha mãe Célia, pelos ensinamentos, carinho, dedicação e incentivo em todos os momentos minha vida, mas, sobretudo, pelo amor incondicional.

À minha irmã Patrícia, pelo amor, carinho, apoio e por me ensinar que devo sempre buscar meus objetivos com confiança.

À minha avó Elvira, pelos ensinamentos, pelo carinho, pelo exemplo de vida e de fé.

Ao meu esposo Eder, pelo amor, companheirismo, confiança, apoio e paciência.

Ao Sr Eurípedes, Luciana, Luís e Ana Júlia, pelo respeito, apoio e incentivo.

Aos amigos Fabiano, Ângela, Márcia Gabriela, Flávio, Adriana, pela amizade, apoio e incentivo.

Aos meus familiares, afilhados e amigos, pelo carinho, por compreenderem minha ausência e me apoiarem nesta trajetória.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro e ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde - PPGAS, por possibilitarem condições para o aprimoramento dos meus conhecimentos e para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos docentes do PPGAS, pelos ensinamentos e pelas orientações.

Aos funcionários da secretaria do PPGAS, pelo acolhimento e pela atenção.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos de estudo, pelo companheirismo e pelas alegrias compartilhadas, em especial, às amigas Laís, Joyce e Karla, pelo apoio e pela amizade construída e fortalecida neste período.

A todos que colaboraram na coleta de dados, Ana Patrícia, Bianca, Débora, Eliana, Geovanna, Giovanna, Helisângela, Jonatas, Laís, Lucas, Marli, Martina, Patrícia, Pollyana, Sabrina, Sara, Simone, Tanani, Thaís e Vitória. Muito obrigada pelo apoio e pela inestimável contribuição!

À Professora Dra Rosimár Alves Querino, Pró-Reitora de Assuntos Comunitários e Estudantis da UFTM, pelo apoio e pelas importantes contribuições com o desenvolvimento deste estudo.

Ao Washington Abadio da Silva, supervisor do Núcleo de Assistência Estudantil da UFTM, pelo apoio, pelas sábias palavras e pelo exemplo de vida.

Aos servidores e amigos do NAE e da PROACE, em especial, Sabrina e Aparecida Beatriz, pelas sugestões, orientações e pelo incentivo.

Ao professor Dr. Vanderlei José Haas, pelas importantes contribuições com o desenvolvimento deste estudo, pela orientação na análise de dados, pelo comprometimento, pela disponibilidade e atenção.

Ao professor Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, pelo aceite, pela cordialidade e pelas importantes contribuições com a melhoria deste estudo.

À professora Dra Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa pela acolhida, pela confiança, pelos ensinamentos e pela amizade construída nesse período. Minha gratidão e eterna admiração.

Aos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde da UFTM, pela disponibilidade em participarem desta pesquisa.

A todos que participaram, direta ou indiretamente, dessa trajetória e que contribuíram com a concretização desta pesquisa.

Muito obrigada!

“Dê-me Senhor, agudeza para entender, capacidade de reter, método e faculdade para aprender, sutileza para interpretar, graça e abundância para falar. Dê-me Senhor, acerto ao começar, direção ao progredir e perfeição ao concluir.”

Santo Tomás de Aquino

RESUMO

CARLETO, Cíntia Tavares. **Hábitos de saúde e qualidade de vida de universitários da área da Saúde**. 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

A educação superior vem se expandindo cada vez mais, principalmente, pela criação de políticas governamentais de acesso às universidades, ocasionando o aumento e a heterogeneidade de seu alunado. Os estudantes vivenciam de forma diferente o contexto universitário a partir de suas experiências e características pessoais que repercutem na sua qualidade de vida (QV) e saúde. Este estudo objetivou analisar os hábitos de saúde e a QV de estudantes universitários dos cursos de graduação da área da Saúde de uma Instituição Federal de Ensino Superior; caracterizar os universitários da área da Saúde sociodemograficamente; identificar os hábitos de saúde dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde; comparar os hábitos de saúde e a QV entre os períodos iniciais, intermediários e finais e entre os sexos; mensurar a QV e identificar a relação entre os preditores sexo, renda familiar mensal, períodos dos cursos, informações em saúde recebidas, hábitos inadequados, autoavaliação da saúde e os escores de QV. Trata-se de um estudo observacional, seccional, de abordagem quantitativa, que utilizou três questionários para coleta de dados: o sociodemográfico e clínico, o National College Health Risk Behavior - NCHRB e o WHOQOL-bref. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 17.0. Foram investigados 253 universitários, 72,3% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 22,4 anos, a maioria era solteira, cor da pele branca, migrante, residia com amigos, sem doenças crônicas e com muito boa percepção de saúde. Os hábitos relacionados ao consumo de drogas ilícitas, a frequência de relação sexual nos últimos 30 dias e as informações em saúde recebidas sobre prevenção de DST, HIV/AIDS e hábitos dietéticos e nutricionais apresentaram-se estatisticamente significativos e aumentaram entre os alunos dos últimos períodos. Os hábitos de segurança e violência, como o envolvimento em briga física nos últimos 12 meses, apresentaram significância estatística, evidenciando que os homens envolveram-se mais em brigas físicas do que as mulheres. Em relação ao consumo de substâncias, observou-se uma diferença estatisticamente significativa indicando que os homens consumiram bebida alcoólica, apresentaram maior frequência de fumo regular e utilizaram

maconha com maior frequência do que as mulheres. Os alunos apresentaram melhor percepção de QV no domínio Físico e percepção inferior de QV no domínio Meio Ambiente. A análise de regressão linear múltipla apontou que o preditor autoavaliação da saúde foi estatisticamente significativo para os quatro domínios de QV, indicando que quanto melhor a percepção de saúde, melhor a QV. Observou-se relação significativa entre o preditor renda e o domínio Meio Ambiente, indicando que, quanto melhores as condições financeiras, melhor a percepção de QV para este domínio. Foi possível estabelecer, na análise bivariada, uma relação entre os hábitos de saúde e QV, indicando que os hábitos saudáveis contribuíram para a saúde e a QV dos universitários. Os resultados desta pesquisa podem contribuir com o desenvolvimento e com a implementação de ações de assistência estudantil, que visem à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida discente, bem como, a prevenção de hábitos de risco e de adoecimento no ambiente universitário.

Descritores: Estudantes de Ciências da Saúde. Qualidade de Vida. Conduta de saúde.

ABSTRACT

CARLETO, Cíntia Tavares. **Health habits and quality of life of university students from the the Health area.** 2012. 109 p. Thesis (Master Degree in Health Care) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

College education has been increasingly expanding, mainly through the creation of governmental policies of access to universities, resulting in the increase and heterogeneity of its students. Learners are affected by the university context in a different way depending on their experiences and personal features which reflect on their quality of life (QOL) and health. This study aimed to analyze the health habits and QOL of university students from the bachelor degree courses in the Health area from a Federal Institution of College Education; depict the students from the health area sociodemographically; identify the health habits of students from the bachelor degree courses of the health area; compare the health habits and the QOL among the first, intermediate and final terms and between the sexes; measure the QOL within its domains and identify the relation among the predictors sex, monthly family income, course terms, health information received, inadequate habits, self-evaluation of health and QOL scores. It is an observational, sectional and of quantitative approach study, which relied on three questionnaires for data collection: the sociodemographic and clinic, the National College Health Risk Behavior, NCHRB and the WHOQOL-bref. The data have been analyzed in the statistical program SPSS 17.0. 253 university students have been investigated, 72,3% were females, the age average was 22,4 years, most were single, with white skin, migrant, residing with friends, free of chronic diseases and had a great health perception. The habits related to the use of illegal drugs, the frequency of sexual intercourse in the past 30 days and the health information received about STD prevention, HIV/AIDS and dietetic and nutritional habits proved statistically significant and increased among final term students. The safety and violence habits, such as the involvement in physical fight in the past 12 months, showed statistical significance, proving that men got involved in more physical fights than women. Regarding drug use, a statistically significant difference has been noticed indicating that men consumed alcohol, showed higher frequency of regular smoking and used marijuana more often than women. The students demonstrated better QOL perception in the Physical domain and lower perception in the Environment domain. The multiple linear regression

analysis showed that predictor self-evaluation of health was statistically significant for the four QOL domains, meaning that the better the health perception, the better the QOL. A significant relation between the income predictor and the Environment domain was noticed, proving that the better the financial conditions, the better the QOL perception for this domain. It was possible to establish, in the bivariate analysis, a relation between health habits and QOL, indicating that healthy habits contributed to health and QOL of students. The results of this study may contribute to the development and implementation of actions for student assistance which aim the promotion of health and improvement of quality life of students, as well as the prevention of risk habits and disease in the university environment.

Descriptors: Students, Health Occupations. Quality of Life. Health behavior.

RESUMEN

CARLETO, Cíntia Tavares. **Hábitos de salud y calidad de vida de los universitarios de la área de salud.** 2012. 109 f. Disertación (Maestría en Salud) - Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

La educación superior se expande cada vez más, mediante la creación de políticas gubernamentales sobre el acceso a las universidades, los aumentos y la heterogeneidad de sus estudiantes. Los estudiantes experimentan de manera diferente el contexto de la universidad de sus experiencias y características personales que incidan en la calidad de vida (CV) y salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar los hábitos de salud y calidad de vida entre los estudiantes universitarios de las carreras de grado en el área de la Salud de una Institución Federal de Enseñanza Superior; caracterizar los sociodemográficamente, identificar sus hábitos de salud de los estudiantes en los cursos graduación de el área de la salud, comparar los hábitos de salud y CV entre los períodos iniciales, intermedios y finales y de género; mensurar CV e identificar la relación entre los predictores sexo, los ingresos familiares, los períodos de los cursos, información en salud recibida, los malos hábitos, autoevaluación de la salud y las puntuaciones de CV. Se trata de un estudio observacional, transversal, de enfoque cuantitativo, que utilizaron tres cuestionarios para la recolección de los datos: las características sociodemográficas y clínicas, el Colegio Nacional de Salud Comportamiento de Riesgo - NCHRB y WHOQOL BREF. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 17,0. Se investigaron 253 estudiantes, el 72,3% eran mujeres, la edad media fue de 22,4 años, en su mayoría eran solteros, piel blanca, inmigrante, vivió con amigos sin enfermedades crónicas y con muy buena percepción de salud. Hábitos relacionados con el consumo de drogas ilícitas, la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos 30 días y recibió información de salud sobre prevención de ETS, VIH / SIDA y la nutrición y los hábitos alimenticios fueron estadísticamente significativas entre los estudiantes y el aumento en los últimos períodos. Los hábitos de seguridad y la violencia, como peleas físicas en los últimos 12 meses, estadísticamente significativos, muestran que los hombres que participaron en las luchas más que las mujeres. En relación al consumo de sustancias, hubo una diferencia estadísticamente significativa, los hombres que consumen alcohol, tenían una mayor frecuencia de consumo regular de tabaco y el uso de marihuana con más frecuencia

que las mujeres. Ellos tuvieron una mejor percepción de CV en el dominio físico y menor percepción de CV en el ambiente de campo. Un análisis de regresión lineal múltiple mostró que la autopercepción de la salud fue estadísticamente significativa para los cuatro dominios de CV, lo que indica que la mejor percepción de la salud, una mejor CV. Se observó una relación significativa entre el ingreso y dominio predictor Medio Ambiente, indica que las mejores condiciones financieras, mejor a percepción de CV para este dominio. Se estableció, en el análisis bivariado, una relación entre CV y los hábitos de salud, lo que indica que los hábitos saludables contribuidos y la CV de los universitarios. Los resultados pueden contribuir al desarrollo y la ejecución de actividades de asistencia, con el objetivo de promover la salud y mejorar CV de los estudiantes, así como la prevención de hábitos de riesgo y enfermedad.

Descriptores: Estudiantes del Área de la Salud. Calidad de Vida. Conducta de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População, amostra sorteada e participantes do estudo (Uberaba/MG, 2012)	45
Tabela 2	Distribuição dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde por curso e por período (Uberaba/MG, 2012).....	50
Tabela 3	Dados sociodemográficos dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	51
Tabela 4	Escolaridade dos pais dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	52
Tabela 5	Renda familiar e per capita dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	54
Tabela 6	Dados clínicos dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	54
Tabela 7	Hábitos relacionados à segurança dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	58
Tabela 8	Hábitos relacionados a violência e suicídio dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	61
Tabela 9	Consumo de tabaco e álcool pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	63
Tabela 10	Consumo de maconha e cocaína, na vida, pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	65
Tabela 11	Consumo de drogas ilícitas, na vida, pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	55

Tabela 12	Consumo de drogas ilícitas, nos 30 dias anteriores ao estudo, pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	68
Tabela 13	Comportamento sexual dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)..	70
Tabela 14	Comportamento sexual dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)..	71
Tabela 15	Avaliação da alimentação dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	73
Tabela 16	Autoavaliação do peso dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)..	74
Tabela 17	Práticas em relação ao peso dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	75
Tabela 18	Avaliação do IMC dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	76
Tabela 19	Prática de exercícios ou esportes, nos 7 dias anteriores ao estudo, pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	77
Tabela 20	Informações em saúde recebidas pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)	79
Tabela 21	Hábitos de segurança e violência dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com o sexo (Uberaba/MG, 2012).....	80
Tabela 22	Consumo de substâncias e comportamento sexual dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com o sexo (Uberaba/MG, 2012).....	81
Tabela 23	Hábitos violentos, consumo de tabaco e prática sexual dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com o sexo (Uberaba/MG, 2012).....	82

Tabela 24	Hábitos relacionados ao peso, nos últimos 30 dias, dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com o sexo (Uberaba/MG, 2012).....	83
Tabela 25	Medidas de centralidade e dispersão dos escores dos domínios de QV do WHOQOL-BREF dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	84
Tabela 26	Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos, segundo variáveis sociodemográficas dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	85
Tabela 27	Correlação entre os escores de QV, idade e renda dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	86
Tabela 28	Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde segundo os períodos (Uberaba/MG, 2012).....	86
Tabela 29	Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos intermediários e extremos (Uberaba/MG, 2012).....	87
Tabela 30	Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos iniciais e os demais períodos (Uberaba/MG, 2012).....	88
Tabela 31	Correlação entre os domínios de QV e hábitos de saúde dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	89
Tabela 32	Correlação entre os domínios de QV e a prática de exercícios ou esportes dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)	90
Tabela 33	Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde segundo informações recebidas (Uberaba/MG, 2012)	90
Tabela 34	Correlação entre a autoavaliação de saúde e os domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	91

Tabela 35	Correlação entre os domínios de QV e os hábitos inadequados dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	91
Tabela 36	Correlação entre os domínios de QV e os hábitos saudáveis dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	92
Tabela 37	Análise de regressão linear múltipla para os domínios Físico e Relações Sociais de QV de acordo com alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	93
Tabela 38	Análise de regressão linear múltipla para os domínios Psicológico e Meio Ambiente de QV de acordo com alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012).....	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 O CONTEXTO UNIVERISTÁRIO	21
1.2 HÁBITOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	25
1.2.1 Tabaco	26
1.2.2 Álcool e drogas	28
1.2.3 Acidentes e violência	30
1.2.4 Comportamento sexual	32
1.2.5 Alimentação e atividade física	33
1.3 QUALIDADE DE VIDA	35
1.3.1 Considerações acerca da qualidade de vida	35
1.3.2 Qualidade de vida de universitários	36
1.3.3 Qualidade de vida e Promoção da Saúde	39
2 OBJETIVOS	42
2.1 OBJETIVO GERAL	42
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
3 METODOLOGIA	43
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
3.2 LOCAL DO ESTUDO	43
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	44
3.3.1 Critérios de inclusão	44
3.4 AMOSTRA	44
3.5 COLETA DE DADOS	46
3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	48
3.7 GERENCIAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE	51
4.2 HÁBITOS DE SAÚDE DOS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE	56
4.2.1 Comparação dos hábitos de saúde dos universitários da área da Saúde entre os períodos dos cursos	56

4.2.2 Comparação dos hábitos de saúde dos universitários da área da Saúde entre os sexos	79
4.3 QUALIDADE DE VIDA DOS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE	84
4.3.1 Mensuração da qualidade de vida dos universitários da área da Saúde ..	84
4.3.2 Comparação da qualidade de vida dos universitários da área da Saúde entre variáveis sociodemográficas e períodos dos cursos.....	84
4.4 RELAÇÃO ENTRE PREDITORES SOCIODEMOGRÁFICOS E HÁBITOS DE SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DE VIDA	89
5 CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICES	108
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	108
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
APÊNDICE C – CARTA AO DRCA	110
APÊNDICE D – CARTA AOS COORDENADORES DE CURSO.....	111
APÊNDICE E – CARTA À PROACE	112
ANEXOS	113
ANEXO A – INSTRUMENTO NCHRB	113
ANEXO B – WHOQOL-BREF	118
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	122

1 INTRODUÇÃO

A educação superior vem se expandido cada vez mais, principalmente, pela criação de políticas governamentais de acesso às universidades, que têm ocasionado o aumento e a heterogeneidade de seu alunado. É um espaço formal de ensino-aprendizagem e possui particularidades e características que repercutem na qualidade de vida e saúde de todos os envolvidos nesse processo (LEMOS, 2010).

Os estudos com universitários buscam compreender os fenômenos que estão envolvidos com esse processo de mudança significativa na vida do indivíduo (LEMOS, 2010). Entre os diversos fatores, os hábitos de saúde e a qualidade de vida dos universitários possuem relevância nestes estudos.

Considera-se que os universitários da área da Saúde estão mais envolvidos no processo ensino-aprendizagem com temas e vivências relacionados à fisiopatologia, promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças ou de hábitos que levam ao desenvolvimento de processos mórbidos, bem como possuem maior esclarecimento sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis (BARRETO, 2011; RIBEIRO, 2007).

Os acadêmicos da área da Saúde merecem atenção especial, pois, além da relevância dos hábitos saudáveis para o indivíduo, também serão importantes, através de sua futura atividade profissional, por ensinar e propagar esses hábitos na população (BARRETO, 2011; FRANCA; COLARES, 2008).

Nesse sentido, é fundamental o monitoramento dos comportamentos dos estudantes, a fim de que sejam traçadas, a tempo, estratégias preventivas e/ou de intervenção relacionadas aos temas com necessidades evidentes (SANTOS, 2006).

Dessa forma, a motivação para o desenvolvimento deste estudo surgiu devido à minha atuação como enfermeira no Núcleo de Assistência Estudantil, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, na perspectiva da prevenção e promoção da saúde dos universitários, bem como, por ser aluna do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, nível mestrado, e buscar fundamentação científica para questões suscitadas na prática profissional.

Nesse sentido, este estudo foi desenvolvido buscando a reflexão sobre os hábitos de saúde e a qualidade de vida de estudantes universitários dos cursos de graduação da área da Saúde, norteado pela hipótese de que os hábitos de saúde adequados estão relacionados a uma melhor percepção de qualidade de vida.

1.1 O CONTEXTO UNIVERISITÁRIO

As instituições de educação superior, de acordo com a Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007, são classificadas de acordo com sua organização acadêmica em: faculdades; centros universitários; universidades; institutos federais de educação, ciência e tecnologia; e centros federais de educação tecnológica (BRASIL, 2007a).

As faculdades incluem institutos e organizações equiparadas, nos termos do Decreto nº 5.773, de 2006. Os centros universitários são instituições de ensino superior, pluricurriculares, que se caracterizam pela excelência do ensino oferecido, pela qualificação do seu corpo docente e pelas condições de trabalho acadêmico oferecidas à comunidade escolar. As universidades são instituições pluricurriculares de formação de profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano. Os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFs) são instituições de educação superior, básica e profissional, pluricurriculares, especializados na oferta de educação profissional e tecnológica. Os Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefets) têm por finalidade formar e qualificar profissionais no âmbito da educação profissional e tecnológica, nos diferentes níveis e modalidades de ensino, para os diversos setores da economia, bem como realizar pesquisa aplicada e promover o desenvolvimento tecnológico de novos processos, produtos e serviços (BRASIL, 2007a).

De acordo com o Censo da Educação Superior de 2010, o Brasil possui 2378 Instituições de Ensino Superior (IES), sendo 88,3% particulares, 4,5% estaduais, 4,2% federais e 3,0% municipais. Do total, 85,2% são faculdades, 8,0% são universidades, 5,3% são centros universitários e 1,5% são institutos federais de educação, ciência e tecnologia e centros federais de educação tecnológica (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2012).

O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) foi instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007, como uma das ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), com a finalidade de ampliar o acesso e permanência nos cursos de graduação, aumentar a qualidade dos cursos e melhor aproveitar a estrutura física e os recursos humanos existentes nas universidades federais (BRASIL, 2007b).

Essas mudanças no cenário do ensino superior brasileiro contribuem com o desenvolvimento do país. Além do aumento do número de vagas oferecidas, da criação de novos cursos, inclusive no período noturno, da reestruturação acadêmico-curricular, foram criados ou aprimorados, nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), os programas de assistência estudantil, como moradia, alimentação, transporte, assistência à saúde e inclusão digital (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR, 2011).

O Plano Nacional de Assistência Estudantil foi formulado, em outubro de 1998, pelo Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE) e lançado, em 2007, pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes). Em 12 de dezembro de 2007, por meio da Portaria Normativa nº 39 do Ministério da Educação, foi instituído no âmbito da Secretaria de Educação Superior (SESu) com a finalidade de buscar soluções para os problemas relacionados à permanência e à conclusão de curso pelos alunos em vulnerabilidade socioeconômica das IFES por meio de ações assistenciais na perspectiva da inclusão social, de melhoria do desempenho acadêmico e da qualidade de vida (BRASIL, 2007c; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR, 2011).

Em 19 de julho de 2010, por meio do Decreto nº 7234, foi convertido em Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), consolidado como Programa de Estado e instituído no âmbito do Ministério da Educação (MEC). Dessa forma, reafirmando seus objetivos de democratizar as condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal; minimizar os efeitos das desigualdades sociais e regionais na permanência e conclusão da educação superior; reduzir as taxas de retenção e evasão; e contribuir para a promoção da inclusão social pela educação (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR, 2011).

Observou-se um aumento na taxa de escolarização, na educação superior, no período entre 2001 e 2009, de 8,9% para 14,4%. Em 2001, o Plano Nacional de Educação estabeleceu que, ao final de 2010, o provimento da oferta de educação superior deveria atingir, pelo menos, 30% da população de 18 a 24 anos. Em 2009, atingiu-se um provimento de graduados correspondente a 17,2% das pessoas desta

faixa etária (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2012).

Dessa forma, há um aumento contínuo do número de pessoas que ingressam no ensino superior e vivenciam o cotidiano universitário que, geralmente, faz parte do ciclo vital dos adolescentes e/ou dos jovens (ASSIS; OLIVEIRA, 2011).

O perfil do aluno de graduação de cursos da área da Saúde, de acordo com o Censo da Educação Superior de 2010, é predominantemente do sexo feminino, com idade entre 19 e 23 anos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2012).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Artigo 2º, considera-se como criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e, como adolescente, a pessoa que possui entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que classifica como adolescência o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e, como juventude, o período entre 15 e 24 anos. Além disso, utiliza o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens com faixa etária entre 10 e 24 anos (BRASIL, 2010).

Geralmente, a juventude é caracterizada como o período da vida de transição entre a infância para a vida adulta e produz transformações biológicas, psicológicas, sociais e culturais que variam de acordo com a sociedade, cultura, classe, gênero, etnia e época. A juventude tem se prolongado na medida em que os processos de emancipação dos jovens são postergados por vários motivos, como a ampliação do período de formação escolar para suprir as exigências do mercado de trabalho (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2006).

Conhecer as questões relacionadas à saúde do estudante universitário inclui conhecer o seu contexto e sua percepção sobre ele, uma vez que o período de formação do universitário é um momento bastante significativo, marcado por muitos desafios, mudanças e dificuldades a serem superadas. Corresponde a uma fase peculiar na vida do indivíduo, pois, geralmente, associa mudanças e adaptações próprias da transição da adolescência para a vida adulta (SILVA, 2010; POLYDORO, 2000).

No ambiente universitário, geralmente, alguns jovens têm, pela primeira vez, independência da supervisão dos pais e, então, devem se tornar responsáveis por

seus comportamentos. Como os valores, atitudes, hábitos e comportamentos, que marcam a vida de adolescentes e de jovens, encontram-se em processo de formação e solidificação, nesse período os estudantes podem mudar seu estilo de vida e passar a adotar hábitos positivos ou negativos para a saúde (BRASIL, 2010; FRANCA; COLARES, 2010).

Os valores e o comportamento dos amigos ganham importância crescente na medida em que há um direcionamento à independência e distanciamento dos pais. Concomitantemente, a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida (BRASIL, 2010).

A educação superior possui uma repercussão positiva na QV da população diplomada em cursos superiores, pois contribui para a tomada de decisão sobre a própria vida econômica, emocional, no trabalho, no cuidado com a própria saúde e, também, formação crítica e exigente do indivíduo (OLIVEIRA, 2005).

Contudo, no período de formação acadêmica, o meio universitário demonstra uma realidade que evidencia um contexto paradoxal, uma vez que seu cotidiano pode representar para a população integrante tanto um ambiente promotor da saúde quanto um espaço limitante desta (RIBEIRO et al., 2010).

O contexto universitário pode oferecer possibilidades de estresse negativo, uma vez que é um local onde o estudante permanece grande parte do dia, por vários anos, convive com uma diversidade de pessoas e com situações que o levam a desenvolver estratégias de sobrevivência da forma mais saudável possível (RIBEIRO et al., 2010).

Cada estudante vivencia essa nova etapa de forma diferente a partir de experiências já vividas e de suas características pessoais. Assim, mesmo que os estudantes tenham históricos acadêmicos parecidos, sua maneira de encarar a vida acadêmica depende de variáveis de cunho pessoal, familiar, entre outras (LEMOS, 2010).

Assim, quanto mais precocemente os indivíduos assumirem condutas de saúde positivas, maiores serão as chances de que essas condutas prossigam ao longo da vida adulta (FRANCA; COLARES, 2010).

1.2 HÁBITOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial de Saúde define saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Dessa forma, a saúde deve ser compreendida de forma holística, reconhecendo a estreita relação entre as condições socioeconômicas e sociais, o meio físico e os estilos de vida individuais (BRESIGHELLO, 2005).

O estilo de vida refere-se aos comportamentos adquiridos por decisão pessoal sob influência social e/ou cultural, incluindo os hábitos alimentares, o consumo de drogas lícitas ou ilícitas e o sedentarismo, que podem impactar a Qualidade de Vida (QV) e a saúde (SONATI; VILARTA, 2010). Esses fatores, positivos ou negativos, muitas vezes são instalados em idades precoces, prevalecem até à vida adulta e influenciam a saúde e o bem estar (ROMANSINI, 2007).

A adoção de hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física regular e a adoção de uma alimentação saudável, promove um estado nutricional adequado, prevenindo, principalmente, as doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis por 60,0% de todos os óbitos no mundo (SONATI; VILARTA, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

Assim, as condutas de saúde repercutem de forma significativa na QV dos indivíduos e podem prevenir ou retardar o aparecimento das doenças crônicas (COLARES; FRANCA; GONZALEZ, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

Há cerca de 30 anos, no Brasil, a QV era determinada, especialmente, pelas condições de saneamento básico, situação financeira, acesso à saúde e educação. Atualmente, ainda utilizam-se esses fatores como índices para a avaliação da QV; contudo, a adoção de um estilo de vida saudável, com a melhoria das condições de vida onde as pessoas têm maior acesso aos bens de consumo, passa, também, a ser considerada importante fator para a determinação da QV (SONATI; VILARTA, 2010).

Com a evolução tecnológica, o homem modificou hábitos, adquiriu melhores condições de vida e transformou a maneira de perceber sua QV, valorizando mais a

saúde e sua independência funcional. Uma saúde equilibrada contribui para uma melhor independência física, disposição para o trabalho e lazer, resultando na melhoria da QV (SONATI; VILARTA, 2010).

Contudo, encontram-se, frequentemente, em todas as camadas sociais e em vários estágios da vida, problemas de saúde e, principalmente, complicações decorrentes do estilo de vida que afetam, diretamente, a QV das pessoas e da população (MACIEL, 2006).

Desse modo, avaliar a QV é importante para conhecer o estilo de viver das pessoas e sua influência sobre a saúde e a vida (MACIEL, 2006). Da mesma forma, conhecer os determinantes dos comportamentos e estilo de vida dos jovens, inseridos nos sistemas educacionais, propicia condições necessárias para estratégias educativas e intervenções (MATOS; ALBUQUERQUE, 2006).

Os jovens compõem um segmento vulnerável da população. As mudanças decorrentes do ingresso no meio universitário, como novas relações sociais e adoção de novos comportamentos, somadas a situações próprias da adolescência, como as alterações biológicas e instabilidade psicossocial, podem tornar os adolescentes universitários um grupo vulnerável a circunstâncias que colocam em risco sua saúde (VIEIRA et al., 2002).

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) desenvolveu, em 1990, o Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco da Juventude e monitora seis categorias de comportamentos de risco entre jovens: uso de tabaco; álcool e outras drogas; comportamentos que contribuem para lesões intencionais e não intencionais; comportamentos sexuais; comportamentos alimentares inadequados e inatividade física; descrevendo-as como prioritárias para programas de promoção da saúde direcionados aos estudantes nos *campi* universitários (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1997).

1.2.1 Tabaco

O consumo do cigarro ou de produtos derivados do tabaco é prejudicial à saúde e mata cerca de cinco milhões de pessoas, por ano, no mundo e 200 mil, por ano, no Brasil (BRASIL, 2006).

Atualmente, o tabagismo é reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, que expõe continuamente os usuários dos produtos

de tabaco a, aproximadamente, 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 delas cancerígenas para o ser humano (BRASIL, 2006).

Diariamente, cerca de 100.000 jovens começam a fumar no mundo, 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos e a média de idade do início é de 15 anos (BRASIL, 2006).

De acordo com Silva (2009), o início do tabagismo pode estar vinculado ao ambiente em que o indivíduo convive, especialmente na adolescência, quando os adultos (pais, responsáveis, amigos e familiares) são tabagistas e tendem a influenciar o consumo do tabaco.

O adolescente está exposto a situações de vida que influenciam, em grau e momentos diferentes, de forma decisiva no uso ou não do tabaco, entre elas: a separação dos pais e os novos arranjos familiares, a pressão por escolher uma carreira profissional, a necessidade de trabalhar para ajudar na renda familiar, ou a falta de emprego, o desejo de pertencer a um determinado grupo, de ser esteticamente adequado a um padrão de beleza exigido pela sociedade, a dificuldade de se relacionar com o próprio corpo, as mudanças inerentes à fase vivenciada, a exposição à violência, entre outras situações (REINALDO, 2010).

Wagner e outros (2007), em um estudo comparativo sobre o padrão de consumo de álcool e de drogas lícitas e ilícitas entre estudantes da Universidade de São Paulo, nos anos de 1996 e 2001, observaram aumento no uso de diversas substâncias entre os estudantes universitários. Em relação ao tabaco, observaram um aumento significativo no uso durante a vida (de 44,8% para 50,9%) e no consumo nos últimos 30 dias (de 19,6% para 23,5%) entre os homens.

Silva (2009) realizou um estudo a fim de conhecer a prevalência e o conhecimento sobre tabagismo entre estudantes universitários da área da Saúde de universidades pública e privada no Mato Grosso.

Em relação ao consumo regular ou ocasional, observou alta prevalência de tabagismo entre os universitários (17,4%), com maiores prevalências para as universidades privadas e, em relação aos cursos, para os cursos de Farmácia (29,6%), Odontologia (25,5%) e Psicologia (19,7%). Os alunos citaram como principais fatores que dificultam a cessação do tabagismo: a ansiedade, a depressão e a dependência (SILVA, 2009).

Quanto ao conhecimento sobre a substância causadora de dependência, a nicotina, observou que possuem conhecimento elevado. Sobre as doenças

consequentes ao tabagismo, as mais citadas foram o câncer de pulmão e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). A doença menos citada foi o aneurisma de aorta, possivelmente, por ser uma doença ainda pouco valorizada como tabaco-dependente (SILVA, 2009).

1.2.2 Álcool e drogas

O álcool é uma droga cuja ação é responsável pela depressão do sistema nervoso central, que causa alterações comportamentais e psicológicas, além de importantes efeitos metabólicos. O seu consumo em excesso pode provocar problemas como violência, suicídio, acidentes de trânsito, causar dependência química e outros problemas de saúde, como desnutrição, doenças hepáticas, gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e do sistema reprodutivo. Interfere, também, no desenvolvimento fetal e, ainda, aumenta o risco de desenvolvimento de vários tipos de câncer (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Além disso, o consumo de álcool, em longo prazo, dependendo do número de doses, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

O álcool é a droga mais utilizada no mundo inteiro e, no Brasil, compõe um contexto cultural como item de socialização e de festividades não só aceito, mas, frequentemente, reforçado. Porém, é um dos maiores fatores de adoecimento e que contribui para situações de risco para a população brasileira, em especial, a população jovem (BRASIL, 2010).

O consumo de álcool e de outras drogas é alto entre crianças e adolescentes de 9 a 19 anos e jovens de 20 a 24 anos, sendo que as bebidas alcoólicas são as mais consumidas, caracterizando-se um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2010).

Dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 2007, indicam que o início do consumo dessa substância em adolescentes de 14 a 17 anos está na média de 13,9 anos e, nos jovens de 18 aos 25 anos possui média de 15,3 anos. Com relação ao consumo regular, os adolescentes adquiriram este comportamento, em média, aos 14,6 anos

e os jovens iniciaram por volta de 17,3 anos (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Uma preocupação relacionada aos universitários refere-se ao ingresso destes na faculdade, onde, geralmente, há festas de recepção de calouros e brincadeiras que envolvem o uso de bebidas alcoólicas (RIBEIRO, 2007).

Fiorini e outros (2003) realizaram um estudo com 1500 estudantes universitários e identificaram que 92% fizeram uso de álcool e/ou outras drogas, no mínimo, uma vez na vida e cerca de 55% continuavam utilizando drogas após o ingresso na universidade. Constataram que a universidade não representa, necessariamente, o ponto de partida para o uso de drogas, mas pode proporcionar maiores condições para sua continuidade.

Em uma pesquisa sobre a relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros, foi observado que os homens dirigem mais sob o efeito do álcool e envolvem-se mais em brigas do que as mulheres. Em relação ao comportamento sexual, sob o efeito do álcool, os homens tiveram maior número de relações, com maior quantidade de parceiras e menor proteção (PILLON; O'BRIEN; CHAVEZ, 2005).

O aumento do consumo de álcool entre estudantes universitários está associado ao maior acesso à substância, à liberdade de controle familiar e a um aumento da influência do grupo (AMARAL, 2010).

O consumo indevido de álcool pode ocasionar problemas, como envolvimento em brigas, dirigir embriagado, praticar relações sexuais sem proteção e baixo rendimento acadêmico, aos quais o jovem universitário torna-se vulnerável e que podem comprometer seu desenvolvimento acadêmico (RIBEIRO, 2007).

Além disso, o meio universitário propõe aos alunos inúmeras festas, comemorações, evidenciando a vulnerabilidade dessa população que adere a essas práticas como forma de se socializar, divertir-se ou, até, para obter aprovação por um grupo (RIBEIRO, 2007).

Ribeiro (2007) realizou um estudo a fim de identificar o padrão de consumo de álcool e suas consequências entre universitários da área da Saúde. Entre os 1007 sujeitos da amostra, 88% fazem uso de álcool, sendo que, destes, 20% são considerados bebedores de risco moderado e 5% bebedores de alto risco. A análise de associação demonstrou que o consumo de álcool é maior entre os homens na faixa etária entre 18 e 25 anos e provenientes de outra cidade. Entre os

universitários que apresentaram maior consumo de álcool, as consequências encontradas com maior frequência foram náuseas, vômito e ressaca, dirigir após beber ou dirigir bebendo, absenteísmo, baixo rendimento acadêmico e envolvimento em brigas.

Da mesma forma, o uso de drogas contribui com a diminuição da expectativa de vida dos universitários, uma vez que os predispõem a acidentes automobilísticos (beber e dirigir ou andar em veículo com motorista alcoolizado); episódios de violência interpessoal; comportamento sexual de risco (aumento do número de parceiros sexuais e uso inconsistente de preservativos quando sob o efeito das drogas); prejuízos acadêmicos; distúrbios do sono; mudanças alimentares; prejuízo do desempenho atlético, entre outros (BRASIL, 2011).

Wagner e outros (2007), em estudo comparativo sobre o padrão de consumo de álcool e de drogas lícitas e ilícitas entre universitários, nos anos de 1996 e 2001, observaram aumento significativo no relato de uso durante a vida de maconha (de 33,7% para 39,5%) e alucinógenos (de 6,6% para 14,1%) entre os homens. Para o consumo relatado nos últimos 12 meses, ambos os gêneros apresentaram aumento significativo no uso de maconha (de 22,3% para 27,1% entre os homens e de 12,9% para 16,9% entre as mulheres), anfetaminas (de 1,9% para 5,0% entre os homens e de 3,4% para 5,6% entre as mulheres) e inalantes (de 9,8% para 15,7% entre os homens e de 5,4% para 10,6% entre as mulheres). Observaram que a maior diferença entre os gêneros foi a relatada nos últimos 30 dias, com aumento significativo no consumo de maconha (de 15,8% para 20,5%), anfetaminas (de 1,1% para 3,2%) e inalantes (de 4,0% para 7,9%) para os homens.

1.2.3 Acidentes e violência

O aumento da violência social impactou o perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira, em especial dos jovens que, desde as últimas duas décadas, constituem um grande grupo vulnerável aos acidentes e violências. Os jovens tornaram-se reféns da violência, transformando-se tanto em suas vítimas como, também, em seus agentes (SOUZA, 2005).

As causas externas ocupam o segundo lugar entre as causas de morte na população geral e, no Brasil, constituem a principal causa de morte e importante causa de sequelas e incapacidades entre os adolescentes e jovens. A exposição a

situações de risco vividas pelos adolescentes pode ser prevenida, em sua maioria, por mudanças no ambiente social e no comportamento desta parcela da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

As duas principais causas externas são os acidentes de trânsito e os homicídios que, em 2000, representaram 55,8% de todas as causas de morte ente 15 e 24 anos. Contudo, desse percentual, 40,7% correspondem aos homicídios que são a mais importante causa de morte entre os jovens (SOUZA, 2005).

A vulnerabilidade da população jovem aos acidentes de transporte terrestre é constatada pelo elevado número de óbitos que aumenta com a idade e no sexo masculino. Os homens são as maiores vítimas a partir dos 20 anos e, também, as maiores vítimas de acidentes não fatais, respondendo, em 2000, pela maioria das internações por essa causa (BRASIL, 2010).

Em relação à mortalidade proporcional por acidentes de transporte terrestre, em 2006, houve um total de 13.345 óbitos na faixa etária de 10 a 24 anos, de ambos os sexos, sendo 7.197 em adolescentes e jovens homens e 1.648 em adolescentes e jovens mulheres (BRASIL, 2010).

O suicídio é uma violência autoinfligida preocupante, pois vem aumentando na população jovem masculina, ocasionando impacto na saúde pública. Em 2006, a proporção de óbitos por suicídios foi de 79,0% no sexo masculino e de 21,0%, no sexo feminino. A proporção de óbitos, nas faixas etárias de 10 a 29 anos de idade, é maior no sexo masculino, evidenciada por um forte crescimento entre 15 e 19 anos de idade e pico em torno de 20 a 29 anos (BRASIL, 2010).

As agressões, em 2006, foram a principal causa de morte para adolescentes de 15 a 19 anos de idade (58,7%), seguidas das lesões autoprovocadas e pelos afogamentos e submersões (BRASIL, 2010).

Os impactos da violência social ocasionam, além dos danos físicos, danos psicológicos às vítimas, elevam os custos com o setor Saúde, induzem ao desenvolvimento de medidas isoladas de proteção (como porte de armas, entre outros) e impactam sobre a produção em virtude da incapacitação ou morte de pessoas jovens e produtivas (SOUZA, 2005).

1.2.4 Comportamento sexual

É na adolescência que, frequentemente, inicia-se a atividade sexual. Essa é uma questão relevante, pois o sexo desprotegido está associado à gravidez na adolescência e é fator de risco para doenças sexualmente transmissíveis (DST) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 2006, (PNDS), a curva da idade da primeira relação sexual, para mulheres a partir dos 12 anos, inicia uma forte ascensão (n=247), com pico nos 16 anos de idade (n=1976), reduzem-se levemente até os 18 anos (n=1897) e caem intensamente até os 21 anos de idade (n=512). Ressalta-se que, em 2006, 33,0% das mulheres pesquisadas já haviam tido relações sexuais até os 15 anos (o triplo das relações ocorridas em 1996). Os homens jovens apresentam semelhança na idade mediana da primeira relação sexual (16,2 anos), com maior concentração entre 15 e 17 anos e apenas 20% deles têm a primeira relação depois dos 17 anos. Não se observou diferenças regionais, sociais e de cor (BRASIL, 2010).

De acordo com as notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 80,0% dos casos de Aids, identificados de 2000 a 2006, correspondiam ao grupo etário de 13 a 24 anos (BRASIL, 2010).

Quanto ao conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira para a prevenção da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras DST, em 2008, 61% dos jovens de 15 a 24 anos fizeram uso do preservativo na primeira relação. Em torno de 32,6% disseram que usaram o preservativo em todas as relações sexuais e, em relação à última relação sexual, o percentual atingiu 55,0%. Os jovens mantêm-se como a faixa etária que mais faz uso de preservativos, e os homens utilizam mais esse método contraceptivo quando comparados às mulheres (BRASIL, 2010).

A taxa de fecundidade específica, na faixa etária de 15 a 19 anos, vem diminuindo nos últimos anos no Brasil. Em 1990 ela representava 98 para cada mil adolescentes que tiveram filhos e, em 2007, a taxa foi de 78 para cada mil (BRASIL, 2010).

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC) do ano de 2007 indicam que a proporção de nascimentos, no

Brasil, cujas mães tinham idade entre 10 e 19 anos foi de 21,1% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

A pesquisa sobre o Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras realizada pelo FONAPRACE, em 2010, apontou que a grande maioria dos estudantes não tem filhos e o maior percentual de estudantes com filhos foi observado nas regiões Norte (16,8%) e Centro-Oeste (13,0%) (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR, 2011).

1.2.5 Alimentação e atividade física

A alimentação e nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com QV e cidadania (BRASIL, 2012).

O consumo alimentar varia de acordo com as diferenças de renda. Os brasileiros de mais baixa renda apresentam uma dieta de melhor qualidade (predomínio de arroz, feijão e alimentos básicos). Conforme aumenta a renda das famílias, tende a aumentar a frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional, como doces, refrigerantes, pizzas, salgados fritos e assados (BRASIL, 2012).

Além disso, o padrão de consumo também varia de acordo com os grupos etários e os adolescentes constituem o grupo com pior perfil alimentar, indicando um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas (BRASIL, 2012).

O estilo de vida atual favorece um maior número de refeições realizadas fora do domicílio. Dados de 2009 apontam que 16% das calorias consumidas foram provenientes da alimentação fora de casa que, na maioria dos casos, é composta por alimentos industrializados e ultraprocessados, como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados e, muitas vezes, esse padrão de alimentação é repetido no domicílio (BRASIL, 2012).

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis, como dietas ricas em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes (sódio, gorduras e açúcar), têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas

(diabetes, hipertensão) e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas (BRASIL, 2012).

Vieira e outros (2002) traçaram um perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes ingressantes de uma universidade pública brasileira. Verificaram que, aproximadamente, 57,0% não realizavam atividade física e 39,2% dos estudantes reduziram ou abandonaram a prática de atividade física. Em relação à alimentação, quase 60% dos estudantes não tinha o hábito de realizar as três refeições consideradas principais, 57,3% omitiam alguma refeição principal e 79,5% rejeitavam um ou mais alimentos do grupo das hortaliças. Contudo, o consumo de hortaliças (72%) e de frutas (75,1%) foi bem maior do que o consumo de gorduras e doces (46,5%).

Dados da pesquisa sobre o Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras, de 2010, apontam que, em comparação à mesma pesquisa realizada em 1996, houve aumento expressivo na quantidade de alunos que não praticavam atividade física (de 14,0 para 32,4%), bem como, uma grande diminuição na prática regular de atividades como caminhada/corrida/natação (de 36,5 para 22,2%) e esportes em equipe (de 25,0 para 18,5%) (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR, 2011).

1.3 QUALIDADE DE VIDA

1.3.1 Considerações acerca da Qualidade de Vida

Há indícios de que o termo Qualidade de Vida tenha surgido na literatura da saúde, pela primeira vez, na década de 30, contudo, ainda não há um consenso a respeito de sua definição. O acentuado crescimento dos estudos sobre essa temática, nas duas últimas décadas, confirma os esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica (SEIDL; ZANNON, 2004).

Assim, na busca pela definição do conceito, o Grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), em 1994, definiu QV como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000, p. 34).

QV é um conceito amplo, que inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais de acordo com a percepção do indivíduo (FLECK, 2000). E, também, que se relaciona ao grau de satisfação encontrado em diversas dimensões: na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O tema QV é considerado sob os mais diferentes olhares: a ciência, o senso comum, do ponto de vista objetivo ou subjetivo, em abordagens individuais ou coletivas. Observando pelo foco da QV em saúde, verifica-se sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. No sentido ampliado, a QV em saúde baseia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem seu foco mais relevante no conceito de promoção da saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Por estar intrinsecamente conectada aos aspectos de saúde, a QV é utilizada, frequentemente, como sinônimo de saúde. E, embora exista uma inegável relação entre as duas condições, afirmar que QV é ter saúde é reduzi-la a uma única parte de bem-estar da integralidade humana (OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011).

Contudo, a avaliação da QV tem sido indicada como instrumento para verificar aspectos da saúde da população e incentivar medidas de promoção da

saúde, a fim de subsidiar a definição de prioridades, no racionamento de recursos, em intervenções ou avaliação de políticas públicas (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Em relação à avaliação da QV, esta pode ser de forma genérica ou específica. As medidas genéricas utilizam questionários de base populacional sem especificar patologias e são mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Os estudos que partem de uma definição genérica do termo QV possuem, como característica importante, o fato de que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população e nunca se restringem a amostras de pessoas com agravos específicos (SEIDL; ZANNON, 2004).

As medidas específicas relacionam-se a situações de qualidade da vida cotidiana dos indivíduos decorrentes de experiências de doenças, agravos ou intervenções em saúde. Referem-se a doenças crônicas ou a consequências crônicas de doenças ou agravos agudos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Existem diversos instrumentos para avaliação da qualidade de vida que variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Landeiro e outros (2011), em revisão sistemática, obtiveram 73 artigos sobre QV, sendo que 46,5% utilizaram instrumentos genéricos e 53,5% instrumentos específicos. Os instrumentos genéricos utilizados nas pesquisas foram: o Medical Outcomes Studies 36 short-form, o Medical Outcomes Studies 12-item short-form, o WHOQOL-Bref e o WHOQOL-100. Entre os específicos, foram utilizados diversos instrumentos para avaliação da QV em crianças de quatro a 12 anos, indivíduos com epilepsia, doenças respiratórias, tonturas, câncer, doenças mentais, osteoporose, fibromialgia, incontinência urinária, HIV, entre outros.

Neste estudo, optou-se por utilizar um instrumento genérico, o WHOQOL-bref, uma versão abreviada, porém, com características psicométricas satisfatórias, elaborada pelo Grupo WHOQOL, da OMS, a partir do instrumento original, o WHOQOL-100.

1.3.2 Qualidade de Vida de universitários

Os estudos sobre a QV dos universitários são recentes. O tema foi abordado, pela primeira vez, em 1972, quando Hartnett discorreu no *Journal of the American*

School Health Association sobre sua importância. Contudo, somente entre 1983 e 1984, Milbrath e Doyno publicaram na *State University of New York*, um estudo enfatizando a necessidade de se conhecer a QV dessa população (CATUNDA; RUIZ, 2008).

Um dos estudos pioneiros foi o de Benjamin, em 1994, que realizou uma revisão de trabalhos desde a década de 1980 e tinha, entre seus objetivos, definir o conceito de QV (CATUNDA; RUIZ, 2008).

Segundo Benjamim (1994, p. 229), a QV de estudantes consiste na “[...] percepção de satisfação e felicidade, por parte do estudante, em relação a múltiplos domínios de vida, à luz de fatores psicossociais e contextuais relevantes e estruturas de significados pessoais”.

Os estudantes de graduação vivenciam as exigências acadêmicas de seu curso e, ao mesmo tempo, lidam com demandas conflitantes de pais, amigos, relacionamentos, saúde, finanças, entre outros eventos de vida inesperados (BENJAMIM, 1994).

As relações do contexto acadêmico e seu envolvimento com a instituição compreendem processos complexos de transformação contínua e constituem-se como fatores importantes na construção da qualidade do ambiente acadêmico e da vida das pessoas que nele interagem (RIBEIRO et al., 2010).

Um estudo, cujo objetivo foi conhecer as percepções dos alunos de enfermagem quanto à sua QV, apontou a universidade como espaço que proporciona vivências promotoras e não promotoras da QV. Entre as principais situações promotoras de QV, os alunos citaram experiências extracurriculares, relação professor-aluno e o relacionamento entre os alunos. Os aspectos não promotores de QV mencionados foram a falta de acolhimento por parte dos professores e enfermeiros do campo de prática, a falta de integração com a equipe e com os alunos de outros cursos no campus e a carga horária excessiva para o estudante trabalhador (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006).

Ribeiro e outros (2010) realizaram um estudo a fim de conhecer a repercussão do processo ensino-aprendizagem na QV e saúde de acadêmicos dos cursos de graduação da área da Saúde de uma universidade. Observaram a complexidade social do processo de ensinar e aprender, bem como a existência de fatores que interferem, limitando e promovendo o bem viver dos acadêmicos. Tais fatores se originam das interações entre acadêmicos e colegas, professores,

coordenadores de curso, funcionários e a população dos serviços onde existem atividades de ensino. Um fator que se destacou como promotor de um ambiente universitário saudável para o acadêmico foi a humanização nas interações, representada por sinais de acolhimento e respeito. Da mesma forma, a ausência da humanização nas relações torna o cotidiano dos processos de ensinar-aprender limitante para a QV e saúde.

Em uma pesquisa realizada por Oliveira, Mininel e Felli (2011), entre os fatores que favorecem a QV dentro da universidade, os estudantes destacaram os laços de amizade estabelecidos com os colegas, a alimentação oferecida por preço acessível, o grande acervo da biblioteca, o conhecimento técnico adquirido, a boa convivência com funcionários e professores e o fato de a universidade ser pública.

Além disso, os participantes também destacaram fatores não relacionados diretamente ao ensino, como participação em atividades do centro acadêmico e centro de práticas esportivas; possibilidade de obtenção de bolsas de iniciação científica, bolsa-trabalho e outros auxílios; a facilidade de acesso à universidade e a infraestrutura oferecida. A promoção de relaxamento, o alívio da tensão, o aumento da autoconfiança, da autoestima e do bem-estar, a melhora do padrão de sono e o aumento da resistência às doenças oportunistas foram aspectos relacionados à prevalência dos fatores favoráveis na vida universitária (OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011).

Quanto aos fatores que comprometem a QV, os mais relatados foram sobrecarga de atividades, distância diária percorrida entre a residência e a universidade, período integral do curso, falta de tempo para atividades extracurriculares, desorganização das disciplinas, aulas pouco didáticas, relacionamento conflituoso com os docentes, alto grau de exigência durante o período dos estágios curriculares, curtos prazos para entrega de trabalhos, falta de ética profissional, competitividade entre os alunos, gastos financeiros e falta de espaço e tempo para o lazer (OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011).

A QV dos estudantes durante o período de graduação é uma importante variável para compreender as experiências dos alunos e os resultados do processo que vivenciam em sua formação (BENJAMIM, 1994).

Nesse sentido, torna-se importante considerar a atenção à saúde da população de jovens, uma vez que promover a QV é promover, também, a energia,

o espírito criativo, inovador e construtivo dessa população que tem capacidade de influenciar, positivamente, o desenvolvimento do país (BRASIL, 2010).

1.3.3 Qualidade de Vida e Promoção da Saúde

No decorrer a década de 60, o amplo debate realizado mundialmente a respeito da determinação econômica e social da saúde deu início à busca por uma nova abordagem que superasse a orientação predominantemente centrada na doença (BRASIL, 2002).

O caminho em direção ao moderno conceito de Promoção da Saúde teve importante influência do ministro canadense Lalonde, que realizou investigações sobre as causas do processo saúde-doença no país e verificou que os estilos de vida e o ambiente eram responsáveis por 80,0% das causas das doenças e que não havia investimentos a fim de controlá-las. Em 1974, divulgou o documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Informe Lalonde (1974), orientado pela proposta de “Campo da Saúde” que sugeriu como dimensões a serem consideradas na elaboração das políticas governamentais: o ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde (WESTPHAL, 2006).

Dessa forma, “denominou as intervenções no ambiente de Proteção da Saúde, as dirigidas aos sistemas de saúde de Prevenção e as que focalizam os estilos de vida de Promoção da Saúde [...]” (WESTPHAL, 2006, p.643).

Esse e outros diversos acontecimentos internacionais culminaram na Conferência de Alma-Ata, em 1978, com a proposta “Saúde para todos no ano 2000” e a estratégia de Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 2002).

Em 1986, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorreu a promulgação da Carta de Ottawa, que associa a promoção de saúde a um conjunto de valores, como QV, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Além disso, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla por meio da combinação de ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais públicas (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Assim, a Promoção da Saúde é um “[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua QV e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

Para Buss (2000, p. 165), “[...] a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos”. A partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, recomenda a articulação de saberes técnicos e populares, e a movimentação dos recursos para seu enfrentamento e resolução.

A prevenção das doenças possui característica biologista e comportamentalista do processo saúde-doença e a Promoção da Saúde, atualmente, está vinculada a uma visão holística e socioambiental desse processo e coloca-se como prática emancipatória e obrigatoriamente ética. Promoção da Saúde, na ótica da perspectiva socioambiental, é uma nova forma de abordagem que pode ser aplicada a atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e, até, em atividades de assistência de longo prazo (WESTPHAL, 2006).

A saúde contribui para a QV de indivíduos ou populações; porém, para que se alcance um perfil elevado de saúde, são necessários, também, muitos componentes da vida social. Além do acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, através de políticas públicas saudáveis, articulação intersetorial do poder público e a mobilização populacional (BUSS, 2000).

O estado de saúde de indivíduos e coletividades influencia e é influenciado pelo ambiente global, assim como o sistema de saúde, porém, nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, uma questão médica ou sanitária. Assim, pode-se dizer que a QV refere-se ao padrão que a sociedade define e almeja e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e orientam o desenvolvimento humano, às mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cuja parcela significativa da formulação e das responsabilidades cabem ao setor saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A melhoria da QV tornou-se um dos resultados esperados tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004).

Pela compreensão de que a Qualidade de Vida possui relação direta com a Promoção da Saúde, esse estudo utilizou o referencial teórico da Promoção da Saúde e entende que os hábitos de saúde estão relacionados ao estilo de vida e às condutas de saúde dos universitários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os hábitos de saúde e a qualidade de vida de universitários dos cursos de graduação da área da Saúde de uma Instituição Federal de Ensino Superior.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os universitários da área da Saúde sociodemograficamente.
- Identificar os hábitos de saúde dos universitários da área da Saúde.
- Comparar os hábitos de saúde dos universitários da área da Saúde entre os períodos iniciais, intermediários e finais dos cursos e entre os sexos.
- Mensurar a qualidade de vida dos universitários da área da Saúde.
- Comparar a qualidade de vida dos universitários da área da Saúde entre os períodos iniciais, intermediários e finais dos cursos e entre os sexos.
- Identificar a relação entre os preditores sexo, renda familiar mensal, períodos dos cursos, informações em saúde recebidas, hábitos inadequados, autoavaliação da saúde e os escores de qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo observacional, seccional, de abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) localizada na cidade de Uberaba, em Minas Gerais.

A UFTM iniciou seu funcionamento em 1954, como Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, com o curso de Medicina. Com seu desenvolvimento e expansão, foram criados os cursos de Enfermagem (1989) e Biomedicina (1999). Em 2005, foi transformada em Universidade Federal do Triângulo Mineiro e seguiu à implantação de vários outros cursos. Atualmente, a UFTM possui 24 cursos, sendo sete cursos de graduação da área da Saúde (Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2011).

Os cursos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Terapia Ocupacional têm duração de quatro anos, com integralização em oito semestres e oferecem 30 vagas por semestre. O curso de Biomedicina também possui duração de quatro anos, com integralização em oito semestres e oferece 20 vagas por semestre. O curso de Medicina tem duração de 6 anos, integralização em 12 semestres e oferece 40 vagas semestralmente (Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2011).

A Resolução nº 002, de 14 de abril de 2011, do Conselho Universitário da UFTM, dispõe sobre o Programa de Assistência Estudantil no âmbito da UFTM, regulamentado pelo Art. 172 do Regimento Geral da UFTM, que tem, entre seus objetivos, o de contribuir com a permanência e a conclusão dos cursos de graduação, para estudantes regulares da UFTM, na perspectiva da formação integral, produção e difusão de conhecimento e melhoria do desempenho estudantil, da qualidade de vida e do bem-estar social.

Nesse sentido, a UFTM realiza assistência aos alunos regularmente matriculados nos cursos de graduação através do Núcleo de Assistência Estudantil (NAE), vinculado à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PROACE),

e que é responsável pela execução do Programa de Auxílios e da Atenção à Saúde dos alunos.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída pelos alunos regularmente matriculados nos cursos de graduação da área da Saúde, totalizando, no primeiro semestre de 2012, 1729 alunos, sendo: Biomedicina, 156; Educação Física, 180; Enfermagem, 239; Fisioterapia, 231; Medicina, 485; Nutrição, 234 e Terapia Ocupacional, 204 alunos.

Ressalta-se que o curso de Educação Física foi criado em 2009 e, no período do estudo, só possuía alunos matriculados até o sétimo período. Os demais cursos possuíam as turmas completas. O curso de Psicologia não fez parte desse estudo, pois, na UFTM, está ligado à área de ciências humanas.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Alunos regularmente matriculados nos cursos de graduação da área da Saúde da UFTM.
- Alunos com idade igual ou superior a 18 anos.

3.4 AMOSTRA

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2 = 0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com sete preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%.

Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão de 2002 (NCSS, 2008) e os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 228$. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número final de tentativas de entrevista foi $n = 285$.

De posse da relação de alunos matriculados nos cursos de graduação da área da Saúde, no primeiro semestre de 2012, procedeu-se à extração da amostra

aleatória simples. Foram sorteados 285 e participaram desta pesquisa 253 alunos (Tabela 1). Houve uma perda amostral de 32 alunos (recusas em participar, licenças ou afastamentos, trancamentos ou abandono do curso, alunos que participaram do estudo piloto).

Um estudo realizado com 608 estudantes de 14 a 20 anos identificou o domínio psicológico como ponto vulnerável da QV desses jovens, uma vez que esteve associado às variáveis atividade física, consumo de álcool, estado nutricional, entre outras. Houve relação entre domínio psicológico e atividade física, onde se observou que indivíduos menos ativos tiveram maiores chances de apresentar percepção negativa do domínio psicológico em relação aos mais ativos. Em relação à associação entre aspectos psicológicos e consumo de álcool, observou-se que consumidores de risco e prováveis dependentes de bebidas alcoólicas apresentaram chance maior de possuir percepção negativa do domínio psicológico. Em relação à variável estado nutricional, os adolescentes com excesso de peso apresentaram maior chance de ter percepção negativa do domínio psicológico (GORDIA, 2010).

Dessa forma, escolheu-se para este estudo, como variável dependente principal, o domínio Psicológico de QV.

Tabela 1 - População, amostra sorteada e participantes do estudo (Uberaba/MG, 2012)

Curso	População do estudo		Amostra sorteada		Participantes	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Biomedicina	156	9,0	27	9,5	22	8,7
Educação Física	180	10,4	27	9,5	25	9,9
Enfermagem	239	13,8	42	14,7	39	15,4
Fisioterapia	231	13,4	44	15,4	43	17,0
Medicina	485	28,1	80	28,1	69	27,3
Nutrição	234	13,5	35	12,3	29	11,4
Terapia Ocupacional	204	11,8	30	10,5	26	10,3
Total	1729	100,0	285	100,0	253	100,0

Fonte: a autora, 2012.

3.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos autoaplicáveis: um questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE A), o National College Health Risk Behavior - NCHRB (ANEXO A) e o WHOQOL-BREF (ANEXO B).

O NCHRB é um instrumento para utilização com universitários brasileiros que permite identificar suas atitudes relacionadas à saúde. O instrumento original, National College Health Risk Behavior Survey (NCHRBS), foi criado pelo CDC como parte do projeto americano Healthy People 2010, que tem como objetivo monitorar comportamentos de risco para a saúde de adolescentes e jovens dos Estados Unidos. Foi traduzido para o português, adaptado transculturalmente e validado pelas autoras Franca e Colares (2010), que autorizaram o uso do instrumento nesta pesquisa. O instrumento foi validado com uma versão reduzida, composta por 52 questões distribuídas em grupos de perguntas de acordo com os temas abordados: dados sociodemográficos, segurança e violência, suicídio, tabaco, bebida alcoólica, maconha, cocaína e outras drogas, comportamento sexual, peso corporal, alimentação, atividade física e informação sobre saúde (FRANCA; COLARES, 2010).

Existem diversos instrumentos que avaliam QV. Neste estudo, optou-se por utilizar o WHOQOL-bref, um instrumento desenvolvido pelo Grupo de QV da OMS. É uma versão abreviada composta por questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do instrumento original, o WHOQOL-100. Constitui-se de 26 questões, sendo duas gerais de QV e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas da versão original e são subdivididas em: 1) Domínio Físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; 2) Domínio Psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais; 3) Domínio Relações Sociais: relações pessoais; suporte- apoio- social; atividade sexual; 4) Domínio Meio Ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima; transporte (FLECK et al., 2000).

A coleta de dados foi iniciada após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM. Primeiramente, obteve-se, por meio do Departamento de Registro e Controle Acadêmico (DRCA) da UFTM, a relação de alunos matriculados nos cursos de graduação da área da Saúde no primeiro semestre de 2012. De posse desses dados, providenciou-se a extração da amostra aleatória simples.

Os alunos sorteados foram contactados em sala de aula ou por telefone, aos quais foi apresentada a pesquisa, seus objetivos e realizado o convite para participação voluntária. Os alunos receberam orientações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e ausência de riscos que constavam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foram feitas, também, orientações sobre a importância do preenchimento completo dos questionários. Após a anuência do sujeito e assinatura do referido Termo, o instrumento de coleta de dados foi entregue ao aluno e foi agendada a data para recebimento dos questionários preenchidos.

A fim de evitar a perda da confidencialidade, as entrevistas foram codificadas, os nomes dos sujeitos foram substituídos por números e os resultados não possuem variáveis de identificação pessoal.

Realizou-se um estudo-piloto, em abril de 2012, com a finalidade de subsidiar, com informações complementares, o cálculo do tamanho amostral, bem como para capacitação da entrevistadora, desenvolvimento de habilidades na aplicação e análise dos dados colhidos por diferentes instrumentos de coleta de dados, contato ético com os sujeitos, orientações a serem fornecidas, estimativa do tempo necessário para entrega e recebimento dos questionários, identificação de pontos vulneráveis que poderiam surgir durante a execução do estudo principal.

É importante ressaltar que a coleta de dados foi iniciada no mês de maio de 2012 e, no dia 17 de respectivo mês, teve que ser suspensa devido à deflagração nacional de greve nas universidades federais, inclusive na UFTM. Após o fim da greve no âmbito da UFTM, em 17 de setembro, retomou-se a coleta de dados respeitando-se o período necessário para regularização das atividades acadêmicas, a fim de não comprometer a qualidade dos dados.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis deste estudo foram as relacionadas ao perfil sociodemográfico e clínico e aos instrumentos WHOQOL-bref e NCHRB.

O questionário sociodemográfico e clínico contém variáveis relacionadas à idade, curso, período, profissão, procedência, sexo, estado civil, cor da pele, renda e se o aluno possui doença crônica.

O instrumento NCHRB contém variáveis relacionadas à segurança e violência, suicídio, uso do tabaco, consumo de bebida alcoólica, consumo de maconha, cocaína e outras drogas ilícitas, comportamento sexual, peso corporal, alimentação, atividade física e informações em saúde.

Em relação ao instrumento WHOQOL-bref, as variáveis estão relacionadas à autoavaliação da QV, à satisfação com a saúde e aos domínios de QV: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

Para análise dos dados, os períodos dos cursos foram recodificados em três variáveis, sendo: períodos iniciais: o primeiro ano dos cursos (1º e 2º períodos); períodos intermediários: períodos compreendidos entre o primeiro e último ano de cada curso (do 3º ao 10º períodos para o curso de Medicina e do 3º ao 6º períodos para os demais cursos) e períodos finais: o último ano dos cursos (7º período para o curso de Educação Física, 11º e 12º períodos para o curso de Medicina e 7º e 8º períodos para os demais cursos).

3.7 GERENCIAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram gerenciados no Programa Microsoft Office Excel® 2007. Foram realizadas digitações por pessoas independentes, em dupla entrada e procedeu-se à validação dos dados para conferência da consistência das planilhas eletrônicas. Para correção das diferenças encontradas, recorreu-se ao questionário original. Posteriormente, os dados foram importados no Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 17.0, onde foi realizada a análise estatística.

Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis

categóricas e medidas de centralidade (média, mediana, moda, posto médio) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para variáveis quantitativas.

Para obtenção dos escores relacionados à QV, foi utilizada a sintaxe do WHOQOL-bref, disponibilizada pelo grupo WHOQOL (HARPER; POWER, 1998). Foram empregadas as medidas de consistência interna, utilizando-se o coeficiente α de Cronbach.

Para verificação de diferenças entre proporções foi empregado o teste do Qui-quadrado ou, quando necessário, o teste Exato de Fisher, bem como o coeficiente de Associação Tau-b de Kendall e razões de prevalências.

Nas análises bivariadas utilizou-se um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Para análise de diferenças entre médias, empregou-se o teste t de Student nas amostras independentes ou a análise de variância (ANOVA).

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para desfechos ordinais, o teste de Correlação de Pearson nas análises de correlação entre variáveis quantitativas e Correlação de Spearman nas correlações em que uma das variáveis era ordinal.

As correlações foram classificadas como: fracas, moderadas ou fortes, seguindo-se a convenção de Cohen (1988): correlação fraca = $0 < r < 0,3$; correlação moderada = $0,3 \leq r < 0,5$ e correlação forte = $r \geq 0,5$.

A análise de regressão linear múltipla foi empregada com intuito de se analisar os preditores que impactaram cada um dos quatro domínios de QV. Na análise de regressão, o nível de significância utilizado foi $p \leq \alpha = 0,01$.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo nº 2180/2011 (ANEXO C), respeitando-se a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Para a realização deste estudo, solicitou-se, também, autorização ao Departamento de Registro e Controle Acadêmico (DRCA), aos coordenadores dos cursos de graduação da área da Saúde e à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PROACE) da UFTM (APÊNDICES C, D e E, respectivamente).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 253 alunos de cursos de graduação da área da Saúde, sendo 54 (21,3%) dos períodos iniciais, 161 (63,7%) dos períodos intermediários e 38 (15,0%) dos períodos finais. Os alunos participantes pertenciam aos seguintes cursos: Biomedicina, 8,7%; Educação Física, 9,9%; Enfermagem, 15,4%; Fisioterapia, 17,0%; Medicina, 27,3%; Nutrição, 11,4%; e 10,3% ao curso de Terapia Ocupacional. A Tabela 2 apresenta a distribuição da população do estudo, da amostra sorteada e dos alunos participantes por curso e por período.

Tabela 2 - Distribuição dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde por curso e por período (Uberaba/MG, 2012)

Curso	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Biomedicina								
População	47	9,4	86	8,9	23	8,7	156	9,0
Amostra sorteada	7	11,1	17	9,5	3	7,0	27	9,5
Participantes	6	85,7	13	76,5	3	100,0	22	81,5
Educação Física								
População	90	18,0	78	8,1	12	4,5	180	10,4
Amostra sorteada	7	11,1	18	10,1	2	4,6	27	9,5
Participantes	7	100,0	16	89,0	2	100,0	25	92,6
Enfermagem								
População	69	13,8	122	12,6	48	18,1	239	13,8
Amostra sorteada	11	17,5	24	13,4	7	16,3	42	14,7
Participantes	10	91,0	24	100,0	5	71,4	39	92,9
Fisioterapia								
População	70	14,0	128	13,3	33	12,5	231	13,4
Amostra sorteada	9	14,3	28	15,6	7	16,3	44	15,4
Participantes	9	100,0	27	96,4	7	100,0	43	97,7
Medicina								
População	80	16,0	327	33,9	78	29,4	485	28,1
Amostra sorteada	10	15,9	56	31,3	14	32,5	80	28,1
Participantes	9	90,0	48	85,7	12	85,7	69	86,3
Nutrição								
População	71	14,3	124	12,8	39	14,7	234	13,5
Amostra sorteada	7	11,1	25	14,0	3	7,0	35	12,3
Participantes	4	57,1	22	88,0	3	100,0	29	82,9
Terapia Ocupacional								
População	72	14,5	100	10,4	32	12,1	204	11,8
Amostra sorteada	12	19,0	11	6,1	7	16,3	30	10,5
Participantes	9	75,0	11	100,0	6	85,7	26	86,7
Total								
População	499	100,0	965	100,0	265	100,0	1729	100,0
Amostra sorteada	63	100,0	179	100,0	43	100,0	285	100,0
Participantes	54	85,7	161	90,0	38	88,4	253	88,9

Fonte: a autora, 2012.

Nota: A porcentagem de participantes se refere à amostra sorteada.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

A caracterização sociodemográfica é apresentada na Tabela 3. Os dados demonstram que houve predomínio de estudantes do sexo feminino, tanto no total de participantes (72,3%), quanto na estratificação por períodos. A idade dos alunos variou de 18 a 43 anos completos, sendo que a média foi de 22,4 anos (mediana 22,0 anos, desvio-padrão 3,69 anos). 95,7% dos alunos eram solteiros, 80,2% brancos, 67,6% eram migrantes (procedentes de outras cidades), 49,0% moravam com amigos e 30,8% com os pais ou responsáveis.

Tabela 3 – Dados sociodemográficos dos alunos dos cursos de graduação da área da de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Dados sociodemográficos	Períodos		Períodos		Períodos		Total	
	iniciais		intermediários		finais			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	13	24,1	43	26,7	14	36,8	70	27,7
Feminino	41	75,9	118	73,3	24	63,2	183	72,3
Faixa Etária								
17 a 19	23	42,6	12	7,5	0	0,0	35	13,8
20 a 24	26	48,1	126	78,2	22	57,9	174	68,8
Acima de 25	5	9,3	23	14,3	16	42,1	44	17,4
Estado civil								
Solteiro(a)	51	94,4	154	95,7	37	97,4	242	95,7
Casado(a)/com companheiro(a)	3	5,6	7	4,3	1	2,6	11	4,3
Cor da pele								
Branca	39	72,2	130	80,7	34	89,5	203	80,2
Preta	3	5,6	4	2,5	1	2,6	8	3,2
Amarela	4	7,4	4	2,5	0	0,0	8	3,2
Parda	8	14,8	23	14,3	3	7,9	34	13,4
Procedência								
Uberaba	19	35,2	55	34,2	8	21,1	82	32,4
Outra cidade	35	64,8	106	65,8	30	78,9	171	67,6
Com quem mora								
Sozinho	4	7,4	12	7,5	4	10,5	20	7,9
Cônjuge/ Companheiro(s)	3	5,6	6	3,7	1	2,6	10	4,0
Amigo(s)	21	38,9	81	50,3	22	57,9	124	49,0
Pais ou responsáveis	18	33,3	51	31,7	9	23,7	78	30,8
Outros parentes	4	7,4	7	4,3	2	5,3	13	5,1
Outros	4	7,4	4	2,5	0	0,0	8	3,2
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0

Fonte: a autora, 2012.

Nota: Utilizada a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) para a variável cor da pele.

Em relação à escolaridade dos pais (Tabela 4), observou-se que 53,4% das mães e 44,3% dos pais possuíam ensino superior incompleto ou completo.

Tabela 4 – Escolaridade dos pais dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Dados sociodemográficos	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	Escolaridade da mãe							
Fundamental incompleto ou completo	10	18,5	19	11,8	3	7,9	32	12,6
Médio incompleto ou completo	17	31,5	44	27,4	6	15,8	67	26,5
Técnico após ensino médio	5	9,2	11	6,8	1	2,6	17	6,7
Superior incompleto ou completo	21	38,9	86	53,4	28	73,7	135	53,4
Não sei	1	1,9	1	0,6	0	0,0	2	0,8
Escolaridade do pai								
Fundamental incompleto ou completo	11	20,4	31	19,3	3	7,9	45	17,8
Médio incompleto ou completo	19	35,2	43	26,7	7	18,4	69	27,2
Técnico após ensino médio	4	7,4	14	8,7	4	10,5	22	8,7
Superior incompleto ou completo	18	33,3	71	44,1	23	60,5	112	44,3
Não sei	2	3,7	2	1,2	1	2,7	5	2,0
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0

Fonte: a autora, 2012.

De acordo com o Censo da Educação Superior, realizado em 2010 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), os cursos de graduação da área da Saúde possuem predominância feminina, com idade entre 19 e 23 anos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2012).

Os dados deste estudo corroboram com o Censo da Educação Superior de 2010 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2012) e Silva (2010). São semelhantes aos encontrados por Santos (2006), que, em seu estudo, obteve quase 70,0% de estudantes do sexo feminino e percentuais próximos a 50,0% de pais com ensino superior incompleto ou completo. Contudo, obteve a maioria dos alunos de seu estudo morando com os pais ou responsáveis.

De acordo com a pesquisa da Andifes (2011), o estudante de graduação das universidades federais brasileiras é jovem, com faixa de idade de 18 a 24 anos (73,7%), do sexo feminino (53,5%), estado civil solteiro (86,6%) e cor da pele branca

(54%). É importante mencionar que, embora a cor da pele branca seja a maioria, houve um aumento em quase 50,0% (5,9% em 2004 para 8,7% em 2010) de estudantes com cor da pele preta (BRASIL, 2011), dado que pode ser verificado devido às políticas de inclusão. Neste estudo, obteve-se 3,2% de alunos que declararam cor da pele preta.

As pesquisas sobre o Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras, realizadas pela Andifes, utilizam para classificação econômica o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

O CCEB é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares, considerando o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em “classes sociais”. Realiza-se a soma dos pontos atribuídos a cada uma das características domiciliares e, então, é feita uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ABEP, 2012).

Como, neste estudo, não se utilizou o sistema de classificação por pontos nos instrumentos de coletas de dados, realizou-se uma estimativa da classe econômica familiar dos alunos, tendo por base a renda média familiar por classes do CCEB/ABEP de 2012.

Assim, verifica-se na Tabela 5, que a maior porcentagem de alunos (34,4%) possuía renda mensal do grupo familiar de 1 | 5 salários mínimos e situavam-se entre as classes econômicas D e B2; 26,9% dos alunos possuíam renda mensal do grupo familiar de 5 | 10 salários mínimos e estavam classificados entre as classes econômicas B2 e B1. A renda per capita de 56,5% dos alunos correspondeu a 1 | 5 salários mínimos.

A pesquisa da Andifes (2011), ao comparar a distribuição da população brasileira em classes econômicas com a distribuição dos alunos das universidades federais, identificou uma concentração de estudantes nas classes A e B, principalmente, nas classes A e B1. Contudo, 43,7% dos alunos pertencem às classes populares, C, D e E. Neste estudo, observou-se uma maior frequência de alunos entre as classes D e B2.

Tabela 5 – Renda familiar e per capita dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Renda	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	Renda familiar mensal							
01 5 salários mínimos	22	40,7	53	32,9	12	31,5	87	34,4
05 10 salários mínimos	19	35,2	41	25,5	8	21,1	68	26,9
10 15 salários mínimos	3	5,6	17	10,6	8	21,1	28	11,1
15 20 salários mínimos	0	0	8	5,0	3	7,9	11	4,3
≥ 20 salários mínimos	1	1,8	14	8,6	3	7,9	18	7,1
Não respondeu	9	16,7	28	17,4	4	10,5	41	16,2
Renda per capita								
≤ 1 salário mínimo	11	20,4	29	18,0	07	18,5	47	18,6
01 5 salários mínimos	32	59,2	88	54,6	23	60,5	143	56,5
05 10 salários mínimos	1	1,9	12	7,5	4	10,5	17	6,7
10 15 salários mínimos	1	1,9	3	1,9	0	0	4	1,6
Não respondeu	9	16,6	29	18,0	4	10,5	42	16,6
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0

Fonte: a autora, 2012.

Nota: 1 salário mínimo = R\$622,00.

A Tabela 6 apresenta os dados clínicos dos alunos. Observa-se que a maior parte dos alunos relatou não possuir doença crônica e que 98,4% avaliaram sua saúde como boa, muito boa e excelente (30,4%, 43,5% e 24,5%, respectivamente).

Tabela 6 – Dados clínicos dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Dados clínicos	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	Doença crônica							
Não	51	94,4	148	91,9	34	89,5	233	92,1
Sim	3	5,6	13	8,1	4	10,5	20	7,9
Se sim, qual?								
Hipertensão arterial	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4
Diabetes Mellitus	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	0,8
Asma	1	1,9	0	0,0	1	2,6	2	0,8
Hipotireoidismo	1	1,9	4	2,5	1	2,6	6	2,4
Outra(s)	1	1,9	6	3,7	2	5,3	9	3,6
Autoavaliação da saúde geral								
Excelente	9	16,7	42	26,1	11	29,0	62	24,5
Muito boa	23	42,6	74	46,0	13	34,2	110	43,5
Boa	21	38,8	42	26,1	14	36,8	77	30,4
Ruim	1	1,9	2	1,2	0	0,0	3	1,2
Não respondeu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0

Fonte: a autora, 2012.

De acordo com Santos (2006), 99% dos universitários de seu estudo avaliaram sua saúde como boa, muito boa e excelente, com percentuais próximos aos encontrados neste estudo, 37,5%, 43,1% e 18,4%, respectivamente.

Vieira e outros (2002) identificaram que 46,5% dos alunos possuíam alguma doença crônica antes do ingresso na universidade e 33,0% manifestaram problemas de saúde após seu ingresso. Silva (2010) encontrou que 19,2% dos universitários de sua pesquisa referiram possuir alguma condição crônica de saúde.

4.2 HÁBITOS DE SAÚDE DOS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

4.2.1 Comparação dos hábitos de saúde dos universitários da área da Saúde entre os períodos dos cursos

Em relação à segurança (Tabela 7), 63,6% dos alunos referiram que sempre utilizaram o cinto de segurança ao andar em um automóvel no banco da frente, contudo, ao andar no banco de trás, esse percentual caiu para 12,3%. O uso de capacete ao andar de moto foi relatado por 56,9% dos alunos, o que corresponde a 97,3% dos alunos que andaram de moto nos últimos 12 meses. Porém, não se observou esse hábito ao andar de bicicleta, somente 1,2% do total de alunos referiu sempre utilizar o capacete, ou seja, 2,5% dos alunos que andaram de bicicleta nos últimos 12 meses. Quanto à frequência de andar em um veículo no qual o motorista (o próprio aluno ou outra pessoa) havia consumido bebida alcoólica, 23,3% dos alunos informaram ter andado de 2 a 3 vezes, 15,0% 1 vez e 10,3% 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias. Apesar disso, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os hábitos relacionados à segurança e os períodos.

Colicchio e outros (2010) realizaram um estudo sobre comportamento no trânsito entre estudantes de Medicina. Identificaram que, de uma amostra de 354 universitários, 91,2% informaram que sempre utilizaram cinto de segurança, 95,5% sempre utilizaram capacete e 54,8% já dirigiram após ingestão de bebida alcoólica. Em relação ao uso de cinto de segurança e capacete, encontraram porcentagens superiores às deste estudo, contudo, os dados foram semelhantes para dirigir após ingestão de bebida alcoólica, sendo que, neste estudo, 54,5% dos estudantes responderam que já andaram em um veículo no qual o motorista (o próprio aluno ou outra pessoa) havia consumido bebida alcoólica.

Uma pesquisa sobre comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo identificou que 70,4% dos estudantes andavam de motocicleta sem capacete e 17% não utilizaram cinto de segurança ao andar de carro (CARLINI-COTRIM; GAZAL-CARVALHO; GOUVEIA, 2000).

Andrade e outros (2003) realizaram um estudo sobre comportamentos de risco para acidentes de trânsito entre estudantes de Medicina e identificaram que 41,0% dos alunos relataram que foram passageiros em veículos em que o condutor

havia ingerido bebida alcoólica, sendo 39,2% do total de homens e 44,2% do total de mulheres. 35,8% relataram que dirigiram após terem consumido bebida alcoólica, 44,6% do total de homens e 20,2% do total de mulheres. O uso do cinto de segurança no banco dianteiro, enquanto passageiro, foi relatado por 84,4% e, como passageiro no banco traseiro, 6,5% dos alunos.

Neste estudo, a porcentagem de alunos que relataram usar de cinto de segurança, quando andam num carro no banco de trás, foi quase o dobro do encontrado por Andrade e outros (2003). Contudo, em relação às demais variáveis, os alunos deste estudo apresentaram maior frequência de hábitos inadequados. Em relação à pesquisa de Carlini-Cotrim; Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) houve uma maior frequência de hábitos positivos.

Tabela 7 – Hábitos relacionados à segurança dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

(continua)

Hábitos relacionados à segurança	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		τ_b^*	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Uso de cinto de segurança quando anda num carro no banco da frente										
Raramente	2	3,7	3	1,9	0	0,0	5	2,0	0,02	0,64
Às vezes	10	18,5	12	7,5	2	5,3	24	9,5		
A maioria das vezes	6	11,1	46	28,6	11	28,9	63	24,9		
Sempre	36	66,7	100	62,0	25	65,8	161	63,6		
Uso de cinto de segurança quando anda num carro no banco de trás										
Nunca	9	16,6	24	14,9	5	13,2	38	15,0	0,007	0,88
Raramente	17	31,5	45	28,0	15	39,5	77	30,4		
Às vezes	18	33,3	38	23,6	10	26,3	66	26,1		
A maioria das vezes	5	9,3	28	17,4	7	18,4	40	15,8		
Sempre	5	9,3	25	15,5	1	2,6	31	12,3		
Não respondeu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Uso do capacete ao andar de moto nos últimos 12 meses										
Eu não andei de moto nos últimos 12 meses	16	29,6	69	42,9	20	52,7	105	41,5	-0,03	0,73
Às vezes usei capacete	1	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4		
A maioria das vezes usei capacete	0	0,0	2	1,2	1	2,6	3	1,2		
Sempre usei capacete	37	68,5	90	55,9	17	44,7	144	56,9		
Uso do capacete ao andar de bicicleta nos últimos 12 meses										
Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses	27	50,0	83	51,5	24	63,2	134	53,0	0,04	0,68
Nunca usei um capacete	25	46,2	74	46,0	12	31,6	111	43,8		
Raramente usei um capacete	1	1,9	3	1,9	1	2,6	5	2,0		
Sempre usei capacete	1	1,9	1	0,6	1	2,6	3	1,2		

Tabela 7 – Hábitos relacionados à segurança dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

(conclusão)

Hábitos relacionados à segurança	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		T _b *	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Frequência de andar em um veículo no qual o motorista (você ou outra pessoa) havia consumido bebida alcoólica										
Nenhuma vez	28	51,9	75	46,6	12	31,6	115	45,5	0,08	0,12
1 vez	9	16,7	18	11,2	11	28,9	38	15,0		
2 ou 3 vezes	10	18,5	41	25,5	8	21,1	59	23,3		
4 ou 5 vezes	1	1,9	11	6,8	3	7,9	15	5,9		
6 ou mais vezes	6	11,0	16	9,9	4	10,5	26	10,3		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0	-	-

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall

A Tabela 8 apresenta os hábitos relacionados à violência e ao suicídio. O porte de arma de fogo ou arma branca e o envolvimento em briga física foram pouco relatados (0,8% e 3,2%, respectivamente) sendo que a maior frequência de relatos corresponde a alunos dos períodos intermediários. Em relação ao suicídio, 5,5% referiram já o ter considerado, seriamente, com porcentagens semelhantes entre os períodos e 0,4% dos alunos tentou, de fato, o suicídio nos últimos 12 meses. Contudo, não foi observada diferença estatisticamente significativa destas variáveis com os períodos.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Santos (2006) e, embora a prevalência de hábitos relacionados à violência e suicídio tenha sido baixa, apoia-se sua orientação de que a intervenção deve ser realizada o mais precocemente possível, uma vez que apresenta baixo custo e contribui para melhoria da QV dos jovens. Contudo, ressalta-se a importância de estudos direcionados para essa temática e que forneçam subsídios para intervenção adequada.

Tabela 8 – Hábitos relacionados a violência e suicídio dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos relacionados à violência e ao suicídio	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		T _b *	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Frequência de carregar uma arma de fogo ou faca nos últimos 30 dias									
Nenhum dia	54	100,0	159	98,8	38	100,0	251	99,2	0,01	0,27
1 dia	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	0,8		
Frequência do envolvimento em briga física nos últimos 12 meses										
Nenhuma vez	53	98,1	155	96,3	37	97,4	245	96,8	0,01	0,70
1 vez	1	1,9	5	3,1	1	2,6	7	2,8		
4 a 5 vezes	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Considerou o suicídio nos últimos 12 meses										
Sim	4	7,4	8	5,0	2	5,3	14	5,5	0,04**	0,79
Não	50	92,6	153	95,0	36	94,7	239	94,5		
Tentativa de suicídio nos últimos 12 meses										
Nenhuma vez	54	100,0	160	99,4	38	100,0	252	99,6	0,008	0,38
1 vez	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0	-	-

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall;**V de Cramer.

A Tabela 9 apresenta o consumo de tabaco e álcool segundo o período. 42,3% dos alunos informaram que já experimentaram cigarro e 8,3% relataram já terem fumado regularmente. Em relação à bebida alcoólica, 49,7% tiveram sua primeira experiência com álcool antes dos 17 anos, sendo 4,7% com 12 anos ou menos, 14,2% com 13 ou 14 anos e 30,8% entre 15 e 16 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre consumo de tabaco e álcool e os períodos.

Considerando que a idade de ingresso na universidade, geralmente, é com 17 ou 18 anos, devido à conclusão do ensino médio, observa-se, neste estudo, que o hábito de beber, para a maior parte dos alunos, iniciou-se antes do início do curso. Esses dados se assemelham aos encontrados por Barreto (2011), que identificou que a maioria dos alunos iniciou o consumo regular de bebida alcoólica antes do início do curso, com média de idade de $16,87 \pm 2,76$ anos. E, também, com os dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 2007, que mostram que o início do consumo de álcool em adolescentes de 14 a 17 anos foi de 13,9 anos em média e que nos jovens de 18 a 25 anos foi de 15,3 anos em média (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Nesse sentido, apoia-se o argumento de Barreto (2011), que indica o importante papel que a universidade tem de auxiliar com a formação de percepções, hábitos e comportamentos que contribuam com a saúde a fim de evitar o início ou de interromper o consumo de drogas, como o tabaco e o álcool.

Este estudo mostrou que, apesar de não apresentar estatísticas significativas em relação aos períodos dos cursos, o consumo de bebida alcoólica, nos 30 dias anteriores à pesquisa, foi relatado por 78,3% dos acadêmicos, sendo que 28,1% consumiram por 1 ou 2 dias, 20,9% consumiram de 3 a 5 dias, 20,2% de 6 a 9 dias, 7,1% de 10 a 19 dias e 2,0% de 20 a 29 dias.

Tôrres (2002), em seu estudo sobre o perfil epidemiológico do uso de drogas entre universitários da área da Saúde, identificou que as bebidas alcoólicas foram as mais consumidas pelos acadêmicos pesquisados. 30,0% relataram seu uso no período do estudo e 41,3% já haviam consumido alguma vez na vida. Além disso, observou que 5,5% dos alunos relataram uso de tabaco.

Tabela 9 – Consumo de tabaco e álcool pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Consumo de tabaco e álcool	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		Tb*	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Já experimentou cigarro?									
Sim	21	38,9	68	42,2	18	47,4	107	42,3	0,05**	0,72
Não	33	61,1	93	57,8	20	52,6	146	57,7		
Já fumou cigarro regularmente?										
Sim	6	11,1	11	6,8	4	10,5	21	8,3	0,07**	0,54
Não	48	88,9	149	92,6	34	89,5	231	91,3		
Não respondeu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Primeira experiência com álcool										
Eu nunca bebi álcool	9	16,7	15	9,3	2	5,3	26	10,3	0,10	0,06
12 anos ou menos	3	5,5	7	4,3	2	5,3	12	4,7		
13 ou 14 anos	9	16,7	20	12,4	7	18,4	36	14,2		
15 ou 16 anos	20	37,0	51	31,7	7	18,4	78	30,8		
17 ou 18 anos	9	16,7	40	24,9	14	36,8	63	24,9		
19 ou 20 anos	3	5,5	24	14,9	4	10,5	31	12,3		
21 ou 24 anos	1	1,9	4	2,5	2	5,3	7	2,8		
Consumo de pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores										
Nenhum dia	14	25,9	31	19,3	10	26,3	55	21,7	0,03	0,58
1 ou 2 dias	15	27,8	46	28,6	10	26,3	71	28,1		
3 a 5 dias	13	24,1	34	21,1	6	15,8	53	20,9		
6 a 9 dias	6	11,1	38	23,6	7	18,4	51	20,2		
10 a 19 dias	5	9,2	10	6,2	3	7,9	18	7,1		
20 a 29 dias	1	1,9	2	1,2	2	5,3	5	2,0		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau- \underline{b} de Kendall;**V de Cramer.

O consumo de drogas ilícitas pelos universitários, na vida, é apresentado nas Tabelas 10 e 11.

A Tabela 10 apresenta o consumo de maconha e cocaína. Observa-se que 82,2% dos alunos nunca consumiram maconha e 6,3% experimentaram com 19 ou 20 anos, 98,8% nunca consumiram cocaína.

Na Tabela 11, verifica-se o consumo de outras drogas ilícitas, sendo que 94,5% dos estudantes nunca utilizaram cola, aerosol ou qualquer tinta ou *spray* para ficar fora da realidade, 96,8% nunca utilizaram pílulas ou injeção de esteróide sem prescrição médica e nenhum aluno relatou ter utilizado agulha para se injetar qualquer droga ilícita.

Lucas e outros (2006) pesquisaram o uso de psicotrópicos entre universitários da área da Saúde e identificaram que as substâncias ilegais mais usadas foram solventes (11,9%), maconha (9,4%), anfetamínicos (9,2%), e ansiolíticos (9,2%), cocaína (2,1%) e alucinógenos (1,2%). O principal motivo relatado para o uso de drogas ilegais foi a curiosidade. O “uso na vida” de esteróides anabolizantes foi citado por 2,1% dos estudantes.

Não se observou uso de drogas injetáveis entre os alunos deste estudo. Esse resultado se torna importante, pois Santos (2006) e Lucas (2006) encontraram porcentagens, embora pequenas, 0,3% e 0,2% respectivamente, preocupantes, devido à associação do uso de drogas injetáveis e o risco de transmissão de DST.

Houve diferença estatisticamente significativa no consumo de drogas, como LSD, PCP, *ecstasy*, cogumelo, anfetamina (*speed*), anfetamina (*ice*) e ou heroína, que apresentou uma tendência a aumentar entre os alunos dos últimos períodos dos cursos.

Em sua pesquisa, Santos (2006) não encontrou associação entre essa variável e os períodos. Andrade e outros (1997), em seu estudo sobre fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina, identificaram que o uso dos psicotrópicos, principalmente, tranquilizantes, foi maior nos últimos anos do curso, identificando que o fato de os alunos terem mais anos de estudo está relacionado com o uso de drogas na vida.

Tabela 10 – Consumo de maconha e cocaína, na vida, pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		Tb*	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Frequência do consumo de maconha										
Nenhuma vez	43	79,6	135	83,9	30	79,0	208	82,2	-0,002	0,97
1 ou 2 vezes	3	5,5	11	6,9	3	7,9	17	6,7		
3 a 9 vezes	5	9,2	9	5,6	1	2,6	15	5,9		
10 a 19 vezes	1	1,9	2	1,2	1	2,6	4,0	1,6		
20 a 39 vezes	1	1,9	2	1,2	0	0,0	3,0	1,2		
40 a 99 vezes	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1,0	0,4		
100 ou mais vezes	1	1,9	1	0,6	3	7,9	5	2,0		
Idade da primeira experiência com maconha										
Nunca experimentei maconha	43	79,6	135	83,9	30	79,0	208	82,2	-0,05	0,70
13 ou 14 anos	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	0,4		
15 ou 16 anos	2	3,7	7	4,3	1	2,6	10	4,0		
17 ou 18 anos	2	3,7	7	4,3	1	2,6	10	4,0		
19 ou 20 anos	5	9,3	7	4,3	4	10,6	16	6,3		
21 ou 24 anos	2	3,7	5	3,2	0	0,0	7	2,7		
25 anos ou mais	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	0,4		
Cocaína (pó, crack ou freebase)										
Nenhuma vez	53	98,1	160	99,4	37	97,4	250	98,8	0,01	0,90
1 ou 2 vezes	1	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4		
3 a 9 vezes	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
20 a 39 vezes	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	0,4		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall.

Tabela 11 – Consumo de drogas ilícitas, na vida, pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Períodos		Períodos		Períodos		Total		Tb*	p
	iniciais		intermediários		finais					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, heroína, e ou anfetamina										
Nenhuma vez	53	98,1	153	95,0	32	84,2	238	94,0	0,16	0,02
1 ou 2 vezes	0	0,0	2	1,3	1	2,6	3	1,2		
3 a 9 vezes	1	1,9	5	3,1	2	5,3	8	3,2		
10 a 19 vezes	0	0,0	0	0,0	2	5,3	2	0,8		
20 a 39 vezes	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	0,4		
Não respondeu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Uso de agulha para injetar qualquer droga ilícita										
Nenhuma vez	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0	-	-
Cola, aerosol ou qualquer tinta ou spray para ficar fora da realidade										
Nenhuma vez	51	94,4	152	94,4	36	94,7	239	94,5	0,00	0,98
1 ou 2 vezes	2	3,7	5	3,1	0	0,0	7	2,8		
3 a 9 vezes	1	1,9	1	0,6	1	2,6	3	1,2		
10 a 19 vezes	0	0,0	1	0,6	1	2,6	2	0,8		
20 a 39 vezes	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	0,8		
Pílulas ou injeção de esteróide sem prescrição médica										
Nenhuma vez	53	98,1	154	95,7	38	100,0	245	96,8	-0,01	0,68
1 ou 2 vezes	1	1,9	4	2,5	0	0,0	5	2,0		
3 a 9 vezes	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	0,8		
100 ou mais vezes	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall.

Algumas pesquisas apresentam dados que evidenciam que o início do consumo de drogas foi antes do ingresso na universidade, como Lucas e outros (2006). De acordo com o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, ao se comparar as diferentes faixas etárias, observa-se que, no grupo etário de 18 a 24 anos, há maiores prevalências para o uso, na vida, de maconha (17,0%) e solventes (10,8%). Para a população entre 25 e 34 anos, há maiores prevalências para uso, na vida, de cocaína (5,2%) e estimulantes/anorexígenos (4,0%) (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

A Tabela 12 apresenta o consumo de drogas ilícitas pelos universitários, nos 30 dias anteriores ao estudo. 4,8% dos alunos referiram ter utilizado maconha, sendo que 3,6% utilizaram 1 ou 2 vezes, 0,8% de 3 a 9 vezes e 0,4% de 10 a 19 vezes. 0,4% dos alunos utilizaram cocaína 1 ou 2 vezes e 0,4% utilizaram outros tipos de drogas ilícitas, como LSD, PCP, “ecstasy”, cogumelo, anfetamina (speed), anfetamina (ice) e ou heroína 1 ou 2 vezes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre consumo de drogas ilícitas nos 30 dias anteriores à pesquisa e os períodos.

Torrês (2002), em seu estudo sobre o uso de drogas entre universitários da área da Saúde, observou que os alunos relataram o uso atual de inalantes (5,5%), maconha (3,7%) e cocaína (menos de 1,0%).

Wagner (2011), em estudo sobre atitudes e uso de drogas entre universitários, realizou um comparativo com os levantamentos de 1996 e 2001 e observou um menor consumo de drogas entre os estudantes. Observou, em ordem decrescente, o consumo de álcool (62,1%), outras drogas (17,4%) e tabaco (17,2%). As outras drogas relatadas foram maconha (11,5%), anfetamínicos (4,4%), tranquilizantes (3,2%), inalantes (2,9%), alucinógenos (2,5%), cocaína (1,3%), entre outras como ecstasy (0,8%) e anabolizantes (0,1%).

Esses dados são semelhantes aos encontrados neste estudo, embora, para alguns tipos, a frequência tenha sido menor. Compartilha-se da inferência de Santos (2006) sobre uma limitação do instrumento NCHRB que investigou o consumo de várias drogas em uma mesma pergunta.

Tabela 12 – Consumo de drogas ilícitas, nos 30 dias anteriores ao estudo, pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		Tb*	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Frequência do consumo de maconha										
Nenhuma vez	50	92,6	156	96,9	35	92,1	241	95,2	-0,006	0,93
1 ou 2 vezes	4	7,4	5	3,1	0	0,0	9	3,6		
3 a 9 vezes	0	0,0	0	0,0	2	5,3	2	0,8		
10 a 19 vezes	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	0,4		
Frequência do consumo de cocaína (pó, crack ou freebase)										
Nenhuma vez	54	100,0	160	99,4	38	100,0	252	99,6	0,008	0,38
1 ou 2 vezes	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Frequência do consumo de drogas ilícitas como LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, anfetamina e ou heroína										
Nenhuma vez	54	100,0	160	99,4	38	100,0	252	99,6	0,008	0,38
1 ou 2 vezes	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0	-	-

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau- τ_b de Kendall.

Em relação ao comportamento sexual dos alunos (Tabelas 13 e 14), observou-se uma diferença estatisticamente significativa, demonstrando que a frequência de relação sexual nos últimos 30 dias aumentou de acordo com o período do curso.

De acordo com a Tabela 13, 72,4% tiveram a primeira relação sexual entre 15 e 20 anos, sendo 19,8% entre 15 ou 16 anos, 34,4% entre 17 ou 18 anos e 18,2% entre 19 ou 20 anos. 11,0% informaram que nunca tiveram relação sexual.

Os métodos contraceptivos mais utilizados na última relação sexual foram as pílulas (62,5%) e os preservativos (53,0%). 4,3% dos alunos informaram não ter utilizado nenhum método para prevenção de gravidez e 17,4% informaram que consumiram álcool ou drogas antes da relação sexual. Nos últimos 30 dias, o uso frequente de preservativo foi relatado por 23,7% dos universitários.

Observa-se na Tabela 14 que 96,4% dos alunos nunca vivenciaram a gravidez, 2,0% já tiveram relação sexual forçada em algum momento da vida e 30,0% já realizaram o teste para verificar infecção pelo vírus da AIDS.

Observou-se inconsistência das respostas às questões “Idade da primeira relação sexual” (Tabela 13) e “Consumo de álcool ou drogas antes da última relação sexual” (Tabela 14) em virtude da diferença de percentuais para “nunca ter tido relação sexual” que foi de 11,0% e 10,7%, respectivamente. Essa diferença, embora pequena, pode ser devida a uma incompreensão dessas questões por parte de alguns respondentes.

Santos (2006) encontrou diferenças significativas entre os grupos de estudantes do primeiro e último período, mostrando que a atividade sexual foi mais frequente e o de uso do preservativo foi menor entre estudantes do final do curso. Esse dado indica o aumento de relacionamentos estáveis entre jovens ao final da graduação.

Tabela 13 – Comportamento sexual dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		T _b *	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Idade da primeira relação sexual										
Nunca	13	24,1	12	7,5	3	7,9	28	11,0	0,06	0,32
12 anos ou menos	0	0,0	3	1,9	0	0,0	3	1,2		
13 ou 14 anos	4	7,4	8	5,0	3	7,9	15	5,9		
15 ou 16 anos	16	29,6	29	18,0	5	13,2	50	19,8		
17 ou 18 anos	9	16,7	58	36,0	20	52,6	87	34,4		
19 ou 20 anos	8	14,8	36	22,3	2	5,3	46	18,2		
21 ou 24 anos	3	5,5	12	7,5	4	10,5	19	7,5		
25 anos ou mais	1	1,9	1	0,6	1	2,6	3	1,2		
Não respondeu	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	0,8		
Frequência de relação sexual¹										
Nenhuma vez	24	44,4	59	36,7	10	26,3	93	36,7	0,13	0,01
1 vez	3	5,5	8	5,0	3	7,9	14	5,5		
2 ou 3 vezes	13	24,1	24	14,9	5	13,2	42	16,6		
4 a 9 vezes	8	14,8	48	29,8	10	26,3	66	26,1		
10 a 19 dias	5	9,3	16	9,9	7	18,4	28	11,1		
20 ou mais vezes	1	1,9	4	2,5	3	7,9	8	3,2		
Não respondeu	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	0,8		
Uso do preservativo¹										
Não teve relação sexual durante os últimos 30 dias	24	44,4	58	36,0	10	26,3	92	36,4	0,05	0,29
Nunca usou	2	3,7	16	10,0	5	13,2	23	9,1		
Raramente usou	2	3,7	19	11,8	3	7,9	24	9,5		
Às vezes usou	5	9,3	10	6,2	4	10,5	19	7,5		
A maioria das vezes usou	8	14,8	21	13,1	4	10,5	33	13,0		
Sempre usou	13	24,1	35	21,7	12	31,6	60	23,7		
Não respondeu	0	0,0	2	1,2	0	0	2	0,8		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall; ¹ Nos 30 dias anteriores.

Tabela 14 – Comportamento sexual dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		Tb*	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Consumo de álcool ou drogas antes da última relação sexual										
Nunca teve relação sexual	13	24,1	12	7,5	2	5,3	27	10,7	0,06	0,29
Sim	5	9,2	30	18,6	9	23,7	44	17,4		
Não	36	66,7	117	72,7	27	71,0	180	71,1		
Não respondeu	0	0,00	2	1,2	0	0,00	2	0,8		
Experiência de gravidez										
Nenhuma vez	51	94,4	155	96,3	38	100,0	244	96,4	-0,99	0,11
1 vez	2	3,7	4	2,5	0	0,0	6	2,4		
2 ou mais vezes	1	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4		
Não respondeu	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	0,8		
Experiência de relação sexual forçada										
Sim	2	3,7	3	1,9	0	0,0	5	2,0	1,60**	0,44
Não	52	96,3	157	97,5	38	100,0	247	97,6		
Não respondeu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Teste para verificar infecção pelo vírus da AIDS										
Sim	15	27,8	43	26,7	18	47,4	76	30,0	-0,10	0,08
Não	38	70,4	114	70,8	20	52,6	172	68,0		
Não sabe	1	1,8	3	1,9	0	0,0	4	1,6		
Não respondeu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0	-	-

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall; **V de Cramer.

A Tabela 15 apresenta a avaliação da alimentação dos alunos segundo o período. Verifica-se que, no dia anterior ao estudo, 23,3% dos alunos não tinham consumido frutas ou suco de frutas e 20,6% não consumiram verduras ou vegetais cozidos. 37,9% informaram ter consumido hambúrgueres ou salgados e 50,2% biscoitos ou doces, no mínimo uma vez no dia anterior. Os hábitos alimentares não apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação aos períodos.

Vieira e outros (2002) investigaram o consumo alimentar, na semana, de adolescentes universitários. 75,1% dos alunos relatou consumir frutas quatro vezes ou menos, 72,0% consomem hortaliças cinco ou mais vezes por semana e, quanto aos doces, 46,5% informaram que ingerem cinco vezes ou mais. Além disso, quase 50% dos alunos relataram que aumentaram o consumo alimentar após o ingresso na universidade.

Esses dados permitem verificar o alto consumo de alimentos do grupo de doces e gorduras que podem oferecer riscos à saúde atual e futura destes indivíduos.

Tabela 15 – Avaliação da alimentação dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos alimentares no dia anterior	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		T _b *	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Consumo de frutas ou suco de frutas										
Nenhuma vez	9	16,7	42	26,1	8	21,1	59	23,3	-0,005	0,92
1 vez	25	46,3	51	31,7	14	36,8	90	35,5		
2 vezes	15	27,8	43	26,7	14	36,8	72	28,5		
3 ou mais vezes	5	9,2	24	14,9	2	5,3	31	12,3		
Não respondeu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4		
Consumo de verdura ou vegetais cozidos										
Nenhuma vez	11	20,4	34	21,1	7	18,4	52	20,6	-0,007	0,88
1 vez	28	51,8	65	40,4	23	60,5	116	45,8		
2 vezes	14	25,9	54	33,5	8	21,1	76	30,0		
3 ou mais vezes	1	1,9	8	5,0	0	0,0	9	3,6		
Consumo de hambúrguer ou salgadinhos										
Nenhuma vez	30	55,5	92	57,2	20	52,6	142	56,1	0,03	0,60
1 vez	21	38,9	63	39,1	12	31,6	96	37,9		
2 vezes	3	5,6	5	3,1	4	10,5	12	4,8		
3 ou mais vezes	0	0,0	1	0,6	2	5,3	3	1,2		
Consumo de biscoitos, tortas, bolos ou doces										
Nenhuma vez	10	18,5	52	32,3	11	29,0	73	28,9	-0,03	0,52
1 vez	35	64,8	72	44,7	20	52,6	127	50,2		
2 vezes	7	13,0	30	18,7	3	7,9	40	15,8		
3 ou mais vezes	2	3,7	7	4,3	4	10,5	13	5,1		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall.

Em relação à autoavaliação do peso, Tabela 16, a maior parte dos universitários descreveu-o como certo (50,2%) ou levemente acima do normal (32,4%).

Tabela 16 – Autoavaliação do peso dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		Tb*	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Autoavaliação do peso										
Muito abaixo do peso normal	1	1,9	1	0,6	1	2,6	3	1,2	-0,02	0,65
Levemente abaixo do peso normal	6	11,1	16	9,9	3	7,9	25	9,9		
No peso certo	24	44,4	84	52,2	19	50,0	127	50,2		
Levemente acima do peso normal	17	31,5	51	31,7	14	36,9	82	32,4		
Muito acima do peso normal	6	11,1	9	5,6	1	2,6	16	6,3		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0	-	-

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall.

Observou-se que, para manter ou perder peso, 37,2% realizaram dieta alimentar e 52,6% praticaram exercícios. As práticas inadequadas para perda de peso, como uso de laxantes ou vômitos e uso de pílulas para emagrecimento, foram relatadas por 1,6% dos alunos (Tabela 17).

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as variáveis relacionadas ao peso e os períodos.

Tabela 17 – Práticas em relação ao peso dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		Tb*	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Atitude em relação ao peso										
Perder peso	26	48,1	67	41,6	14	36,8	107	42,3	0,07	0,20
Ganhar peso	6	11,1	23	14,3	5	13,2	34	13,4		
Manter peso	13	24,1	40	24,8	8	21,1	61	24,1		
Não está tentando fazer nada	9	16,7	31	19,3	11	28,9	51	20,2		
Dieta para perder ou manter o peso¹										
Sim	21	38,9	61	37,9	12	31,6	94	37,2	0,04**	0,73
Não	33	61,1	100	62,1	26	68,4	159	62,8		
Exercício para perder ou manter o peso¹										
Sim	32	59,3	87	54,0	14	36,8	133	52,6	0,13**	0,08
Não	22	40,7	74	46,0	24	63,2	120	47,4		
Vomitar ou tomar laxante para perder ou manter o peso										
Sim	1	1,9	2	1,2	1	2,6	4	1,6	0,04**	0,81
Não	53	98,1	159	98,8	37	97,4	249	98,4		
Pílulas para emagrecimento¹										
Sim	2	3,7	2	1,2	0	0,0	4	1,6	0,09**	0,31
Não	52	96,3	159	98,8	38	100,0	249	98,4		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0	-	-

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *tau-b de Kendall; **V de Cramer.

¹ Nos últimos 30 dias.

De acordo com a altura e o peso relatados, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) dos alunos (Tabela 18), que corresponde a uma medida recomendada, internacionalmente, para avaliação do estado nutricional dos indivíduos e permite estimar a massa corporal e o risco progressivo de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis associadas ao sobrepeso e à obesidade (BRASIL, 2006).

Existem pontos de corte específicos do IMC para cada uma das fases da vida e, como a idade dos alunos deste estudo teve média 22,4 anos (mediana 22,0

anos), nesse caso, optou-se por utilizar a referência para as pessoas de 20 a 60 anos que corresponde a: baixo peso: $IMC < 18,5$; peso adequado: $18,5 \leq IMC < 25$, sobrepeso: $25,0 \leq IMC < 30$ e obesidade: $IMC \geq 30$ (BRASIL, 2006).

Os resultados evidenciaram que 71,1% do total de estudantes da amostra estão com o peso adequado, 16,6% sobrepeso, 5,1% obesos e 7,1% baixo peso.

Barreto (2011) encontrou dados semelhantes em seu estudo, sendo 18,0% de universitários com sobrepeso e 5,0% de obesidade. Já Vieira e outros (2002) encontraram, em avaliação antropométrica de adolescentes universitários, 69,2% de alunos com sobrepeso.

Contudo, o peso normal não é o único indicador de composição corporal satisfatória e deve ser utilizado juntamente com outros aspectos; portanto, é necessário direcionar ações individuais e coletivas de assistência aos estudantes (VIEIRA et al., 2002).

Tabela 18 – Avaliação do IMC dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

IMC	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Grupo total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Baixo peso	4	7,4	10	6,2	4	10,5	18	7,1
Peso adequado	34	63,0	117	72,7	29	76,4	180	71,1
Sobrepeso	13	24,1	25	15,5	4	10,5	42	16,6
Obesidade	3	5,5	9	5,6	1	2,6	13	5,1
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0

Fonte: a autora, 2012.

A Tabela 19 apresenta a prática de exercícios ou esportes segundo o período. Observou-se que 43,1% dos alunos não haviam praticado exercícios ou esportes nos 7 dias anteriores ao estudo, contudo, não houve diferença significativa em relação aos períodos.

Vieira e outros (2002) identificaram que menos da metade dos alunos tinha o hábito de praticar atividade física e que 39,2% relataram redução ou abandono da prática após o ingresso na universidade.

Estudo sobre prevalência de baixo nível de atividade física entre estudantes de graduação, em função do ano de ingresso, do curso e do turno de estudo, identificou que a prevalência de baixo nível de atividade física foi de 31,2%, sendo

que os estudantes com maior tempo de ingresso na universidade, os que estudam no período noturno e aqueles que passam menos tempo na universidade tiveram maior prevalência de baixo nível de atividade física. A maior renda e classe social mostraram-se associadas à maior prevalência de baixa atividade física (FONTES; VIANNA, 2009).

Franca e Colares (2008), em um estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso, observaram que a prática de atividade física apresentou uma diferença significativa entre os períodos, sendo mais frequente entre os estudantes do último semestre.

Considerando a importância da fase universitária como uma transição da etapa adolescente para a vida adulta, bem como a importância da atividade física como medida preventiva para doenças crônicas não transmissíveis e para a melhoria da QV na fase adulta e na velhice, compreende-se que a prática de atividades físicas deve ser incentivada na universidade (FONTES; VIANNA, 2009).

Os hábitos saudáveis devem ser encorajados desde a infância. Contudo, em qualquer fase da vida, mesmo quando adotados tardiamente, eles possuem efeito benéfico sobre a saúde (PEREIRA, 2008).

Tabela 19 – Prática de exercícios ou esportes, nos 7 dias anteriores ao estudo, pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Prática de exercícios ou esportes	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Grupo total		r	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nenhum dia	23	42,6	64	39,8	22	58,0	109	43,1	-0,07*	0,25
1 dia	6	11,1	15	9,3	3	7,9	24	9,5		
2 dias	4	7,4	16	9,9	1	2,6	21	8,3		
3 dias	6	11,1	27	16,8	6	15,8	39	15,4		
4 dias	5	9,3	10	6,2	1	2,6	16	6,3		
5 dias	5	9,3	16	9,9	3	7,9	24	9,5		
6 dias	4	7,4	7	4,4	1	2,6	12	4,7		
7 dias	1	1,8	6	3,7	1	2,6	8	3,2		
Total	54	100,0	161	100,0	38	100,0	253	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Spearman.

Os alunos foram questionados sobre as informações em saúde recebidas na universidade. A Tabela 20 apresenta a porcentagem de estudantes que relataram ter

recebido as informações. Apresentaram diferença estatisticamente significativa com os períodos, as variáveis: prevenção de DSTs, prevenção de AIDS/HIV e hábitos dietéticos e nutricionais.

Embora as informações sobre prevenção de DST e AIDS/HIV tenham apresentado significância estatística, observou-se que 53,0% dos alunos utilizaram preservativo na última relação sexual e 23,7% declararam ter utilizado nos últimos 30 dias. Além disso, observou-se que 17,4% dos alunos relataram ter consumido álcool ou drogas antes da relação sexual. Essas práticas expõem os alunos ao risco de DST/ AIDS ou mesmo a uma gravidez precoce.

Outra questão relevante é o fato de que, embora tenham relatado que receberam informações sobre hábitos dietéticos e nutricionais, observou-se um alto consumo de alimentos gordurosos ou doces entre os alunos. Esses hábitos alimentares podem oferecer riscos à saúde dos estudantes a curto, médio ou longo prazo, como as doenças crônicas não transmissíveis.

Barreto (2011) ressalta a importância de que os cursos de graduação da área da Saúde abordem o tema alimentação saudável na formação dos alunos, bem como possibilitem ações que auxiliem à adoção de hábitos saudáveis. Assim, os universitários, quando chegarem à sua prática profissional, poderão ser multiplicadores dessa informação e exemplo dessa conduta entre seus clientes, pacientes e alunos.

Contudo, a redução da vulnerabilidade dos jovens está além de simplesmente alertá-los para os problemas. É preciso concorrer para que sejam alertados, mas, também, que possam superar os obstáculos que os mantêm vulneráveis. Além de informação, é preciso que saibam como se proteger e que mobilizem a transformação das situações que os tornam susceptíveis (AYRES et al., 2006).

O enfoque educacional dos processos de promoção da saúde e prevenção de agravos deve possuir uma atitude que parte dos saberes e experiências para que, de fato, os estudantes possam buscar e se apropriar de informações, mobilizem-se e busquem, com autonomia, alternativas práticas que permitam superar as situações que os vulnerabilizam e mudem seus hábitos numa direção mais saudável (AYRES et al., 2006).

Tabela 20 – Informações em saúde recebidas pelos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos (Uberaba/MG, 2012)

Curso	Períodos iniciais		Períodos intermediários		Períodos finais		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Prevenção do uso do tabaco	18	33,3	68	42,2	21	55,3	107	
Prevenção do álcool/drogas	28	51,9	77	47,8	21	55,3	126	49,8	0,67
Prevenção da violência	9	16,7	31	19,3	12	31,6	52	20,6	0,17
Prevenção de acidentes e segurança	28	51,9	84	52,2	21	55,3	133	52,6	0,93
Prevenção de suicídio	3	5,6	13	8,1	1	2,6	17	6,7	0,44
Prevenção de gravidez	18	33,3	68	42,2	20	52,6	106	41,9	0,18
Prevenção de DSTs	16	29,6	92	57,1	28	73,7	136	53,8	<0,001
Prevenção da AIDS/HIV	18	33,3	84	52,2	26	68,4	128	50,6	0,003
Hábitos dietéticos e nutricionais	12	22,2	94	58,4	18	47,7	124	49	<0,001
Atividades físicas	25	46,3	99	61,5	22	57,9	146	57,7	0,14

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *V de Cramer.

Os percentuais apresentados referem-se às respostas positivas.

4.2.2 Comparação dos hábitos de saúde dos universitários da área da Saúde entre os sexos

Foram analisados os hábitos dos estudantes de acordo com o sexo. Na Tabela 21, estão descritos os dados referentes à segurança e violência.

Observou-se que os homens utilizaram mais o cinto de segurança ao andar no banco da frente em veículos e que as mulheres apresentaram melhores hábitos de segurança ao andar de moto. Contudo, somente a variável relacionada ao envolvimento em briga física foi significativa, evidenciando que os homens (posto médio=133,8) envolveram-se mais em brigas físicas do que as mulheres (posto médio=124,4).

Tabela 21 – Hábitos de segurança e violência dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com o sexo (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Sexo Masculino			Sexo Feminino			p*
	n	%	Posto médio	n	%	Posto médio	
Uso do cinto de segurança no banco da frente							
Raramente	0	0,0	133,71	5	2,7	124,43	0,28
Às vezes	4	5,7		20	10,9		
A maioria das vezes	19	27,1		44	24,0		
Sempre	47	67,2		114	62,4		
Uso de capacete ao andar de moto							
Não andou de moto nos últimos 12 meses	33	47,1	72,53	72	39,3	75,16	0,25
Às vezes usou capacete	0	0,0		1	0,5		
A maioria das vezes usou capacete	2	2,9		1	0,5		
Sempre usei capacete	35	50,0		109	59,7		
Envolvimento em briga física nos últimos 12 meses							
Nenhuma vez	64	91,4	133,80	181	99,0	124,40	0,003
1 vez	6	8,6		1	0,5		
4 a 5 vezes	0	0,0		1	0,5		
Total	70	100,0		183	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Mann-Whitney.

Ao se avaliar o consumo de substâncias e o comportamento sexual de acordo com o sexo, Tabela 22, observa-se uma diferença estatisticamente significativa, indicando que os homens consumiram bebida alcoólica (posto médio=146,23) e utilizaram maconha (posto médio=137,33) com maior frequência do que as mulheres (posto médio=119,64 e 123,05, respectivamente).

Barreto (2011) também investigou o consumo regular de álcool entre os universitários e identificou que 27,4% dos alunos possuíam este hábito, sendo que os homens (18,9%) consumiam mais que as mulheres (8,5%).

Dados do I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras apontaram que o hábito de beber com maior risco em um curto espaço de tempo, *binge*, apresentou diferença estatisticamente importante, quando considerado o sexo. 25% dos adolescentes e 12% das adolescentes beberam em *binge* pelo menos uma vez nos últimos 12

meses e 30% dos entrevistados relataram terem bebido em *binge* duas vezes por mês ou mais (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Colares, Franca e Gonzalez (2009) investigaram as condutas de saúde entre universitários e as diferenças entre gêneros. O álcool e o tabaco foram consumidos pela maioria dos estudantes, sendo os percentuais significativamente mais elevados entre os estudantes do gênero masculino. Quanto às condutas relacionadas ao uso de drogas ilícitas, verificaram que o uso de maconha foi menos frequente entre estudantes do gênero feminino.

Pillon, O'Brien e Chavez (2005), identificaram que universitários do sexo masculino dirigiram mais sob o efeito do álcool e envolveram-se mais em brigas do que as mulheres. Em relação ao comportamento sexual, sob o efeito do álcool, os homens tiveram maior número de relações, com maior quantidade de parceiras e menor proteção.

Tabela 22 - Consumo de substâncias e comportamento sexual dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com o sexo (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Sexo Masculino			Sexo Feminino			p*
	n	%	PM	n	%	PM	
Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias							
Nenhum dia	11	15,7	146,23	44	24,0	119,64	0,008
1 ou 2 dias	16	22,9		55	30,1		
3 a 5 dias	15	21,4		38	20,8		
6 a 9 dias	16	22,9		35	19,1		
10 a 19 dias	10	14,2		8	4,4		
20 a 29 dias	2	2,9		3	1,6		
Uso de maconha nos últimos 30 dias							
Nenhuma vez	61	87,1	137,33	180	98,4	123,05	<0,001
1 ou 2 vezes	6	8,6		3	1,6		
3 a 9 vezes	2	2,9		0	0,0		
10 a 19 vezes	1	1,4		0	0,0		
Uso de preservativo nos últimos 30 dias							
Não teve relação sexual durante os últimos 30 dias	24	34,3	82,38	68	37,2	79,03	0,66
Nunca usou preservativo	7	10,0		16	8,7		
Raramente usou preservativo	6	8,6		18	9,8		
Às vezes usou preservativo	5	7,1		14	7,7		
A maioria das vezes usou preservativo	9	12,9		24	13,1		
Sempre usou preservativo	19	27,1		41	22,4		
Não respondeu	0	0,0		2	1,1		
Total	70	100,0		183	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: * Mann-Whitney; PM = Posto médio.

Nesta amostra, apesar de os postos médios para o sexo masculino indicarem que estes utilizam o preservativo nas relações sexuais com maior frequência do que as mulheres, as diferenças entre os sexos não foram estatisticamente significativas. Portanto, na população deste estudo, homens e mulheres não se diferenciam com relação a este hábito.

Em relação aos hábitos violentos, ao consumo de tabaco e à prática sexual de acordo com o sexo, Tabela 23, observou-se associação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e o fato já ter fumado regularmente.

O I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários também apontou que o uso de produtos de tabaco entre os universitários do sexo masculino foi um pouco mais elevado (51,7%), tanto para o uso na vida, quanto para o uso nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Tabela 23 – Hábitos violentos, consumo de tabaco e prática sexual dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com o sexo (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Sexo Masculino		Sexo Feminino		p	RP (IC)
	n	%	n	%		
Considerou tentativa de suicídio nos últimos 12 meses						
Sim	5	7,1	9	4,9	0,33*	1,45 (0,50-4,18)
Não	65	92,9	174	95,1		
Tentativa de suicídio nos últimos 12 meses						
Sim	0	0,0	1	0,5	-	-
Não	70	100,0	182	99,5		
Já fumou regularmente						
Sim	12	17,1	9	4,9	0,002**	3,46 (1,52-7,86)
Não	58	82,9	173	94,6		
Não respondeu	0	0,0	1	0,5		
Já teve relação sexual						
Sim	62	88,6	161	88,0	0,93**	0,99 (0,90-1,09)
Não	8	11,4	20	10,9		
Não respondeu	0	0,0	2	1,1		
Total	70	100,0		183	-	-

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Exato de Fisher; **Qui-quadrado.

Apesar de não se ter encontrado significância estatística, observa-se na Tabela 24 que as estudantes do sexo feminino apresentaram maior frequência na realização de dietas alimentares e, também, de hábitos inadequados para perder ou manter o peso em relação aos homens.

Tabela 24 - Hábitos relacionados ao peso, nos últimos 30 dias, dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com o sexo (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos relacionados ao peso nos últimos 30 dias	Sexo Masculino		Sexo Feminino		p*	RP (IC)
	n	%	n	%		
Fez dieta para perder ou manter o peso?						
Sim	21	30,0	73	39,9	0,14	0,75 (0,50-1,12)
Não	49	70,0	110	60,1		
Fez exercício para perder ou manter o peso?						
Sim	40	57,1	93	50,8	0,36	1,12 (0,87-1,44)
Não	30	42,9	90	49,2		
Vomitou ou tomou laxantes para perder ou manter o peso?						
Sim	0	0,0	4	2,2	-	-
Não	70	100,0	179	97,8		
Tomou pílulas para emagrecer?						
Sim	0	0,0	4	2,2	-	-
Não	70	100,0	179	97,8		
Total	70	100,0	183	100,0		

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Qui-quadrado.

4.3 QUALIDADE DE VIDA DOS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

4.3.1 Mensuração da qualidade de vida dos universitários da área da Saúde

Em relação à QV dos universitários, o instrumento WHOQOL-bref possui duas questões gerais sobre autoavaliação de QV e satisfação com a saúde. Neste estudo, a maioria dos estudantes avaliou sua QV como boa (58,5%) e relatou estar satisfeito (53,4%) com sua saúde. Esses dados demonstram que os alunos apresentam uma percepção positiva sobre sua QV e saúde, assim como o estudo de Silva (2012).

A Tabela 25 apresenta as medidas de centralidade e dispersão dos escores dos domínios de QV do WHOQOL-BREF para os alunos. A consistência interna do WHOQOL-Bref foi avaliada utilizando-se o coeficiente α de Cronbach, possibilitando avaliar as respostas dos participantes com um bom grau de fidedignidade.

Não existe, na literatura científica, uma indicação de valores que representam melhor ou pior percepção de QV, contudo, quanto mais próximas de 100 estiverem as médias, melhor a QV. Observa-se que os melhores escores foram os dos domínios Físico (75,07) e Relações Sociais (74,70) e que apresentaram escores inferiores para QV os domínios Psicológico (68,49) e Meio Ambiente (64,29).

Tabela 25 – Medidas de centralidade e dispersão dos escores dos domínios de QV do WHOQOL-BREF dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Domínio WHOQOL-BREF	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão	α de Cronbach
Físico	25,00	100,00	75,07	75,00	13,54	0,77
Psicológico	25,00	100,00	68,49	70,83	14,69	0,80
Relações sociais	25,00	100,00	74,70	75,00	16,22	0,68
Meio ambiente	21,88	100,00	64,29	65,62	14,28	0,79

Fonte: a autora, 2012.

4.3.2 Comparação da qualidade de vida dos universitários da área da Saúde entre variáveis sociodemográficas e períodos dos cursos

A Tabela 26 apresenta a comparação entre os escores dos domínios de QV e algumas variáveis sociodemográficas. Não se observou diferenças estatisticamente significativas, contudo, verificou-se que as mulheres apresentaram melhor percepção de QV nos domínios Físico e Relações Sociais e os homens nos domínios Psicológico e Meio Ambiente.

Tabela 26 – Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos, segundo variáveis sociodemográficas dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Variáveis	n	Domínios											
		Físico			Psicológico			Relações sociais			Meio ambiente		
		\bar{x}	s	p*	\bar{x}	s	p	\bar{x}	s	p	\bar{x}	s	p
Sexo													
Masculino	70	73,41	13,35	0,23	68,92	14,56	0,77	71,90	18,28	0,11	66,42	14,06	0,14
Feminino	183	75,70	13,59		68,32	14,78		75,77	15,27		63,47	14,31	
Estado civil													
Solteiro(a)	242	74,83	13,29	0,20	68,33	14,53	0,42	74,75	16,03	0,79	64,01	14,15	0,14
Possui companheiro(a)	11	80,19	18,30		71,96	18,36		73,48	20,68		70,45	16,25	
Procedência													
Uberaba	82	77,04	14,61	0,10	67,47	16,60	0,44	75,40	17,75	0,63	64,51	14,76	0,86
Outras cidades	171	74,12	12,93		68,98	13,71		74,36	15,47		64,18	14,08	
Com quem mora													
Sozinho	20	76,25	11,66	0,68	73,54	11,96	0,11	74,16	12,36	0,87	69,68	11,56	0,07
Mora com alguém	233	74,96	13,71		68,06	14,85		74,74	16,52		63,82	14,41	

Fonte: a autora, 2012.

Nota: \bar{x} , s = média aritmética e desvio padrão, respectivamente.

*Teste t de Student.

Ao se correlacionar os escores de QV com a idade e a renda dos alunos (Tabela 27), observou-se uma correlação fraca e negativa ($r = -0,14$) entre idade e QV, ou seja, à medida que aumenta a idade, diminui a QV para o domínio das Relações Sociais. Houve uma correlação moderada e positiva (0,33) entre renda e QV, evidenciando que, à medida que aumenta a renda, aumenta a QV para o domínio Meio Ambiente.

Tabela 27 - Correlação entre os escores de QV, idade e renda dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

WHOQOL-BREF Domínios	Idade		Renda	
	r	p*	r	p*
Físico	-0,04	0,51	-0,05	0,42
Psicológico	0,08	0,18	0,07	0,27
Relações sociais	-0,14	0,02	0,06	0,36
Meio ambiente	0,03	0,54	0,33	<0,001

Fonte: a autora, 2012.

Nota: \bar{x} , s = média aritmética e desvio padrão, respectivamente.

*Pearson.

A Tabela 28 refere-se à distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos de acordo com as variáveis acadêmicas. Embora a comparação entre as médias dos escores de QV, obtida pela análise de variância, não tenha sido estatisticamente significativa, percebeu-se que a percepção de QV aumentou, de acordo com os períodos, nos domínios Psicológico e Meio Ambiente. Os alunos dos períodos intermediários apresentaram melhores escores de QV no domínio Físico e os dos períodos iniciais no domínio Relações Sociais, porém não foram estatisticamente significantes.

Tabela 28 – Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde segundo os períodos (Uberaba/MG, 2012)

(continua)

Domínios	Períodos	Períodos	Períodos	Total	p
	iniciais (n=54)	intermediários (n=161)	finais (n=38)		
Físico					
\bar{x}	73,47	75,57	75,18	75,07	0,61
s	14,34	13,12	14,30	13,54	
Psicológico					
\bar{x}	65,66	68,47	72,58	68,49	0,08
s	15,71	14,08	15,18	14,69	

Tabela 28 – Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde segundo os períodos (Uberaba/MG, 2012)

(conclusão)

Domínios	Períodos	Períodos	Períodos	Total	p
	iniciais (n=54)	intermediários (n=161)	finais (n=38)		
Relações sociais					
\bar{x}	75,30	74,48	74,78	74,70	0,94
s	15,52	16,60	15,91	16,219	
Meio ambiente					
\bar{x}	60,24	65,35	65,54	64,29	0,06
s	15,68	13,70	13,90	14,27	

Fonte: a autora, 2012.Nota: \bar{x} , s = média aritmética e desvio padrão, respectivamente.

p = Anova.

Recodificando os períodos em 2 grupos, grupo dos períodos intermediários e grupo dos períodos extremos (iniciais e finais), observou-se que os períodos intermediários apresentaram melhor QV nos domínios Físico e Meio Ambiente e o grupo dos períodos iniciais e finais nos domínios Psicológico e Relações Sociais, contudo, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos intermediários e extremos (Uberaba/MG, 2012)

Domínios	Períodos intermediários	Períodos extremos	p
	(n=161)	(n=92)	
Físico			
\bar{x}	75,57	74,18	0,43
s	13,12	14,27	
Psicológico			
\bar{x}	68,47	68,52	0,98
s	14,08	15,78	
Relações sociais			
\bar{x}	74,48	75,09	0,77
s	16,60	15,60	
Meio ambiente			
\bar{x}	65,35	62,43	0,11
s	13,70	15,12	

Fonte: a autora, 2012.

Nota: p = Teste t de Student.

Realizou-se, também, a recodificação dos períodos considerando o grupo dos períodos iniciais e os demais períodos (intermediários e finais), Tabela 30. Nesse caso, observou-se que os alunos dos períodos iniciais apresentaram QV inferior ($\bar{x} = 60,24$) em relação aos alunos dos demais períodos ($\bar{x} = 65,38$) para o domínio Meio Ambiente, cuja diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,01$).

Tabela 30 - Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com os períodos iniciais e os demais períodos (Uberaba/MG, 2012)

Domínios	Períodos iniciais (n=54)	Períodos intermediários e finais (n=199)	p
Físico			
\bar{x}	73,47	75,50	0,33
s	14,34	13,32	
Psicológico			
\bar{x}	65,66	69,26	0,11
s	15,71	14,35	
Relações sociais			
\bar{x}	75,30	74,53	0,75
s	15,52	16,43	
Meio ambiente			
\bar{x}	60,24	65,38	0,01
s	15,68	13,71	

Fonte: a autora, 2012.

Nota: p = Teste t de Student

4.4 RELAÇÃO ENTRE PREDITORES SOCIODEMOGRÁFICOS E HÁBITOS DE SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

A Tabela 31 apresenta a correlação entre os domínios de QV e alguns hábitos informados pelos alunos. Verificou-se correlação fraca, positiva, estatisticamente significativa de QV com o relacionamento sexual nos 30 dias anteriores ao estudo e, também, com o consumo alimentar de verduras ou vegetais cozidos no dia anterior, ambos para o domínio Relações Sociais. Esses dados indicam que quanto maior a frequência de relacionamentos sexuais e quanto maior o consumo de verduras ou vegetais cozidos, melhor a percepção de QV no domínio Relações Sociais.

Tabela 31 – Correlação entre os domínios de QV e hábitos de saúde dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Hábitos	Domínios							
	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p
Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias	-0,01	0,78	-0,002	0,97	0,01	0,86	0,11	0,07
Consumo de maconha nos últimos 30 dias	-0,03	0,58	-0,07	0,25	-0,06	0,32	0,02	0,69
Relação sexual nos últimos 30 dias	0,05	0,35	0,07	0,24	0,27	<0,001	0,05	0,41
Consumo de frutas ou suco de frutas ¹	0,09	0,15	0,09	0,14	0,10	0,09	0,08	0,15
Consumo de verdura ou vegetais cozidos ¹	0,07	0,22	0,11	0,07	0,13	0,04	0,07	0,23
Consumo de hambúrguer, cachorro-quente, entre outros ¹	-0,05	0,39	0,02	0,64	-0,02	0,69	0,04	0,51
Consumo de biscoitos, tortas, bolos ou doces ¹	0,02	0,71	-0,008	0,89	-0,006	0,92	-0,01	0,84

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Spearman.

¹No dia anterior.

De acordo com a Tabela 32, não houve correlação entre a prática de exercícios ou esportes com os domínios de QV.

Tabela 32 – Correlação entre os domínios de QV e a prática de exercícios ou esportes dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Domínios WHOQOL-BREF	Prática de exercícios ou esportes	
	r*	p
Físico	0,06	0,28
Psicológico	0,02	0,65
Relações Sociais	-0,007	0,91
Meio Ambiente	0,04	0,45

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Pearson.

Em relação às informações em saúde recebidas na universidade, observou-se que, à medida que aumenta a quantidade de informações recebidas, aumenta a percepção positiva sobre QV dos alunos. Houve associação fraca e positiva entre o número de informações recebidas e os domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente (Tabela 33).

Tabela 33 – Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde segundo informações recebidas (Uberaba/MG, 2012)

Domínios WHOQOL-BREF	Informações recebidas	
	r*	p
Físico	0,18	0,003
Psicológico	0,20	0,001
Relações Sociais	0,09	0,14
Meio Ambiente	0,21	<0,001

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Pearson.

Ao se correlacionar a variável descrição da saúde geral (instrumento NCHRB) com os domínios de QV, Tabela 34, observou-se uma correlação moderada entre a autoavaliação da saúde com os domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente e uma correlação fraca com o domínio Relações Sociais, ou seja, quanto melhor a percepção de saúde, melhor a QV dos alunos.

Tabela 34 - Correlação entre a autoavaliação de saúde e os domínios de QV dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Avaliação da saúde	Domínios							
	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p
Autoavaliação da saúde geral	-0,48	<0,001	-0,43	<0,001	-0,22	<0,001	-0,39	<0,001

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Spearman.

Procedeu-se à contagem das respostas a algumas questões do instrumento NCHRB que foram consideradas como hábitos inadequados e hábitos saudáveis. Os hábitos foram elencados a partir das questões: uso de cinto de segurança ao andar de carro no banco da frente; uso de capacete ao andar de moto; andar em algum veículo no qual o motorista havia consumido bebida alcoólica; envolvimento em briga física, tentativa de suicídio; fumo regular de cigarro; consumo de bebida alcoólica; consumo de maconha; consumo de cocaína; consumo de outros tipos de drogas; uso de preservativo durante a relação sexual; consumo de álcool ou drogas antes da relação sexual; métodos contraceptivos utilizados; prática de vômitos ou uso de laxantes para perder ou manter peso e prática de exercícios ou esportes.

A Tabela 35 apresenta a correlação entre hábitos considerados inadequados e os domínios de QV. Observou-se uma correlação fraca, negativa, marginalmente significativa ($p=0,053$) entre hábitos inadequados e o domínio psicológico de QV que demonstra que à medida que aumentam os hábitos inadequados, diminui a QV.

Tabela 35 - Correlação entre os domínios de QV e os hábitos inadequados dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Domínios WHOQOL-BREF	r*	p
Físico	-0,09	0,12
Psicológico	-0,12	0,053
Relações Sociais	-0,08	0,17
Meio Ambiente	0,006	0,92

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Pearson.

Na Tabela 36, verifica-se a correlação entre hábitos considerados saudáveis e os domínios de QV. Observaram-se correlações fracas, positivas, estatisticamente significativas, entre hábitos saudáveis e os domínios Físico e Relações Sociais de QV, ou seja, quanto mais hábitos saudáveis os alunos possuem, maior a QV nesses 2 domínios.

Tabela 36 - Correlação entre os domínios de QV e os hábitos saudáveis dos alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Domínios WHOQOL-BREF	Hábitos saudáveis	
	r*	p
Físico	0,12	0,04
Psicológico	0,09	0,12
Relações Sociais	0,15	0,01
Meio Ambiente	-0,03	0,62

Fonte: a autora, 2012.

Nota: *Pearson.

A análise de regressão linear múltipla foi empregada com intuito de analisar os preditores que impactaram cada um dos domínios de QV. Na análise de regressão o nível de significância utilizado foi $p \leq \alpha = 0,01$.

A Tabela 37 apresenta a análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho os domínios Físico e Relações Sociais (melhores escores de QV) e, como preditores, as variáveis sexo, período, renda familiar mensal, autoavaliação da saúde, informações em saúde recebidas e hábitos inadequados.

Para o domínio Físico, a proporção de variância explicada pelo modelo foi $R^2 = 20,3\%$ e o para o domínio Relações Sociais foi $R^2 = 6,9\%$. Nesta tabela, percebe-se que o preditor estatisticamente significativo para a QV, nestes dois domínios, foi a autoavaliação da saúde. Esta variável apresentou maior coeficiente de regressão padronizado para domínio Físico, $\beta = -0,45$, e, para o domínio Relações Sociais, $\beta = -0,25$. Portanto, possuir uma boa percepção de saúde influencia positivamente a QV nos domínios Físico e Relações Sociais. As variáveis sexo, período, renda familiar mensal, informações em saúde recebidas e hábitos inadequados não foram estatisticamente significativas quando controladas para as demais variáveis acima mencionadas.

Tabela 37 - Análise de regressão linear múltipla para os domínios Físico e Relações Sociais de QV de acordo com alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Preditores	Domínios			
	Físico		Relações sociais	
	β	p	β	p
Sexo	0,12	0,054	0,15	0,03
Período	0,008	0,90	0,08	0,24
Renda familiar mensal	-0,10	0,11	0,06	0,32
Autoavaliação da saúde	-0,45	<0,001	-0,25	<0,001
Informações em saúde recebidas	0,05	0,44	0,17	0,81
Hábitos inadequados	-0,18	0,77	-0,05	0,42

Fonte: a autora, 2012.

A Tabela 38 apresenta a análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho os domínios Psicológico e Meio Ambiente (escores inferiores de QV) e, como preditores, as variáveis sexo, período, renda familiar mensal, autoavaliação da saúde, informações em saúde recebidas e hábitos inadequados.

Para o domínio Psicológico, a proporção de variância explicada pelo modelo foi $R^2 = 19,4\%$ e, para o domínio Meio Ambiente, foi $R^2 = 23,1\%$. Pode-se observar que os preditores estatisticamente significativos para a QV foram autoavaliação da saúde para o domínio Psicológico e, em ordem decrescente de importância, autoavaliação da saúde e renda para o domínio Meio Ambiente. A variável autoavaliação da saúde apresentou maior coeficiente de regressão padronizado para os domínios Psicológico, $\beta = -0,43$, e para o domínio Meio Ambiente, $\beta = -0,35$. A variável renda familiar mensal apresentou $\beta = 0,28$ para o domínio Meio Ambiente. Assim, possuir uma boa percepção de saúde e melhores condições financeiras influenciam positivamente a QV no domínio Meio Ambiente e possuir uma boa percepção de saúde influencia positivamente a QV no domínio Psicológico. As demais variáveis (sexo, período, informações em saúde recebidas e hábitos inadequados) não apresentaram significância estatística quando controladas para as demais variáveis.

Tabela 38 - Análise de regressão linear múltipla para os domínios Psicológico e Meio Ambiente de QV de acordo com alunos dos cursos de graduação da área da Saúde (Uberaba/MG, 2012)

Preditores	Domínios			
	Psicológico		Meio Ambiente	
	β	p	β	p
Sexo	0,04	0,50	0,07	0,21
Período	-0,01	0,78	-0,02	0,64
Renda familiar mensal	0,01	0,81	0,28	<0,001
Autoavaliação da saúde	-0,43	<0,001	-0,35	<0,001
Informações em saúde recebidas	0,03	0,56	0,06	0,34
Hábitos inadequados	-0,09	0,12	0,02	0,69

Fonte: a autora, 2012.

Silva (2012), em sua pesquisa sobre QV e bem-estar subjetivo de estudantes universitários, obteve que o domínio que apresentou maior média para QV foi Relações Sociais e o que apresentou menor média foi Meio Ambiente. Além disso, entre as variáveis que impactaram a QV, observou que o fato de não possuir doença crônica influencia significativamente o domínio ambiental.

Teixeira (2008), ao estudar QV e eficácia adaptativa em estudantes universitários, obteve a média mais alta no domínio Relações Sociais e a média mais baixa no domínio Físico.

Silva (2010) realizou um estudo a fim de investigar a QV, bem-estar psicológico e características relacionais em estudantes do 3º ano do curso de graduação, ou seja, cursando os períodos intermediários. Observou que nenhum dos domínios de QV apresentou escores muito altos, sendo que o melhor desempenho foi observado nos domínios Físico (69,2%) e Relações Sociais (69,14%) e o pior no domínio Meio Ambiente (59,8%). Houve correlação entre QV e características relacionais sobre o bem-estar psicológico.

Alves e outros (2010) estudaram a QV em estudantes de Medicina no início e final do curso e encontraram escores menores no domínio Psicológico em alunos do último período quando comparados com os do primeiro. Quanto à autoavaliação da QV, os alunos do primeiro período apresentaram melhores resultados.

Outro estudo que abordou QV em 100 alunos do curso de Medicina, com estudantes do primeiro e do sexto ano, identificou boa QV nos grupos estudados e

diferença significativa entre os grupos no domínio Relações Sociais, evidenciada por menores escores entre os alunos do primeiro ano, possivelmente pelo processo de adaptação à nova fase da vida. Observou-se que os alunos de ambos os períodos apresentaram pior percepção de QV no domínio Ambiental (RAMOS-DIAS et al., 2010).

Em estudo sobre QV dos acadêmicos de enfermagem, com amostra do tipo acidental composta por 825 acadêmicos, Saupe e outros (2004) identificaram melhor avaliação de QV no domínio Relações Sociais e avaliação inferior no domínio Meio Ambiente. Atribuíram, como possível causa ao pior desempenho do domínio ambiental, o clima de insegurança e incertezas que a sociedade brasileira, como participante da “aldeia global”, vive na contemporaneidade.

De fato, observou-se que grande parte dos estudos sobre QV em universitários da área da Saúde encontraram prejuízo no domínio Meio Ambiente, assim como neste estudo, tendo sido o domínio com pior percepção de QV pelos alunos. Além disso, observaram-se escores inferiores no domínio psicológico.

O domínio Ambiental avalia as percepções quanto à segurança física e proteção, o ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico e transporte.

O perfil dos estudantes de graduação apresentado pela Andifes (2011) mostrou que as dificuldades de adaptação às novas situações do cotidiano universitário, como adaptação à cidade, à moradia, a separação dos familiares, obtiveram significância para 43% dos estudantes. Tal fato pode explicar o prejuízo da QV no domínio Ambiental. Além disso, observou-se que a maioria dos alunos deste estudo é migrante e mora com amigos, geralmente, em repúblicas.

Outro fato importante pode ser devido à questão econômica, uma vez que, neste estudo, a renda impactou o domínio Ambiental, ou seja, conforme aumentou a renda, aumentou a percepção de QV para o domínio Ambiental. Observou-se que 34,4% dos alunos possuíam renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos e, de acordo com a classificação econômica, pertenciam entre as classes D e B2. A pesquisa da Andifes (2011) mostrou que a interferência de dificuldades financeiras foi manifestada por 52% dos estudantes.

Outra questão é o fato de que os cursos da área da Saúde são multiperiódicos e possuem extensa carga horária de atividade, bem como exigem dedicação dos alunos aos estudos, inclusive, nos momentos em que não estão envolvidos com as atividades acadêmicas, levando a um menor tempo disponível para outras atividades.

Os estudos dividem-se quanto ao domínio que apresentou melhor avaliação de QV pelos universitários; contudo, os relatos mais prevalentes estão relacionados aos domínios Relações Sociais e Físico. Neste estudo, estes foram os domínios que apresentaram melhores escores de QV, porém o domínio Físico foi o que apresentou as melhores médias de QV.

O domínio Físico avalia as percepções do aluno a respeito de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. Estas questões se relacionam com a boa percepção de saúde dos alunos, bem como ao fato de que os universitários, em sua maioria, são jovens, saudáveis e conseguem realizar as atividades cotidianas com pouca ou nenhuma dificuldade, dor, desconforto e sem interferir em sua capacidade para as atividades acadêmicas.

Verificou-se que o único preditor que foi estatisticamente significativo, com relevante coeficiente de regressão padronizado, β , para os quatro domínios de QV foi autoavaliação da saúde. Conforme aumentou a avaliação positiva dos alunos quanto à sua saúde, aumentou, também, a percepção de QV em todos os domínios.

Esses resultados permitem compreender a relação entre estilo de vida, saúde e QV (OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011; PEREIRA, 2008), demonstrando que os hábitos saudáveis contribuem para a saúde e a QV dos universitários.

5 CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar os hábitos de saúde e a QV de estudantes universitários dos cursos de graduação da área da Saúde de uma Instituição Federal de Ensino Superior.

Os resultados mostraram que, dos 253 universitários de cursos da área da Saúde participantes, houve predomínio do sexo feminino e a média de idade foi de 22,4 anos. A maioria dos alunos era solteira, cor da pele branca, migrante, residia com amigos, de classe econômica D a B2, possuía pais com escolaridade no nível de ensino superior incompleto ou completo, sem doenças crônicas e com muito boa percepção de saúde.

Em relação aos hábitos de segurança, grande parte dos alunos relatou uso de cinto de segurança ao andar no banco da frente dos veículos, mas esse hábito não foi observado ao andar como passageiro no banco traseiro. Da mesma forma, a maioria dos estudantes utiliza o capacete ao andar de moto, mas não o utiliza ao andar de bicicleta. A maior parte dos alunos relatou que já andou em um veículo no qual o motorista havia consumido bebida alcoólica ou que já dirigiu após consumir bebida alcoólica.

Observou-se que, sobre os hábitos de violência, a maior porcentagem de alunos nunca carregou arma branca ou de fogo, nunca se envolveu em briga física e nunca considerou a possibilidade ou mesmo tentou de fato o suicídio.

Em relação ao consumo de substâncias, 42,3% dos alunos já experimentaram cigarro e 8,3% já fumaram regularmente. A maioria dos alunos teve sua primeira experiência com álcool entre 15 e 18 anos e, nos últimos 30 dias, havia consumido, no mínimo, uma dose de bebida alcoólica. A maior parte dos alunos negou o consumo de drogas ilícitas durante a vida ou nos últimos 30 dias.

Quanto ao comportamento sexual, observou-se que a idade da primeira relação sexual foi entre 17 e 18 anos para a maior parte dos universitários e que 23,7% relataram que sempre utilizaram preservativo. O consumo de álcool ou drogas antes da última relação sexual foi relatado por 17,4% dos alunos e 30% já realizaram o teste para verificar infecção pelo vírus da AIDS em algum momento.

De acordo com o IMC, 71,1% dos alunos estão com o peso adequado, porém somente 50,2% consideram-se no peso certo e 42,3% estão tentando perder peso. Poucos alunos relataram o uso de estratégias não saudáveis de controle de peso, a

maioria realiza dietas alimentares ou exercício para perda ou manutenção do peso. O consumo alimentar no dia anterior apresentou-se satisfatório para a maior parte dos estudantes; porém, evidenciou-se que 43,1% dos alunos são sedentários.

As informações em saúde recebidas na universidade mais relatadas pelos alunos foram prevenção de acidentes e segurança, prevenção de DSTs, prevenção da AIDS/HIV e atividades físicas.

Os hábitos relacionados ao consumo de drogas ilícitas, como LSD, PCP, ecstasy, cogumelo, anfetamina (speed), anfetamina (ice) e ou heroína, na vida, bem como a frequência de relação sexual nos últimos 30 dias e as informações em saúde recebidas sobre prevenção de DST e HIV/AIDS e hábitos dietéticos e nutricionais apresentaram-se estatisticamente significativos com tendência a aumentar entre os alunos dos últimos períodos. Os demais hábitos não apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparados entre os períodos.

Os hábitos de segurança e violência, como o envolvimento em briga física nos últimos 12 meses, apresentaram significância estatística, evidenciando que os homens se envolveram mais em brigas físicas do que as mulheres. Em relação ao consumo de substâncias, observou-se uma diferença estatisticamente significativa, indicando que os homens consumiram bebida alcoólica e utilizaram maconha com maior frequência do que as mulheres e, também, apresentaram maior frequência de fumo regular. Os demais hábitos não apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparados entre os sexos.

Os alunos apresentaram melhor percepção de QV nos domínios Físico e Relações Sociais, e percepção inferior de QV nos domínios Psicológico e Meio Ambiente. Apesar de não terem sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e os domínios de QV, observou-se que as mulheres apresentaram melhor percepção de QV nos domínios Físico e Relações Sociais e os homens nos domínios Psicológico e Meio Ambiente.

A comparação entre as médias dos escores de QV, obtida pela análise de variância, não foi estatisticamente significativa, contudo, observou-se que a percepção de QV aumentou, de acordo com os períodos, nos domínios Psicológico e Meio Ambiente. Os alunos dos períodos intermediários apresentaram melhores escores de QV no domínio Físico e os dos períodos iniciais no domínio Relações Sociais, porém não foram estatisticamente significantes.

A análise de regressão linear múltipla apontou que o único preditor estatisticamente significativo para os quatro domínios de QV, com relevante coeficiente de regressão padronizado (β), foi autoavaliação da saúde, indicando que quanto melhor a percepção de saúde, melhor a QV. Observou-se relação significativa entre o preditor renda e o domínio Meio Ambiente, indicando que, quanto melhores as condições financeiras, melhor a percepção de QV para este domínio.

Este estudo apresentou algumas limitações metodológicas. O instrumento de coleta de dados foi composto por três questionários e um total de 90 questões. Embora tenha sido permitido que o aluno respondesse o questionário no domicílio e não tenha havido recusas em participar por esse motivo, infere-se que a extensão do instrumento possa ter prejudicado a concentração e o interesse de alguns respondentes. Algumas questões apresentaram divergências de respostas, fato que pode ser explicado pela incompreensão das questões por parte dos respondentes ou, como já citado, pela falta de concentração necessária.

Além disso, compreende-se que a realização de um estudo longitudinal pode propiciar o acompanhamento dos alunos ao longo do curso e permitir o aprofundamento do estudo das diferenças entre os hábitos de saúde e a QV no decorrer dos períodos. Sugere-se a realização de questionários eletrônicos disponibilizados para preenchimento *on-line* no momento da matrícula/rematricula, de acordo com os princípios éticos.

A hipótese proposta neste estudo foi confirmada, uma vez que foi possível estabelecer uma relação entre hábitos de saúde e QV, indicando que os hábitos saudáveis contribuíram para a saúde e a QV dos universitários.

Sabe-se que cada estudante vivencia, coletivamente, a fase universitária, mas, também, influenciado por questões individuais, de acordo com sua experiência de vida, percepções e características pessoais, familiares, culturais, entre outras.

Esta pesquisa possibilitou conhecer melhor a realidade dos universitários, seus hábitos de saúde e QV, contém informações que podem contribuir com a discussão coletiva de questões próprias da juventude e de sua vulnerabilidade e, também, com o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde que possam alcançar respostas favoráveis à saúde e à qualidade de vida dos universitários.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. B. et al. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 91-6, 2010.

AMARAL, R. A. **Prevenção do dirigir sob efeito de álcool entre estudantes de medicina**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR. **Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras**. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE). Brasília, DF, 2011.

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. (Org.). **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF: SENAD, 2010.

ANDRADE, A. G. et al. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do estado de São Paulo. **Revista da ABP-APAL**, São Paulo v. 19, n. 4: p. 117-26, 1997.

ANDRADE, S. et al. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400038&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2012.

ASSIS, A. D.; OLIVEIRA, A. G. B. Vida universitária e saúde mental: atendimento às demandas de saúde e saúde mental de estudantes de uma universidade brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p.159-77, 2011. Disponível em: <<http://www.cbsm.org.br/v2n4/artigos/artigo10.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. ABEP, 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em 20 out. 2012.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. cap. 12, p. 375-418.

BARRETO, L. B. M. **Comportamentos de risco relacionados à saúde entre universitários**. 72p. Dissertação (Mestrado em Medicina). Pró-reitoria de Pós-Graduação, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2011.

BENJAMIN, M. The quality of student life: toward a coherent conceptualization. **Social Indicators Research**, Boston, v. 31, p. 205-64, 1994. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/n835402k5932l113/fulltext.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2011.

BRASIL. Ministério da Educação e da Cultura. Portaria Normativa nº 39, de 12 de dezembro de 2007. Institui o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), n. 239, Seção 1, p. 39, 13 dez. 2007c.

_____. **Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007**: Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), n. 239, Seção 1, p. 39-43, 13 dez. 2007a.

_____. **Reestruturação e Expansão das Universidades Federais**: diretrizes gerais. 2007b. 45p. Disponível em: <<http://reuni.mec.gov.br/>>. Acesso em: 22 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. 1996.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRESIGHELLO, M. L. M. **Jovens universitários e álcool**: conhecimentos e atitudes. 82f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública [online]**, Salvador, v. 32, n. 2, p.232-40, Maio-Ago. 2008.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 636- 45, 2000.

CATUNDA, M. A. P.; RUIZ, V. M. Qualidade de vida de universitários. **Pensamento Plural**, São João da Boa Vista, v.2, n.1, p. 22-31, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Youth Risk Behavior Surveillance**: National College Health Risk Behavior Survey -- United States, 1995. 14 Nov. 1997. Disponível em: <
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00049859.htm>>. Acesso em: 20 out. 2011.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2 ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

COLARES, V.; FRANCA, C.; GONZALEZ, E. Conduas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 521-8, mar. 2009.

COLICCHIO, Daniel; PASSOS, Afonso Dinis Costa. Comportamento no trânsito entre estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 535-40, 2010.

FIORINI, J. E. et al. Use of licit and illicit drugs at the university of Alfenas. **Revista do Hospital das Clínicas**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 199-206, 2003.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A. et. al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública** São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr. 2000.

FONTES, A. C. D.; VIANNA, R. P. T. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste - Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 20-29, mar. 2009.

FRANCA, C.; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 420-27, jun. 2008.

_____. Validação do National College Health Risk Behavior Survey para utilização com universitários brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 1209-15, 2010.

GORDIA, A. P. et al. Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p.29-35, 2010.

HARPER, A.; POWER, M. **Sintaxe SPSS - WHOQOL-bref questionnaire: steps for checking and cleaning data and computing domain scores for the WHOQOL-Bref. The WHOQOL group.** In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL).** 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/Sintaxe.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça** 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da educação superior de 2010**: resumo técnico. Brasília, DF: INEP, 2012.

LANDEIRO, G. M. B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-66, out. 2011.

LEMONS, T. H. **Escala de avaliação da vida acadêmica: estudo de validade com universitários da Paraíba**. 110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, 2010.

LUCAS, A. C. S. et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 663-71, 2006.

MACIEL, E. S. **Qualidade de vida**: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida. 187f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2006.

MATOS, A. P. S.; ALBUQUERQUE, C. M. S. Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde de estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, Granada, v. 6, n. 3, p. 647-63, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

OLIVEIRA, B. M.; MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A.. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 130-5, fev. 2011.

OLIVEIRA, R. A. **A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem**. 233 f. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.254-61, abr.-jun., 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas**: um investimento vital. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2011.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.

PILLON, S. C.; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K. A. P. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (on-line)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000800011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2011.

POLYDORO, S. A. J. **O trancamento de matrícula na trajetória acadêmica do universitário**: condições de saída e de retorno à instituição. 2000. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RAMOS-DIAS, J. C. et al. Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba – PUC/SP. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 116-23, 2010.

REINALDO, A. M. S. et al. . Uso de tabaco entre adolescentes: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2012.

RIBEIRO, E. **Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre Universitários da área da saúde de uma faculdade do interior do Estado de São Paulo**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RIBEIRO, I. M. et al. Repercussões do processo ensino-aprendizagem na qualidade de vida-saúde de acadêmicos: entre possibilidades e limitações. **Revista Mineira Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 96-102, jan.-mar., 2010.

ROMANSINI, L. A. **Hábitos de saúde, composição corporal e aptidão física dos participantes da 24ª edição dos jogos escolares de Santa Catarina**. 141 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SANTOS, C. F. B. F. **Estudo comparativo de condutas de saúde entre estudantes do início e do final de cursos da área de saúde**. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Hebiatria) - Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Camaragipe, 2006.

SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 636-42, 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, mar-abr, 2004.

SILVA, A. M. P. **Tabagismo entre estudantes universitários de ciências da saúde: frequência e conhecimento**. 2009. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

SILVA, E. C. **Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários**. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2012.

SILVA, R. R. **O perfil de saúde de estudantes universitários: um estudo sob o enfoque da psicologia da saúde**. 2010. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

SONATI, J. G.; VILARTA, R. Novos padrões alimentares e as relações com os domínios da qualidade de vida e saúde. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ G. L.; MONTEIRO, M. I. (Org.). **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: Ipes, 2010. cap. 9, p. 85-92.

SOUZA, E. R. Impacto da violência no Brasil e em alguns países das Américas. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, C. (Org.). **Críticas e atenuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 35, p. 637-48.

TEIXEIRA, R. C. **Qualidade de vida e eficácia adaptativa em estudantes universitários**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008.

TÔRRES, R. **Perfil epidemiológico do uso de drogas entre universitários da área da Saúde**. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. **Projeto pedagógico do Curso de Graduação em Educação Física**: bacharelado. Uberaba, 2011. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/ef_ppc_2012.pdf>. Acesso em: 29 Out. 2012.

VIEIRA, V. C. R. et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 273-82, set. 2002.

WAGNER, G. A. **Álcool e drogas**: terceira pesquisa sobre atitudes e uso entre alunos na Universidade de São Paulo – Campus São Paulo. 216 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

WAGNER, G. A. et al. Alcohol and drug use among university students: gender differences. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 123-9, 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. cap. 19, p. 635-668.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Genebra, 1998.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1– Identificação

Data de nascimento: ___/___/____ Data de preenchimento do questionário: ___/___/____

Curso: _____ Período: _____

Profissão: _____

Procedência: _____

2– Sexo:

1 () Masculino

2 () Feminino

3– Estado Civil:

1 () Solteiro(a)

2 () Casado(a) ou mora com companheiro(a)

3 () Separado(a), Divorciado(a), Desquitado (a)

4 () Viúvo(a)

4– Cor da pele:

1 () Branca

2 () Preta

3 () Amarela

4 () Parda

5 () Indígena

5– Possui outra graduação?

1 () Não

2 () Sim. Qual (is)? _____

6– Em Uberaba você mora:

1 () Com a família

2 () Em pensionato

3 () Em república

4 () Sozinho

7– Está empregado no momento?

1 () Não

2 () Sim. Qual ocupação? _____

8– Qual sua renda pessoal mensal? R\$ _____

9– Qual a renda mensal do seu grupo familiar? R\$ _____

10– Quantas pessoas vivem da renda mensal de seu grupo familiar? _____

11– Você possui alguma doença crônica?

1 () Não

2 () Sim

12– Qual doença crônica você possui?

1 () Não possuo doença crônica

2 () Hipertensão arterial

3 () Diabetes Mellitus

4 () Asma

5 () Hipotireoidismo

6 () Hipertireoidismo

7 () Outra(s): _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **HÁBITOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Hábitos de saúde e qualidade de vida de universitários da área da Saúde”. Os avanços na área da Saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar os hábitos de saúde e a qualidade de vida de estudantes universitários dos cursos de graduação da área da Saúde de uma Instituição Federal de Ensino Superior e, caso você participe, será necessário responder a três questionários. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento ou no seu curso. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: **HÁBITOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me afetará em nada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável
legal

Documento de identidade
legal

Cíntia Tavares Carleto
Pesquisador responsável

Profª Drª Leila A. Kauchakje Pedrosa
Pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Cíntia Tavares Carleto – 3318-5881

Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa – 3318-5483

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**APÊNDICE C – CARTA AO DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE
ACADÊMICO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE**

Uberaba, _____ de maio de 2012.

À Sra Nilda Rosa Nunes Martins

Diretora do Departamento de Registro e Controle Acadêmico (DRCA) da UFTM

Eu, Cíntia Tavares Carleto, aluna do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, nível Mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), estou desenvolvendo uma pesquisa sobre “Hábitos de saúde e qualidade de vida de universitários da área da Saúde” sob orientação da Prof^a Dra Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa. O objetivo geral é avaliar os hábitos de saúde e a qualidade de vida de universitários dos cursos de graduação da área da Saúde de uma Instituição Federal de Ensino Superior. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, protocolo nº 2180/2011, e aprovada conforme carta de parecer anexa.

Sirvo-me do presente para solicitar autorização de V. Sa para coleta de dados às fontes documentais do DRCA e obtenção da relação de alunos matriculados nos cursos de graduação da área da Saúde, bem como, seus respectivos telefones de contato. De posse desses dados, será extraída uma amostra aleatória simples por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* - SPSS. Os alunos sorteados serão contactados, aos quais será apresentada a pesquisa, seus objetivos e realizado o convite para participação voluntária. Aos alunos que aceitarem participar da pesquisa, serão aplicados três questionários para coleta de dados. A identidade dos alunos será preservada.

Desde já agradeço a atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cíntia Tavares Carleto
Mestranda em Atenção à Saúde

APÊNDICE D – CARTA AOS COORDENADORES DE CURSO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE**

Uberaba, ____ de maio de 2012.

Ao(à) Prof(a) Dr(a) _____
Coordenador(a) do Curso de Graduação em _____ da UFTM

Eu, Cíntia Tavares Carleto, aluna do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, nível Mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), estou desenvolvendo uma pesquisa sobre “Hábitos de saúde e qualidade de vida de universitários da área da Saúde” sob orientação da Prof^a Dra Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa. O objetivo geral é avaliar os hábitos de saúde e a qualidade de vida de universitários dos cursos de graduação da área da Saúde de uma Instituição Federal de Ensino Superior. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, protocolo nº 2180/2011, e aprovada conforme carta de parecer anexa.

Sirvo-me do presente para solicitar autorização de V. Sa para coleta de dados com os alunos do Curso de Graduação em _____ da UFTM por meio de questionários autoaplicáveis. Será extraída uma amostra aleatória simples por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* - SPSS. Os alunos sorteados serão contactados, em sala de aula ou por telefone, aos quais será apresentada a pesquisa, seus objetivos e realizado o convite para participação voluntária. A identidade dos alunos será preservada.

Desde já agradeço a atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cíntia Tavares Carleto
Mestranda em Atenção à Saúde

APÊNDICE E – CARTA À PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

Uberaba, _____ de maio de 2012.

Ao Sr Washington Abadio da Silva

Pró-Reitor substituto de Assuntos Comunitários e Estudantis da UFTM

Eu, Cíntia Tavares Carleto, aluna do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, nível Mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), estou desenvolvendo uma pesquisa sobre “Hábitos de saúde e qualidade de vida de universitários da área da Saúde” sob orientação da Prof^a Dra Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa. O objetivo geral é avaliar os hábitos de saúde e a qualidade de vida de universitários dos cursos de graduação da área da Saúde de uma Instituição Federal de Ensino Superior. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, protocolo nº 2180/2011, e aprovada conforme carta de parecer anexa.

Sirvo-me do presente para solicitar autorização de V. Sa para coleta de dados com os universitários dos cursos de graduação da área da Saúde por meio de questionários autoaplicáveis. Será extraída uma amostra aleatória simples por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* - SPSS. Os alunos sorteados serão contactados, em sala de aula ou por telefone, aos quais será apresentada a pesquisa, seus objetivos e realizado o convite para participação voluntária. A identidade dos alunos será preservada.

Desde já agradeço a atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cíntia Tavares Carleto
Mestranda em Atenção à Saúde

ANEXO A - INSTRUMENTO NCHRB

Instrumento NCHRB

Este questionário 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?

- 1 () masculino
 2 () feminino

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

- 1 () Sozinho
 2 () Cônjuge/ Companheiro(s)
 3 () Amigo(s)
 4 () Pais ou responsáveis
 5 () Outros parentes
 6 () Filho (s)
 7 () Outros

4. Como você descreveria a sua saúde geral?

- 1 () Excelente
 2 () Muito boa
 3 () Boa
 4 () Ruim
 5 () Péssima

5. Qual a escolaridade de sua mãe?

- 1 () Não frequentou a escola
 2 () 1º. Grau incompleto ou completo
 3 () 2º. Grau incompleto ou completo
 4 () Curso técnico após 2º. grau
 5 () Curso superior incompleto ou completo
 6 () Não sei

6. Qual a escolaridade do seu pai?

- 1 () Não frequentou a escola
 2 () 1º. Grau incompleto ou completo
 3 () 2º. Grau incompleto ou completo
 4 () Curso técnico após 2º. grau
 5 () Curso superior incompleto ou completo
 6 () 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?

- 1 () Nunca
 2 () Raramente
 3 () Às vezes
 4 () A maioria das vezes
 5 () Sempre

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

- 1 () Nunca
 2 () Raramente
 3 () Às vezes
 4 () A maioria das vezes
 5 () Sempre

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

- 1 () Eu não andei de moto nos últimos 12 meses
 2 () Nunca usei um capacete
 3 () Raramente usei um capacete
 4 () Às vezes usei capacete
 5 () A maioria das vezes usei capacete
 6 () Sempre usei capacete

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

- 1 () Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses
 2 () Nunca usei um capacete
 3 () Raramente usei um capacete
 4 () Às vezes usei capacete
 5 () A maioria das vezes usei capacete
 6 () Sempre usei capacete

11. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você andou em um carro ou em outro veículo no qual o motorista (você ou outra pessoa) havia consumido bebida alcoólica?

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 vez
 3 () 2 ou 3 vezes
 4 () 4 ou 5 vezes
 5 () 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.

- 1 () Nenhum dia
 2 () 1 dia
 3 () 2 ou 3 dias
 4 () 4 ou 5 dias
 5 () 6 ou mais dias

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 vez
 3 () 2 a 3 vezes
 4 () 4 a 5 vezes
 5 () 6 a 7 vezes
 6 () 8 a 9 vezes
 7 () 10 a 11 vezes
 8 () 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?

- 1 () Sim
 2 () Não

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 vez
 3 () 2 ou 3 vezes
 4 () 4 ou 5 vezes
 5 () 6 ou mais vezes

As próximas três questões serão sobre uso de tabaco.

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

- 1 () Sim
 2 () Não

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

- 1 () Sim
 2 () Não

18. Você já tentou parar de fumar cigarros?

- 1 () Nunca fumei regularmente
 2 () Sim
 3 () Não

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?

- 1 () Eu nunca bebi álcool, exceto um pequeno gole
 2 () 12 anos ou menos
 3 () 13 ou 14 anos
 4 () 15 ou 16 anos
 5 () 17 ou 18 anos
 6 () 19 ou 20 anos
 7 () 21 ou 24 anos
 8 () 25 anos ou mais

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

- 1 () Nenhum dia
 2 () 1 ou 2 dias
 3 () 3 a 5 dias
 4 () 6 a 9 dias
 5 () 10 a 19 dias
 6 () 20 a 29 dias
 7 () Todos os 30 dias

As próximas três questões serão sobre uso de maconha

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 ou 2 vezes
 3 () 3 a 9 vezes
 4 () 10 a 19 vezes
 5 () 20 a 39 vezes
 6 () 40 a 99 vezes
 7 () 100 ou mais vezes

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

- 1 () Nunca experimentei maconha
 2 () 12 anos ou menos
 3 () 13 ou 14 anos
 4 () 15 ou 16 anos
 5 () 17 ou 18 anos
 6 () 19 ou 20 anos
 7 () 21 ou 24 anos
 8 () 25 anos ou mais

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 ou 2 vezes
 3 () 3 a 9 vezes
 4 () 10 a 19 vezes
 5 () 20 a 39 vezes
 6 () 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?

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 ou 2 vezes
 3 () 3 a 9 vezes
 4 () 10 a 19 vezes
 5 () 20 a 39 vezes
 6 () 40 a 99 vezes
 7 () 100 ou mais vezes

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 ou 2 vezes
 3 () 3 a 9 vezes
 4 () 10 a 19 vezes
 5 () 20 a 39 vezes
 6 () 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?

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 ou 2 vezes
 3 () 3 a 9 vezes
 4 () 10 a 19 vezes
 5 () 20 a 39 vezes
 6 () 40 a 99 vezes
 7 () 100 ou mais vezes

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 ou 2 vezes
 3 () 3 a 9 vezes
 4 () 10 a 19 vezes
 5 () 20 a 39 vezes
 6 () 40 a 99 vezes
 7 () 100 ou mais vezes

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 ou 2 vezes
 3 () 3 a 9 vezes
 4 () 10 a 19 vezes
 5 () 20 a 39 vezes
 6 () 40 a 99 vezes
 7 () 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 ou ice) e/ou heroína?

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 ou 2 vezes
 3 () 3 a 9 vezes
 4 () 10 a 19 vezes
 5 () 20 a 39 vezes
 6 () 40 ou mais vezes

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 vez
 3 () 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?

- 1 () Eu nunca tive relação sexual
 2 () 12 anos ou menos
 3 () 13 ou 14 anos
 4 () 15 ou 16 anos
 5 () 17 ou 18 anos
 6 () 19 ou 20 anos
 7 () 21 ou 24 anos
 8 () 25 anos ou mais

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 vez
 3 () 2 ou 3 vezes
 4 () 4 a 9 vezes
 5 () 10 a 19 dias
 6 () 20 ou mais vezes

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

- 1 () Eu não tive relação sexual durante os últimos 30 dias
 2 () Nunca usei preservativo
 3 () Raramente usei preservativo
 4 () Às vezes usei preservativo
 5 () A maioria das vezes usei preservativo
 6 () Sempre usei preservativo

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

- 1 () Eu nunca tive relação sexual
 2 () Sim
 3 () Não

35. Na última vez que você teve relação sexual, que método você ou seu parceiro usou para prevenir gravidez? Você pode marcar mais de uma alternativa.

- 1 () Nunca tive relação sexual
 2 () Nenhum método foi usado para prevenir gravidez
 3 () Pílulas anticoncepcionais
 4 () Preservativo
 5 () Coito interrompido
 6 () Algum outro método
 7 () Não sei

36. Quantas vezes você ficou grávida ou engravidou alguém?

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 vez
 3 () 2 ou mais vezes
 4 () Não sei

37. Durante sua vida, você já foi forçado(a) a ter relação sexual?

- 1 () Sim
 2 () Não

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

- 1 () Sim
 2 () Não
 3 () Não sei

As próximas oito questões serão sobre peso corporal

39. Como você descreve seu peso?

- 1 () Muito abaixo do peso normal
 2 () Levemente abaixo do peso normal
 3 () No peso certo
 4 () Levemente acima do peso normal
 5 () Muito acima do peso normal

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

- 1 () Perder peso
 2 () Ganhar peso
 3 () Manter peso
 4 () Eu não estou tentando fazer nada com meu peso

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

- 1 () Sim
 2 () Não

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

- 1 () Sim
 2 () Não

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

- 1 () Sim
 2 () Não

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

- 1 () Sim
 2 () 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?

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 vez
 3 () 2 vezes
 4 () 3 ou mais vezes

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

- 1 () Nenhuma vez
 2 () 1 vez
 3 () 2 vezes
 4 () 3 ou mais vezes

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

- 1 () Nenhuma vez
- 2 () 1 vez
- 3 () 2 vezes
- 4 () 3 ou mais vezes

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

- 1 () Nenhuma vez
- 2 () 1 vez
- 3 () 2 vezes
- 4 () 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 basquete, cooper, natação, tênis, musculação, ciclismo ou atividades aeróbicas similares?

- 1 () Nenhum dia
- 2 () 1 dia
- 3 () 2 dias
- 4 () 3 dias
- 5 () 4 dias
- 6 () 5 dias
- 7 () 6 dias
- 8 () 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 ou nenhuma.

- 1 () Prevenção do uso do tabaco
- 2 () Prevenção do consumo de bebida alcoólica e outras drogas
- 3 () Prevenção da violência
- 4 () Prevenção de acidentes e segurança
- 5 () Prevenção de suicídio
- 6 () Prevenção de gravidez
- 7 () Prevenção de DSTs
- 8 () Prevenção de AIDS ou infecção pelo HIV
- 9 () Hábitos dietéticos e nutricionais
- 10 () Atividades físicas

Muito obrigada!

ANEXO B - WHOQOL-BREF

WHOQOL – ABREVIADO Versão em Português

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2- Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5- O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é Capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10- Você tem energia suficiente para seu dia a dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14- Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15- Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

16- Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19- Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20- Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21- Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22- Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23- Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24- Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25- Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

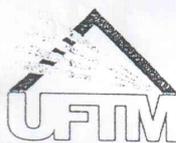
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: HÁBITOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: LEILA APARECIDA K. PEDROSA
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 16/11/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2180

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 9 de março de 2012.

Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM