

YONE DE OLIVEIRA FARIA

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO ENTRE JOVENS
UNIVERSITÁRIOS**

BRASÍLIA, DF, 2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

YONE DE OLIVEIRA FARIA

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO ENTRE JOVENS
UNIVERSITÁRIOS**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Profa. Dra. Lenora Gandolfi

Co-Orientador: Profa. Dra. Leides Barroso Azevedo Moura

BRASÍLIA, DF, 2015

YONE DE OLIVEIRA FARIA

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO ENTRE JOVENS
UNIVERSITÁRIOS**

**Tese apresentada como requisito
parcial para obtenção do Título de
Doutor em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade
de Brasília.**

Aprovado em: 02/12/2015.

BANCA EXAMINADORA

PROF^a DRA. LENORA GANDOLFI, PRESIDENTE

Universidade de Brasília

PROF^a DRA. ANA CAROLINA ACEVEDO POPPE, EXAMINADOR INTERNO

Universidade de Brasília

**PROF^a DRA. ALDIRA GUIMARÃES DUARTE DOMÍNGUEZ, EXAMINADOR
EXTERNO**

Universidade de Brasília

PROF. DR. ELI SIQUEIRA, EXAMINADOR INTERNO

Universidade de Brasília

**PROF. DR. CARLOS FEDERICO DOMÍNGUEZ ÁVILA, EXAMINADOR
EXTERNO**

Centro Universitário Unieuro

PROF^a DRA. IGLÊ MOURA PAZ RIBEIRO, SUPLENTE

Instituto Superior Fátima

Para Calebe, Deborah e Luiza.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelos sonhos realizados.

Aos meus queridos pais, Márcia e José Augusto (*in memoriam*) pelos excelentes valores que alicerçaram minha formação intelectual, emocional e espiritual. Que sempre acreditaram em meu potencial e incentivaram-me na concretização de novos desafios.

À Universidade de Brasília (UnB), por ter me acolhido desde a Pós-Graduação *Lato Sensu*, depois no Mestrado e agora possibilitando minha participação no programa de Doutorado.

Agradeço à Instituição de Ensino Superior, por ter permitido a coleta de dados para este trabalho e aos participantes, pelas respostas.

À Professora Doutora Lenora Gandolfi e à Professora Doutora Leides Azevedo Moura, que me acompanharam atentamente durante todo o processo, com muito carinho, respeito e ensinamentos. Vocês contribuíram para meu amadurecimento acadêmico e desenvolvimento profissional.

Aos professores da banca de qualificação, Professor Doutor Ricardo Pratesi e Professora Doutora Ana Carolina Acevedo Poppe, meus sinceros agradecimentos pelas relevantes sugestões. Destaco a colaboração do Professor Doutor Elioneai Dornelles Alves, o qual foi convidado para esta banca, mas, por motivo de doença, não pode comparecer, e tendo falecido no dia 5 de julho de 2015.

A Iglê, pela amizade, ajuda e incentivo, principalmente nos últimos 4 anos.

Aos funcionários da Biblioteca da UnB, sempre rápidos e precisos nos atendimentos.

À Doutora Odete Moraes Ferro, não somente minha advogada, mas uma grande incentivadora na concretização de voos cada vez mais desafiadores. Minha sincera gratidão!

Aos meus queridos mais próximos, durante esse período, meu irmão Celso, meus sobrinhos Calebe e Déborah, pelo constante apoio e estímulo. E a Luiza, minha adorável filha, que segue renovando diariamente meu prazer de viver.

“Experimenta, peço-te, os teus servos dez dias; e que se nos deem legumes a comer e água a beber.

Então, se veja diante de ti a nossa aparência e a dos jovens que comem das finas iguarias do rei; e, segundo vires, age com os teus servos.

Ele atendeu e os experimentou dez dias.

No fim dos dez dias, a sua aparência era melhor; estavam eles mais robustos do que todos os jovens que comiam das finas iguarias do rei.”

Daniel 1:12-15.

RESUMO

Faria YO. Prevalência de comportamentos de risco entre jovens universitários. Dissertação [Doutorado]. Brasília, DF: Faculdade de Ciências da Saúde da UnB; 2015.

Introdução: Jovens universitários têm adotado comportamentos de risco à saúde. Pesquisas evidenciam altas prevalências para uso de tabaco, álcool e outras drogas, acidentes de trânsito, violência contra si e terceiros, sedentarismo e distúrbios alimentares. **Objetivo:** Analisar os comportamentos de risco à saúde de jovens universitários em uma Instituição de Ensino Superior, além de identificar os comportamentos de risco à saúde mais prevalentes entre os estudantes universitários participantes e descrever tais comportamentos tendo como categorias o sexo e a cor da pele autorreferida.

Métodos: Estudo quantitativo de natureza transversal realizado em uma Instituição de Ensino Superior localizada em uma região do Distrito Federal. A amostra foi composta por 210 universitários entre 18 a 24 anos de idade. O questionário *National College Health Risk Behavior Survey*, elaborado pelo *Centers for Disease Control and Prevention*, foi utilizado como instrumento de pesquisa. Utilizaram-se estatística descritiva, análise bivariada e coeficientes de regressão logística para a análise estatística.

Resultados: Predominaram estudantes universitários do sexo feminino (61%); com cor da pele/etnia autorreferida branca (60,2%); idade entre 18 e 21 anos (55,2%); que consumiram álcool (40%); passageiro em veículo dirigido após motorista ter ingerido bebida alcoólica (51,9%); com excesso de peso (25%); locomoção com motocicletas (19%) e tentativa de suicídio (6,2%). **Conclusão:** Nos homens foram mais prevalentes os comportamentos de consumo de álcool, excesso de peso e prática de atividades esportivas e, nas mulheres, tentativa de suicídio e hábitos alimentares mais saudáveis. Recomenda-se a elaboração de projetos direcionados para promoção de saúde no contexto universitário.

Palavras-chave: Prevalência; Universidades; Adulto jovem; Ética; Assunção de Riscos

ABSTRACT

Faria YO. Prevalence of risk behaviors among university students. Dissertação [Doutorado]. Brasília, DF: Faculdade de Ciências da Saúde da UnB; 2015.

Intoduction: Young university students have adopted risk behaviors to health. Surveys show high prevalence rates for tobacco use, alcohol and other drugs, traffic accidents, violence against themselves and others, sedentary lifestyle and eating disorders. **Objective:** To analyze the health risk behaviors among college students in a Higher Education Institution, and identify the most prevalent health risk behaviors among participating college students, and describe such behavior in accord with sex and self-reported skin color categories. **Methods:** Quantitative study with cross-cutting nature carried out in a Higher Education Institution located in a region of Distrito Federal. The sample consisted of 210 students between 18 and 24 years old. The questionnaire National College Health Risk Behavior Survey, prepared by the Centers for Disease Control and Prevention, was used as a research tool. Descriptive statistics, bivariate analysis and logistic regression coefficients were used for statistical analysis. **Results:** There was a predominance of female college students (61%); with self-reported skin color/ethnicity white (60.2%); aged between 18 and 21 years (55.2 %); who consumed alcohol with risk (40%); with transportation as a passenger car or other vehicle driven by someone who consumed alcohol (51.9%); overweight (25%); locomotion with motorcycles (19%) and suicide attempt (6%). **Conclusion:** In men, behaviors of alcohol consumption, overweight and sports activities were more prevalent; in women, suicide attempt and healthier eating habits were more prevalent The elaboration of projects directed to health promotion in the university context is recommended.

Keywords: Prevalence; Universities; Young adults; Ethics; Risk-Taking

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1	Caracterização dos adultos jovens e universitários	58
Tabela 2	Comportamentos no trânsito de jovens universitários, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida	60
Tabela 3	Comportamentos de risco de jovens universitários, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida	63
Tabela 4	Faixa etária de primeira experimentação de álcool, tabaco, maconha e cocaína/crack, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida	66
Tabela 5	Autodescrição, hábitos alimentares e prática de atividade física, por sexo e cor da pele autorreferida	71
Tabela 6	Temas de saúde, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida	75
Figura 1	Violência contra si e terceiros (envolvimento em brigas), por cor da pele /etnia autorreferida, nos universitários participantes	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
IES	Instituições de Ensino Superior
IMC	índice de massa corporal
NCHRBS	<i>National College Health Risk Behavior Survey</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Domicílios
PBS	<i>Problem Behavior Theory</i>
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
YRBSS	<i>Youth Risk Behavior Surveillance System</i>
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
SOE	Serviço de Orientação Educacional

SUMÁRIO

1	Introdução	14
1.1	Juventudes e construções sociais no curso da vida	16
1.2	Juventudes e comportamentos de saúde	26
1.3	Comportamentos de risco entre jovens universitários: considerações e contradições	30
1.4	Riscos à saúde entre estudantes universitários	36
2	Objetivos	51
2.1	Objetivo geral	51
2.2	Objetivos específicos	51
3	Material e métodos	52
3.1	Participantes	52
3.2	CrITÉrios de inclusão e exclusão	52
3.3	Procedimentos e instrumento	53
3.4	Análises estatísticas	56
4	Resultados	57
4.1	Análise descritiva da amostra	57
4.2	Segurança no trânsito	58
4.3	Violência contra si e terceiros e consumo de tabaco, álcool e outras drogas	61
4.4	Atividade esportiva e hábitos alimentares	70
4.5	Tópicos de saúde	74
5	Discussão	78
5.1	Limitações do estudo	82
6	Conclusão	84
7	Recomendações	87
8	Referências	88
9	Anexos	106
9.1	Anexo 1 - Artigos publicados, em submissão e comunicações em congressos	106

9.2 Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	107
9.3 Anexo 3 - Questionário	109

1 INTRODUÇÃO

“É por certo que a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrificuem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.”

Michel Eyquem de Montaigne
(1533-1592)

A juventude é um importante segmento para o desenvolvimento econômico e a mudança positiva para uma nação. Em 2011, a população mundial era de 7 bilhões de pessoas, e 43% dessa população era formada por aqueles com menos de 25 anos de idade segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (1). No contexto brasileiro, conforme dados da Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD) de 2013, quase 40% da população correspondia a pessoas com até 24 anos de idade (2).

Jovens brasileiros com 18 a 24 anos de idade representam quase 30% da população brasileira frequentando a educação superior, como mostra o Censo da Educação Superior em 2013. No período de 2012 a 2013, o índice de matrícula aumentou 3,8%, sendo as Instituições de Ensino Superior (IES) da rede privada responsáveis por 74,0% das matrículas na graduação. Mais de 63% dos alunos dos cursos presenciais de graduação estudavam no período noturno, e 73% eram da rede privada (3).

Apesar da satisfatória inserção da população jovem brasileira na universidade, tal fenômeno tem se mostrado complexo e preocupante, devido às vulnerabilidades vivenciadas por esse público estudantil. Tais fragilidades estão associadas à adoção de comportamentos nocivos à saúde, como o consumo de álcool, tabaco e outras drogas; a falta de segurança no trânsito; a violência contra si e terceiros, destacando-se o suicídio; a ausência da prática de atividades esportivas e de hábitos alimentares saudáveis, conforme estudos nacionais (4-6) e internacionais (7-9).

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), nos Estados Unidos, que monitora comportamentos de risco entre jovens estudantes, constatou, em pesquisa de âmbito nacional, as causas de morbidade e

mortalidade, a saber: tentativa de suicídio, consumo de álcool e maconha. Verificou-se que tais comportamentos apresentam variações por sexo, cor da pele autodeclarada e localização das instituições escolares (10). Pesquisa em universidades andinas apontou a magnitude do consumo de álcool, sendo esta comprovada como a droga mais consumida entre os universitários, com os resultados mais prevalentes na Colômbia, no Peru, na Bolívia e no Equador (11).

A transição do jovem à educação superior coincide, muitas vezes, com o processo de desenvolvimento da adolescência caracterizado por modificações biológicas e psicossociais. Fagundes define transição como “um processo de mudança que implica uma descontinuidade na trajetória vital, aspecto que condiciona uma modificação de condutas, papéis e ambientes que é mediada por fatores institucionais e sociais”. A autora ainda destaca a passagem para a universidade com um processo não linear (12). Para Elder, as transições representam um sucessão de escolhas influenciadas por constantes mudanças no contexto histórico (13). Shanahan & Boardman, por sua vez, destacam a influência dos fatores biológicos e sociais nas transições, as quais o indivíduo realiza a elaboração de respostas e as interpreta conforme suas experiências pessoais, tornando-se, com isso, um fenômeno dinâmico e complexo (14).

O aumento da autonomia do jovem tende a promover seu afastamento de valores e hábitos familiares, o que faz com que muitos jovens adotem comportamentos de saúde que podem causar danos aos aspectos físico e psicológico (15). Castiel et al. destacam a importância de pais e educadores em administrar a “noção de risco” no dia a dia dos jovens, criando condições de prevenção .

Um tarefa trabalhosa e complexa de pais e educadores é justamente administrar a noção de risco nas muitas atividades em que se engajam os jovens no seu dia a dia, sobretudo nas práticas de lazer. Sempre pode se ‘instalar’ um clima de prevenção aparentemente excessiva ao se explicar repetidas vezes a ‘presença’ de riscos no cotidiano. Inegavelmente, este contexto reduz o ‘legítimo direito de ir e vir’ às fontes de diversão juvenil. Algo percebido pelos jovens como limitante e desagradável e fonte de atritos constantes com a família (16).

A responsabilidade pessoal tem relação com a prevenção de riscos à saúde, pois estes “misturam-se e transbordam para o ambiente sociocultural”, e tal experiência faz parte do processo de construção da identidade (16). Ramis

et al. enfatizam a adoção ou o reforço de condutas de saúde saudáveis durante a permanência do jovem na universidade, devido a consolidação dessas condutas, pelo resto da vida. Diante disso, faz-se necessário o acompanhamento preventivo da universidade quanto aos riscos à saúde (15).

Mendes & Lopes dão ênfase à necessidade de se conhecerem os estilos de vida associados aos comportamentos de saúde e se identificarem os riscos à saúde, a fim de que programas preventivos sejam aplicados e, assim, não haja o impacto negativo das condutas nocivas à saúde dos universitários (17).

1.1 JUVENTUDES E CONSTRUÇÕES SOCIAIS NO CURSO DA VIDA

“Na Idade Média, o primeiro nome já fora considerado uma designação muito imprecisa, e foi necessário completá-lo por um sobrenome de família, muitas vezes um nome de lugar. Agora, tornou-se conveniente acrescentar uma nova precisão, de caráter numérico, a idade. O nome pertence ao mundo da fantasia, enquanto o sobrenome pertence ao mundo da tradição. A idade, quantidade legalmente mensurável com uma precisão quase de horas, é produto de um outro mundo, o da exatidão e do número. Hoje, nossos hábitos de identidade civil, estão ligados ao mesmo tempo a esses três mundos.”
Philippe Ariès, 1978.

“A juventude é uma construção social e cultural”. Sua compreensão analítica requer, sobretudo, identificar os determinantes culturais das sociedades humanas, deixando o limite fisiológico sem sentido. Os jovens não representam apenas grupos etários, mas “eles os atravessam” (18).

A juventude é “ritmada por uma sucessão de ritos de saída e de entrada que dão a imagem de um processo com a consolidação de etapas, o qual garante uma progressiva definição dos papéis da vida adulta” (18).

Ariès afirma ser o século XX o da adolescência, pois ela passou a ser vista como uma fase favorita, proprietária de valores capazes de causar uma renovação na sociedade. Apesar de ser confundida com a infância até o século XVIII.

O primeiro adolescente moderno típico foi o *Siegfried* de Wagner: a música de *Siegfried*, pela primeira vez exprimiu a mistura de pureza (provisória), de força física, de naturismo, de espontaneidade e de alegria de viver que faria do adolescente o herói do nosso século XX, o século da adolescência. Esse fenômeno, surgido Na Alemanha

wagneriana, penetraria mais tarde na França, em torno dos anos 1900. A “juventude”, que então era a adolescência, iria tornar-se um tema literário, e uma preocupação dos moralistas e dos políticos. Começou-se a desejar seriamente o que pensava a juventude, e surgiram pesquisas sobre ela, como as de Massis ou de Henriot. A juventude apareceu como depositária de valores novos, capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada (19).

Fatores econômicos e demográficos ocasionaram o fenômeno denominado “invenção do adolescente”, por volta de 1900 a 1920, tendo como destaque o avanço da industrialização, seguido do deslocamento de jovens do mercado de trabalho. (20) Também chamada de “era da adolescência”, contou-se, nesse contexto histórico, com grande quantitativo de promulgação de leis direcionadas à população jovem, que asseguravam essencialmente os direitos de afastar os adolescentes do mercado de trabalho pelo corte nas contratações pelas indústrias e, na contramão, com outra lei, que obrigava a ampliação de matrículas em cursos na escola secundária, a fim de atender o maior número de adolescentes (21).

Keniston, Kett, Arnett, Jessen e Muuss destacam o psicólogo americano G. Stanley Hall, com a publicação, em 1904, do livro *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*, como o criador dos estudos científicos sobre desenvolvimento na adolescência (20-25).

A partir de Hall, a adolescência passou a ser considerada uma fase muito importante do desenvolvimento humano, passando a ser estudada por educadores, psicólogos, sociólogos, antropólogos etc. A ênfase de Hall direciona-se para a visão da adolescência como uma fase do ciclo da vida do ser humano de natureza biológica, ou seja, o desenvolvimento humano sob os determinantes da maturação biológica. Além disso, caracteriza-se pelo intervalo de tempo entre 12 e 23 anos, sendo nomeada por “novo nascimento” ou “segundo nascimento”, bem como o período de “tempestade e tensão”, em que os jovens podem parecer passivos, mas “estão na verdade experimentando um verdadeiro turbilhão interior (25)”. Dessa forma, a adolescência caracteriza-se como uma fase turbulenta, acentuada por variações e oscilações de humor, as quais devem ser vistas como consequências normais do processo biológico do jovem (20-25).

A teoria desenvolvimentista do adolescente elaborada por Hall acreditava ser esse período caracterizado por três aspectos: os conflitos com os pais, as constantes perturbações de humor e os comportamentos de risco. Quanto ao último aspecto, os adolescentes apresentam maiores resultados de comportamentos antissociais e de imprudência, se comparados às crianças ou aos adultos. Eles são mais propensos a causar perturbações da ordem social e de se envolverem em comportamentos causadores de danos a si próprios e/ou as pessoas ao seu redor (25).

Gesell, Freud e Erikson são algumas referências desenvolvimentistas da adolescência, assim como Hall. Gesell concluiu que o desenvolvimento é de natureza biológica e que a adolescência configura um processo lógico de amadurecimento, em que o jovem é como uma criança que está a realizar um desenvolvimento maior (26).

Freud, com a teoria dos estágios psicosssexuais, caracterizou o período como de instabilidades e turbulências. Sua chegada inaugura um período de transformações na vida sexual infantil, em consonância ao crescimento e ao amadurecimento fisiológico, havendo o extravasamento dos instintos sexuais. Assim, pode se afirmar que, durante essa fase, “o novo objetivo dos homens consiste na descarga dos produtos sexuais” (27).

Erikson, com a teoria dos estágios psicossociais, reconhece as descobertas de Freud no estudo sobre a adolescência a respeito da maturação genital, mas acrescenta a crise da identidade como um novo aspecto vivenciado pelo adolescente em seu desenvolvimento. Os anos da adolescência associam-se à crise da identidade, em decorrência da existência de inúmeros questionamentos sobre a vida. O autor ainda afirma que a adolescência torna-se menos “tempestuosa” em contextos sociais em que a juventude apresenta-se mais “treinada tecnologicamente, talentosa e apta”. Não obstante, a revolução tecnológica tem modificado e ampliado o intervalo de tempo entre o começo de vida escolar e o acesso do jovem ao trabalho especializado e, com isso, tem tornado a adolescência um período cada vez mais consciente e acentuado (28).

Adolescência, segundo Jensen, é um fenômeno do século 20, com três categorias conceituais: para a biologia, é o período da capacidade de reprodução sexual; para a psicologia, o um período da vida em que o

desenvolvimento humano é seguido de alterações no comportamento e na cognição; e, para a sociologia, é o período de transição do estado de dependência da infância para a autossuficiência da fase adulta (23).

Também vista como um período desenvolvimentista de transição da infância para vida adulta, a adolescência é caracterizada por alterações nos aspectos biológico, cognitivo e socioemocional. Além disso, a adolescência é ainda parte do curso da vida, e as experiências na infância e na vida adulta estão interligadas como processo do desenvolvimento humano (21).

Não obstante, Santrock ressalta a heterogeneidade na composição grupal da adolescência acentuada pelas diferenças socioeconômicas, étnicas, culturais, de sexo, idade e estilo de vida, que influenciam no processo de desenvolvimento do adolescente. Afirma ainda que a adolescência, para a maioria dos jovens, não foi uma época de rebelião, crise, patologia e desvio, mas uma “época de avaliação, ou tomada de decisões, do comprometimento, e de procurar um lugar no mundo” (21).

Embora o estudo da juventude tenha uma vasta comprovação de base biológica, do ponto de vista antropológico, para Margaret Mead, tal base teórica recebeu análise interpretativa a partir do reconhecimento sociocultural, destacando que determinantes culturais podem influenciar no desenvolvimento humano. Mead conclui, em estudo empírico realizado na ilha de Samoa, na Polinésia, que a adolescência para aqueles jovens, estava longe de ser uma experiência envolvendo “tempestade e tensão”, mas foi um período de vida vivenciado de forma “muito agradável”, pois os adolescentes vivem relativamente livres das perturbações e não se observando “descontinuidade” do desenvolvimento ao longo da vida de criança e do adulto (29).

Para Feixa, a juventude está associada à “construção cultural”, e a sociedade tem atribuído formas e conteúdos diversificados na organização da transição do jovem para a fase adulta, como “púberes”, nas sociedades primitivas; os “efebos”, nas sociedades antigas; os “servos”, nas sociedades camponesas do período pré-industrial; “boys”, na primeira industrialização; e “jovem”, na sociedade moderna pós-industrial (30).

A diversidade é um aspecto da adolescência muito mais do fenômeno psicológico, como destacou Hopkins. Adolescentes buscam suas identidades no contexto sociocultural. É possível afirmar que a modernização tem

aumentado problemas para o desenvolvimento da identidade do jovem, sendo alguns deles o de empregabilidade, a descontinuidade geracional e a mobilidade social (31).

Se o surgimento da adolescência está associado à era da industrialização, a juventude origina-se na era pós-industrialização. Tal fenômeno justificava-se porque uma grande massa de jovens, entre 17 e 21 anos de idade, estava matriculada em dos programas de Ensino Superior e, conseqüentemente, postergava a entrada no mercado de trabalho formal. Também, sabe-se da Lei do Ex-Combatente, nos Estados Unidos, que dava garantia do pagamento de curso superior pelo governo americano. Esses jovens estavam em busca de um emprego melhor, bem como melhores oportunidades de sucesso no futuro. A juventude é uma categoria socialmente construída, sobressaindo-se na sociedade industrializada com transformações na família, na mão de obra assalariada e, sobretudo, com a criação da escola (19,32).

Para Keniston, a juventude caracteriza-se como o período intermediário entre a adolescência e a vida adulta em que os jovens estão inseridos em cursos do Ensino Superior, podendo, com isso, prorrogar o ingresso formal no mundo do trabalho. É também o período “pós-escola secundária” e apresenta-se com os aspectos da “temporalidade econômica e pessoal”. A juventude, esta nova etapa de vida, vista como prolongamento ou extensão do desenvolvimento humano, pode ocasionar impactos nas esferas social, econômica e condições históricas do jovem, tendo seu encerramento em conexão com o período de exploração do Ensino Superior (22).

Juventude é sinônimo de “mudança, transformação e movimento” (22). Por isso, o desenvolvimento do jovem caracteriza-se pela total vitalidade em prol de seu constante e voraz processo de autotransformação. Destacam-se três aspectos que diferenciam o desenvolvimento da juventude entre a adolescência, sendo estes também vistos como diferentes formas de expressão da contracultura dos estudantes juvenis: (1) “tensão e ambivalência entre o eu e a sociedade”; (2) “indiferença e onipotencialidade” e (3) “recusa da socialização e aculturação” (22).

“Tensão e ambivalência entre o eu e a sociedade” (22), como aspecto do desenvolvimento na juventude, não incluem a rejeição da sociedade, mas

referem-se a autorrejeição por “maiores esforços de autotransformação”, mesmo que, para isso, tenha que seja necessário aplicar conhecimentos pessoais inerentes ao contexto histórico, social e cultural, do qual, o jovem faz parte, como ensinamentos religiosos, culturais, terapêuticos e químicos. Desse modo, a sociedade passa a ocupar o lugar da família. Os aspectos da “indiferença e onipotencialidade” (22) na juventude estão associados aos sentimentos de “total liberdade” e de que tudo é possível, com destaque para o abandono de velhos valores, crenças e ensinamentos e, não obstante, fazendo com que a juventude esteja diretamente ligada às sensações de indiferença, isolamento e desconexão da realidade. “Recusa da socialização e aculturação” (22) estão associadas à autocrítica e à análise de experiências anteriores que foram vivenciadas pelo jovem, como as de cunho culturais e sociais, seguidas de esforços por construções de novas trajetórias sócias históricas. A juventude relaciona-se com a história de maneira paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que a rejeita, ocorre a construção de uma nova história, relacionada a uma nova era (22).

“*Ni enfant ni adulte*”. Assim referiu-se Mauger à juventude: como tempo de vida no qual o *status* é de “indeterminação social” nos campos profissional e matrimonial (33). Spranger caracteriza a juventude como revolucionária, com demonstrações de desejo de fazer valer seus sentimentos e suas opiniões e, sobretudo, de estar integrada socialmente por suas próprias convicções. Ainda diz “*es particularmente difícil encontrar espaço próprio em que vivir pues pertencem a la extraña tierra intermedia em que ya no se es niño y todavía no se está maduro para el mundo completamente formal del trabajo*”. Com essas palavras, o autor destaca a necessidade dos jovens de receber atenção e compreensão da sociedade, não existindo a possibilidade de permanecerem, em algum momento, à margem do mundo (33,34).

O delineamento da juventude se expande com relação aos critérios da idade ou da fisiologia, sendo uma categoria construída em perspectiva histórico-social. Bourdieu afirma que juventude é uma categoria social a ser analisada, iniciando-se pelas diferenças, e qualquer organização etária identifica-se com a dominação e a ordem. Por isso, conclui afirmando ser possível admitir a existência de “juventudes” (18,19,35-40).

Segundo Groppo, a definição de juventude como categoria social reverte-se em “representação sociocultural” e em uma “situação social”. Juventude é um produto fabricado pelos grupos sociais, ou pelos jovens, a fim de dar significado a uma série de comportamentos e atitudes a ela atribuídos (40).

A discordância com o critério da organização etária diz respeito ao entendimento de que a juventude se apresenta como construção sociocultural, em decorrência da multiplicidade dos aspectos estruturantes das sociedades. Dessa forma, é possível reconhecer que a juventude não se traduz em um grupo homogêneo, mas enquanto categoria social imersa em uma “rede de relacionamentos e interações múltiplas e complexas” (36).

Para Reguillo, o jovem, como sujeito social, adquire visibilidade, tornando-se um ator social, em conformidade com transformações sociais, pois, por meio, de sua passagem, demonstra afirmação ou negação, das instituições de socialização; pelo conjunto de normas políticas e jurídicas, define seu *status* cidadão para proteção ou punição; para o atendimento, consume e tem acesso a alguns tipos de bens simbólicos e produtos culturais específicos (36).

Mørch et al. enfatizam a juventude não somente como transição da infância para a vida adulta, mas como construção social e estrutural que envolve três modelos de transição em diferentes cenários possíveis da sociedade moderna. São eles: na sociedade agrícola, sendo a vida de qualquer jovem influenciada pelos comportamentos dos adultos; na sociedade moderna, juventude educacionalmente formada, ou biografia institucional formada por professores; e sociedade moderna tardia, que corresponde ao “tempo de juventude prolongada”, ou seja, uma construção biográfica por meio de escolhas pessoal ou individual apoiadas pela educação, mídia, colegas, pais e professores (39).

A juventude constitui um momento determinado, mas que não se reduz a uma passagem, assumindo uma importância em si mesma como um momento de exercício de inserção social, no qual indivíduo se descobre e descortina as possibilidades em todas as instâncias da vida social, desde a dimensão afetiva até a profissional. Esse processo é influenciado pelo meio social concreto no qual se desenvolve e pela qualidade das trocas que este proporciona, fazendo

com que os jovens construam determinados modos de ser jovem. É nesse sentido que a noção de juventudes é enfatizada: no plural, para enfatizar a diversidade de ‘modos de ser jovem’ existente (38).

Dayrell demonstra seu entendimento sobre juventude

(...) como parte de um processo mais amplo de constituição de sujeitos, mas que tem especificidades que marcam a vida de cada um. A juventude constitui um momento determinado, mas não reduz a uma passagem; ela assume uma importância em si mesma. Todo o processo é influenciado pelo meio social concreto no qual se desenvolve e pela qualidade das trocas que este proporciona (38).

Juventude, para o sociólogo português José Machado Pais, é um processo de transição relacionado ao rito de passagem para a vida adulta. Situações de impasse associadas aos ritos de passagem juvenis ocorrem devido aos contratempos influenciados por circunstâncias sociais, acadêmicas e econômicas, que podem ser o desemprego e os problemas conjugais. Além disso, há a valorização pela sociedade dos marcadores etários, seguidos dos comportamentos esperados: primeira relação sexual, casar e ter filhos etc. (37).

“As transições são frequentemente uma sucessão de escolhas”: assim referiu-se Elder, para que vidas individuais são influenciadas por constantes mudanças no contexto histórico e, por isso, o estudo de vidas humanas exige novas formas de pensar, reconhecendo o padrão e a dinamicidade. Os conceitos de desenvolvimento humano devem estar replicados às evidências de estudos investigativos sobre a vida e o desenvolvimento humano em diferentes lugares e tempos, como os filhos da Grande Depressão e da Segunda Guerra Mundial (13).

Shanahan e Boardman afirmam que transições de vida são influenciadas pelo “*interplay*” dos fatores biológicos e sociais, de forma que o ser humano elabora respostas e interpretação a respeito de suas experiências pessoais e, assim, evidencia-se a interação como um fenômeno complexo e dinâmico (14).

Forças históricas moldam trajetórias sociais de família, educação e trabalho, que, por sua vez, moldam comportamentos e linhas particulares de desenvolvimento (13). Pais, em estudo de caso nas aldeias do noroeste de Portugal, analisou o rito de passagem conhecido como Festa dos Rapazes, o qual sempre foi direcionado somente ao jovem do sexo masculino e que tem como objetivo iniciação da virilidade. Tal estudo apontou novas configurações

no rito, passando do contexto comunitário e tradicional para o societário e modernizado, ao contar com a participação dos emigrantes jovens. Isso porque os moradores jovens, devido ao desejo de estudar, mudavam-se da aldeia para uma cidade com tal possibilidade e, assim, levavam os amigos para participarem da festa. Por fim também contou com a participação das mulheres jovens apoderando-se desse ritual, que, até então, era exclusivo dos homens (37).

Margulis identificou um conjunto de demonstrações culturais associadas à vida noturna juvenil em contexto social urbano argentino. O autor afirma que a juventude e a noite são categorias socialmente construídas determinadas por processos históricos e culturais (41).

No Brasil, Magnami e Souza, em pesquisa etnográfica sobre os circuitos de lazer, encontro e sociabilidade, realizada na cidade de São Paulo, objetivaram conhecer os espaços, equipamentos e trajetos de jovens de 13 a 30 anos. O estudo identificou os seguintes comportamentos e pontos de referência de circulação: (1) sorveteria, que virou *point* dos *straight edges* (vegetarianos radicais); (2) calçada da Rua Teodoro Sampaio, que se transforma, todos os sábados, em palco de *shows* para jovens instrumentistas, que tocam de improviso; e (3) posto de gasolina, localizado no cruzamento das avenidas Faria Lima e Juscelino Kubitschek, chamado Mancha de Lazer da Vila Olímpia, que tem, à noite, a visita de carros personalizados ou “tunados”. Além disso, foram observados uma variedade de estilos musicais entre os universitários: forró universitário; *blacks*, integrado por clubes de música negra; festas góticas; baladas do Senhor com danças de pagode e *heavy metal* sob a ética protestante. A pesquisa revelou a apropriação da cidade (equipamentos, normas e valores) em sintonia com o estilo de vida do jovem, suas convicções e crenças pessoais. De fato, os jovens fazem “arranjos”, sinônimos de escolhas muito pouco aleatórias concretizadas no traçado e na trilha coletiva de “trajetos” (42).

Os achados de Pais, em Portugal, de Margulis, na Argentina, e de Magnami e Souza, no Brasil, tornam esclarecedoras as análises de Melucci, Levi e Schmitt, Hopkins e Keniston. Para Melucci, a juventude é uma categoria simbólica que demonstra evolução e superação no conceito associado à condição biológica. Os indivíduos, em qualquer idade, ao assumirem

culturalmente aspectos juvenis fundamentados na mudança e na transitoriedade, revelam-se jovens e constroem o protagonismo juvenil na sociedade contemporânea (43).

Segundo Levi e Schmitt, os jovens são o primeiro sujeito ativo na história, desempenhando o papel de atores na cidade e a criança, o papel passivo. Em consonância com a definição da *Youth Culture* de Hopkins, há uma tendência da população jovem desenvolver um conjunto de atitudes e comportamentos distintos e diferenciados do restante do contexto sociocultural. O movimento juvenil é um exemplo. Associado à subcultura inerente ao contexto social, ele conta com a padronização de normas, valores e atitudes sendo os jovens os membros primários (18,31).

O fenômeno da *Youth Culture*, na juventude, caracteriza-se pela deliberação de formas culturais que representam modelos existenciais de vida, sem, contudo, estar vinculado ao ativismo político e/ou de oposição a algum outro tipo de organização social. Destaca-se a solidariedade dos jovens na formação de pequenos grupos que se configuram nas demandas dos contextos históricos e sociais, e, sobretudo, nos problemas e nos posicionamentos da juventude (22).

Para Keniston, a *Youth Culture* relaciona-se de uma cultura especial e diferenciada, que se desenvolve no período entre a infância e a fase adulta, com função positiva de resolver as chamadas descontinuidades geracionais. Em termos cronológicos, durante a *Youth Culture*, o jovem tende a receber educação, fazer a escolha vocacional e iniciar experiências profissionais. Tal período caracteriza-se por descontinuidades em organizações etárias e entre gerações. Em suma, a *Youth Culture* é uma fase de desenvolvimento juvenil que cria oportunidades positivas para entrada à fase adulta, sendo um período em que há o “desenvolvimento do senso de identidade” e em que é possível administrar as descontinuidades, fazendo-se uma fase de interligação entre os estágios do ciclo da vida (44).

No Brasil, conforme o Estatuto da Juventude, de 5 de agosto de 2013, a população jovem compreende as pessoas entre 15 a 29 anos de idade, mas o Estatuto da Criança e do Adolescente aplica-se aos adolescentes de 15 a 18 anos (45).

Para a saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o período da juventude envolve pessoas com idade entre 15 e 29 anos, mas sabendo-se que a delimitação conceitual dessa fase do curso da vida representa uma categoria essencialmente sociológica, em que ocorre a preparação do jovem para assumir o papel de adulto na sociedade, havendo a estruturação dos aspectos pessoal, emocional e profissional (46).

1.2 JUVENTUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

“Saúde e o bem-estar de cada indivíduo é incumbência da sociedade, e a solidariedade humana, para além das fronteiras de nacionalidade, raça e credo, é a verdadeira medida de uma civilização.”
Sigerist

Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, conforme a Constituição da OMS, de 1946. Além disso, a proposição do gozo do mais alto nível possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, opinião política, condição econômica ou social (47).

No Brasil, conforme Constituição Federal de 1988, Art. 196,

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (48).

O Estatuto da Juventude afirma que “o jovem tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral” (45).

“Saúde não é simplesmente ausência de doença, pois conta com algo mais positivo, como por exemplo, a prazerosa atitude diante da vida, de aceitação jovial das responsabilidades que a vida dirige a cada indivíduo”. Dessa forma, a concepção de saúde está associada ao bem-estar do indivíduo como condição física, mental e, sobretudo, no sentido social (49). Saúde como um direito fundamental implica na integração dos aspectos social, econômico e ecológico, com garantia do bem-estar humano em contextos individual e coletivo (50).

Constam, no transcorrer da história da civilização humana, fatores que sempre desempenharam a função de contribuir tanto para a saúde quanto para a doença, como comida, vestes, moradia, ocupação e relações sociais. Os hábitos alimentares mudaram muito e para melhor, em especial desde a Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918, abandonando-se a glotonaria e, assim, tornando a refeição de um homem rico muito simples. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, verificam-se, na constituição da alimentação do pobre no Egito, o pão e a cerveja, e, na Babilônia, a bebida alcóolica era parte de pagamento de salários. Além disso, as bebidas fermentadas eram frequentemente utilizadas nos cultos antigos, desde Osiris até Dionísio. O consumo de laranjas, suco de lima e vegetais frescos fazia parte do suprimento de primeira necessidade nos veleiros ingleses no século 17, pois evitava o escorbuto, uma praga da navegação que causava muitas mortes (49).

As vestimentas e seu impacto à saúde requerem análise das diferenças climáticas. Os hábitos de vestir que mutilavam ou deformavam o corpo evidenciaram efeitos nocivos à saúde, como na China, onde o hábito de comprimir os pés das meninas durante séculos as aleijava, pois os pés pequenos representavam atributo de beleza feminina e os sapatos eram demasiadamente pequenos. Por isso, elas sofriam de deformidades nos dedos, com calos e unhas encravadas. No mundo Ocidental, outra questão é a cintura da mulher, que foi modelada por muitos anos pelo corpete, responsável por muitos desmaios e colapsos, pois, cada vez mais apertados, piores eram os efeitos sobre a saúde. Além disso, os corpetes “deformava o fígado, o apertando e deslocando, e, ainda o estômago, causava danos à digestão e à circulação; e como exercesse pressão sobre os vasos sanguíneos, causava danos à digestão e à circulação” (49).

Com relação à moradia, compreende-se que a casa é uma forma de proteção contra o clima, devendo ter dimensões adequadas para ventilação entre os cômodos e, dessa forma, torna-se imprescindível para a saúde. Observa-se no consumo de tabaco a poluição da atmosfera dos lares. A questão do desenvolvimento das cidades na Idade Média prejudicou a saúde, devido à precariedade dos serviços de saneamento. Registra-se a invenção do banheiro pelo poeta *sir* John Harington (1561-1612) e diz-se que a rainha Isabel I ficou impressionada com a invenção e construiu uma cópia no Palácio

de Richmond. O uso do banheiro tornou-se quase um símbolo do movimento de saúde pública, embora não ter sido difundido em larga escala antes do século 19 (49).

Segundo Naomar Filho a saúde constitui-se um

objeto complexo, referenciado por conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas) (51).

Castiel et al. afirmam ter controvérsias e imprecisão quanto à saúde e, por isso, ela pode ser vista por pontos diferentes sendo inevitável dar a devida atenção à “doença e suas classificações”.

(...) a noção de ‘saúde’ não permite definições precisas, sem controvérsias, podendo ser encarada sob pontos de vista distintos – seja entre as diferentes perspectivas teórico-filosóficas, ou entre os enfoques das ciências humanas e sociais, ou ainda entre o prisma quantitativo do grande leque das ciências da saúde, especialmente médico-epidemiológicas, em que vigoram concepções operacionais, com vistas a intervenções, seja em termos individuais, seja em nível populacional (16).

Comportamento de saúde refere-se a qualquer “atividade realizada por um indivíduo, independentemente da condição real ou percepção de saúde, com o objetivo de promover, proteger ou manter a saúde”. Tais comportamentos, quando relacionados aos comportamentos de risco, são tratados como estilos de vida (50).

Estilo de vida é uma forma de vida baseada em padrões identificáveis de comportamento determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, interações sociais e as condições de vida socioeconômicas e ambientais (50).

Os determinantes da saúde, como os elementos que fazem as pessoas se manterem saudáveis, dividem-se em categorias: o ambiente social e econômico, como o salário, emprego, *status* social, educação e fatores sociais no local de trabalho; ambiente físico natural ou construído pelo homem como o clima e moradia; as atitudes pessoais, ou seja, os comportamentos das pessoas que criam riscos ou benefícios para a saúde; as capacidades individuais, como a genética, a fisiologia, a competência pessoal, o senso de

controle e as próprias habilidades do indivíduo; os serviços de promoção, manutenção e restauração da saúde (52).

Santrock enfatiza a influência dos contextos sociais, podendo estimular e reforçar comportamentos saudáveis ou não. Tais contextos sociais são formados por variações culturais e étnicas; por famílias e pares; por gênero; e, por fim, pelas escolas. Nesse caso, as escolas desempenham um papel fundamental na saúde dos estudantes, em especial dos jovens, com a realização de programas de Educação Física, com a organização de um sistema que identifica alunos jovens com problemas de saúde e o oferecimento de programas de saúde que reduzem os comportamentos que comprometem a saúde (21).

Adolescência é uma fase da vida muito importante, pois comportamentos, crenças e conhecimentos positivos à saúde devem ser assimilados sob a influência dos fatores cognitivos. No entanto, ao final da adolescência, o jovem estando mais velho começa a considerar a saúde de forma “hipotética e abstrata”, passando a ter mais capacidade de descrever sua saúde associada aos aspectos psicológicos, emocionais e sociais e, assim, dando maior importância ao seu comportamento no desenvolvimento de comportamentos positivos a saúde (21).

“Construção do ambivalente modo de vida atual”: assim referiram-se Castiel et al. à saúde do jovem. Cabe à escola e aos pais administrar o risco nas atividades diárias do jovem, em especial, no lazer (16). Observa-se uma grande parcela de universitários que adota comportamentos que colocam em risco sua saúde, apresentando condutas nocivas à alimentação e sedentarismo. Além disso, verificam-se comportamentos que colaboram para a falta de bem-estar, como consumo de álcool com risco, consumo de cigarros e falta de segurança no trânsito. Estilos de vida associados aos jovens estudantes universitários têm sido investigados pelo mundo, especialmente no Brasil (52,53).

1.3 COMPORTAMENTOS DE RISCO ENTRE JOVENS UNIVERSITÁRIOS: CONSIDERAÇÕES E CONTRADIÇÕES

“Doença é tão antiga como a vida”, mas, na sociedade moderna, os indivíduos tendem a compreendê-la como um processo natural, capaz de alcançá-los tanto de forma isolada como na convivência em grupos, por curtos (epidemias) ou longos períodos de tempos (endemias). Religião, filosofia, educação, meio ambiente social e físico, condições sociais e econômicas são aspectos que podem ser responsáveis pela maioria das doenças, pois o organismo, ao se adaptar às mudanças e aos estímulos, a transforma em uma experiência capaz de alterar sua existência inteira (49).

Segundo Becker, a doença pode ser uma forma de explicação para o “desvio”, sendo um desajuste patológico, pois, se o organismo não funciona “bem”, emite sinais de que não está “saudável” (54). A doença constitui-se como uma grande experiência humana, podendo influenciar no seu bem-estar e se tornar uma ameaça à vida. Conforme pensamento de Sigerist, a doença é uma condição nociva da saúde, sendo consequência de riscos e males, contudo a educação, a higiene pública e a medicina tendem a colaborar para alteração nos níveis de enfermidade (49).

Para Giddens, risco é uma condição do desenvolvimento social moderno. É não somente uma questão individual, atingindo grandes coletividades de pessoas e, com isso, pressupondo-se a existência de “ambientes de risco” (55). Schenker e Minayo destacam o risco como consequência de uma decisão tomada livremente, a fim de se alcançar o prazer ou a realização de um desejo, podendo causar “perda ou ferimento físico, material e psicológico”. Além disso, conceituar risco, em saúde, envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou de coletividades serem acometidas por “doenças ou agravos” (56). O paradigma do risco, segundo Barata, recebeu atenção diferenciada por volta da segunda metade do século 20, nas pesquisas epidemiológicas, em decorrência do aumento de mortalidades por doenças crônicas (57). Destaque para o novo paradigma emergente chamado “ecológico” ou “caixas chinesas”, o qual pressupõe “um conjunto de fatores

reunidos, conectados uns aos outros, em algum modo coerente de relação”. Os fatores de risco passam a ser estudados a partir de uma abordagem social, buscando conhecer os efeitos das condições ambientais na formação de novos padrões de saúde (58).

A metáfora das “caixas chinesas” é explicada como uma série de caixas, cada uma contendo uma sucessão de caixas menores. A caixa externa seria a moldura mais abrangente, correspondendo ao ambiente físico, que conteria em si as sociedades; estas, por sua vez, conteriam as populações (58). “Um poderoso interprete de nós mesmos, de nossa sociedade, cultura e valores” assim o médico sanitaria Ayres apresentou o conceito de risco, do ponto de vista epidemiológico (59). Ainda conforme Ayres, o conceito de risco está associado às “grandezas matemáticas” que são expressões probabilísticas de força e de grau de certeza atribuídos na relação entre a exposição e o efeito em saúde (60).

A OMS define “risco para a saúde” como “um fator que eleva a probabilidade de resultados adversos para a saúde”. Entre os dez principais riscos globais para a mortalidade no mundo estão: tabagismo, em segundo lugar, com 9%; sedentarismo, em quarto lugar, com 6%; excesso de peso e obesidade, em quinto lugar, com 5%; e uso de álcool, em oitavo lugar, com 4%. Tais riscos são responsáveis por elevar o risco de doenças crônicas e estão presente em países com alta, média e baixa renda. Faz-se, assim, imprescindível entendê-los, para o desenvolvimento de uma clara e eficaz estratégia para melhorar a saúde global. Homens e mulheres são afetados igualmente nos riscos associados com a dieta. Os homens sofrem mais de 75% da carga a partir de substâncias que causam dependência e na maior parte do fardo de riscos profissionais. “O perfil de risco altera-se consideravelmente com a idade”. Alguns fatores de risco podem afetar a saúde do adolescente; outros, embora a prática de comportamentos de risco inicie ainda na adolescência, poderão influenciar na saúde dos adultos indicando, assim, a existência de diferenças consideráveis dependendo da idade. Consumo de substâncias com dependência, sexo inseguro, deficiência de ferro e abuso sexual de crianças ocorrem em adultos mais jovens (61).

Comportamentos de risco são aqueles que colocam em risco a integridade física, mental, psicológica, moral e/ou social do indivíduo (4).

Castiel afirma

(..) o risco se constitui numa forma presente de descrever o futuro, sob o pressuposto de que se decide qual o devir desejável e qual a ação a ser feita neste. O conceito de risco estabelece que só se pode administrar o porvir de modo racional, ou seja, através da consideração cuidadosa da probabilidade de ganhos e perdas, conforme as decisões tomadas (16).

Outsiders são pessoas que apresentam comportamentos desviantes, ou seja, que violam alguma regra do grupo e, por esse motivo, estão à margem do grupo social daquelas chamadas de “normais”. Merece destaque o caráter social das motivações desviantes, processadas na interação do indivíduo que adota o comportamento entre as pessoas que demonstram reação. Pode-se dizer que o indivíduo que adota o comportamento desviante tende a assimilar e a praticar um conjunto de comportamentos que fazem parte de uma subcultura baseada e organizada em valores e padrões comuns desviantes (54).

O “desviante” é aquele indivíduo que, apesar de realizar uma leitura “divergente”, encontra-se inserido em sua cultura, segundo Velho. Além disso, o autor dá ênfase à não existência de comportamento desviante em si mesmo, mas em interação com outros comportamentos desviantes e inseridos em “determinada situação sociocultural” (62).

Irwin define comportamento de risco como comportamento precursor. A atitude de adoção de algum comportamento de risco se associa a algum tipo de problema, como suicídio, homicídio, hábitos alimentares negativos, uso imprudente de qualquer meio de transporte e, por fim, uso e abuso de drogas (63).

“Comportamento anormal”: assim refere-se Santrock para algum “comportamento transviado, inadaptado e pessoalmente aflitivo”. Comportamentos de risco são aqueles que deixam de promover o bem-estar, o crescimento e a realização do adolescente, como, por exemplo, o vício em drogas, atos delinquentes violentos, depressão e a tentativa de suicídio, podendo ser influenciados por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais de forma isolada, ou pela combinação desses. Os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais podem ser vistos de duas formas: uma na perspectiva interacionista “biopsicossocial”, que pressupõe a interação dos fatores mencionados; e a outra pela chamada Psicopatologia Desenvolvimentista, focalizando a “descrição e o estudo dos caminhos

desenvolvimentistas de problemas e transtornos” (21).

Para Simmons, os comportamentos de riscos nos jovens originam-se nos processos de desenvolvimento (biológico, cognitivo e socioemocional) caracterizados pelo “aumento da força e independência” (64). Para Baumrind, comportamentos de risco associam-se ao contexto sociocultural contemporâneo e podem ser vistos como aspectos do desenvolvimento normal do jovem (65).

Irwin (63) e Baumrid (65) enfatizam a necessidade de se distinguir entre comportamentos de risco produtivos e destrutivos ao jovem. A diversificação dos comportamentos de risco exige dos educadores e pesquisadores a clara distinção entre eles, pois podem ser vistos como características normais do processo de transição do jovem, da adolescência para a fase adulta, e como comportamentos destrutivos e, assim, ditos como assunção de riscos e sintomas de alienação social. Nesse último caso, comportamento de risco causa dano à vida e contribui direta ou indiretamente para alienação, ameaçando sobremaneira a manifestação dos comportamentos normais do desenvolvimento juvenil, a exploração e a experimentação (63).

Schenker e Minayo salientam os comportamentos de risco como ameaças ao desenvolvimento bem-sucedido do adolescente, refletindo a composição dos aspectos do “desejo” e do “dano” (56). Comportamentos de risco, segundo Jessor, são aqueles que podem comprometer o desenvolvimento pessoal e a adaptação social do jovem, e, dessa forma, haver implicações psicossociais. Podem ser, por exemplo, o abuso de substâncias químicas, a evasão escolar, dirigir um veículo depois de ingerir bebida alcoólica e o envolvimento em brigas. O envolvimento em comportamentos de risco inclui (e transcende em muito) a saúde e o crescimento físico, podendo pôr em perigo a realização de tarefas de desenvolvimento normal, o cumprimento das funções sociais esperadas, e a aquisição de competências essenciais. Além disso, o bom senso de adequação e competência, bem como a preparação adequada para a transição para a próxima fase na trajetória de vida, a idade adulta. A diversificação de comportamentos de risco nos jovens reflete as circunstâncias de pobreza e marginalidade étnico-racial dos jovens (66).

A Síndrome de Comportamento Problemático (PBS, sigla do inglês *Problem Behavior Syndrome*) é modelo explicativo multidimensional, elaborado

por Jessor e trata de comportamentos com problemas, bem como indicadores de riscos e desvios juvenis, podendo-se falar em síndrome do comportamento de risco. Tal modelo teórico fundamenta-se em três conjuntos de risco e três conjuntos de fatores de proteção. São os fatores de risco: modelos de risco (modelos insalubres da família, colegas, escolas ou bairro), risco de oportunidade (exposição às oportunidades de risco, tais como participação em gangues) e risco de vulnerabilidade (características individuais, como estresse, depressão, baixa autoestima). Quanto aos conjuntos de fatores de proteção, são: modelos de proteção (modelos com amigos e pais para comportamentos convencionais e para melhorar comportamentos de saúde), controle de proteção (nível individual/intolerância atitudinal de desvio; nível social/controles e sanções parentais ou familiares; controles de pares ou amigos, sanções e desaprovação; controles de escola ou reprovação dos alunos; e controles de vizinhança e desaprovação) e proteção de apoio (suporte contextual dos familiares, colegas ou amigos, professores, ou do bairro). Juntos, tais domínios de risco e de proteção constituem a variabilidade em uma variedade de comportamentos-problema na PBS (67).

Há pesquisas realizadas pelo mundo replicando o PBS, com o objetivo de entender os comportamentos de risco nos adolescentes e em jovens estudantes, especialmente nos universitários (67-69), alguns nos Estados Unidos, em Boulder, no Colorado, em 2005 e 2007, e Israel, em 2014 (70-72).

Achados de Korn et al., em estudo com 1.360 estudantes universitários de Israel, replicando o PBS, afirmam que os comportamentos de religiosidade e a alta realização acadêmica foram fatores de proteção fortes e significativos que reduziram os comportamentos de risco, enquanto fatores de risco de vulnerabilidade (pressão familiar e situação de segurança nacional) aumentaram o envolvimento em comportamentos de risco. Além disso, os resultados indicam que, de fato, as chances de se envolver em comportamentos de risco são maiores em estudantes universitários do sexo masculino, solteiro, secular, com uma renda alta, com aspirações acadêmicas mais baixas e com estresse (70).

O jovem praticante de comportamentos que podem colocar em risco sua vida necessita de compreensão, sobretudo na questão da transição escolar, pois se trata de mudanças descontínuas, abruptas e súbitas entre períodos

escolares anteriores e posteriores. A experiência da transição escolar não é vista universalmente como um problema e se revela uma experiência interligada às características individuais e às especificidades de cada transição. De todo modo, a transição escolar interfere em uma das áreas mais importante do desenvolvimento do adolescente, que é o comportamento de risco (64).

Santrock enfatiza três aspectos que fazem parte da fase da transição para o Ensino Superior vivenciada pelo jovem: a mudança para uma estrutura maior e mais impessoal; a interação social, caracterizada pela diversidade geográfica; e o aumento do foco no aproveitamento e no empenho, com sua avaliação. São aspectos positivos: os jovens tendem a se sentir mais “crescidos”; há uma variedade de matérias a selecionar; é possível explorar diferentes estilos de vida e valores; a independência da influência parental é maior; e, por fim, é possível encontrar maiores desafios intelectuais na vida acadêmica (21).

Pereira et al. dão ênfase ao processo de adaptação do estudante que vivencia transição do Ensino Médio para o Ensino Superior, em decorrência das mudanças significativas nos contextos: geográficos, pessoais, sociais, financeira e acadêmicas (73). É inegável dizer que a universidade exerce um importante papel no processo de transição do indivíduo da fase juvenil para a fase adulta, devido às inúmeras e profundas mudanças na vida dos jovens. Parece evidente a necessidade de criação de condições que facilitem a integração do estudante, de maneira que ele vivencie as experiências universitárias com padrão de qualidade satisfatório (74). Estudo que teve como foco a bem-sucedida adaptação do estudante adulto jovem ao ambiente universitário recomenda a realização de projetos de intervenção integrada, tendo a aplicação de três programas de desenvolvimento: programa de gestão e controle do estresse no ensino superior, programa de métodos de estudo e programa de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e acadêmicas (73).

Achados de Santos et al. mostram que deve haver uma preocupação contínua das IES em conhecer as dimensões do estilo e da qualidade de vida de seus estudantes. Vale ressaltar os resultados que indicam desvantagem dos concluintes em relação aos ingressantes quanto a afetividade, ao baixo nível de aptidão física, ao sobrepeso corporal e à direção após o consumo de álcool.

Já os ingressantes apresentaram piores porcentagens em otimismo, dieta balanceada e afeto (74).

Estudo realizado com estudantes de medicina em Salvador indicou a importância e a real necessidade de implantação de programas de apoio psicológico pela universidade, devido ao alto consumo de substâncias químicas entre os universitários, apesar da alegação dos estudantes de alto grau de estresse ocasionado pelas exigências acadêmicas, principalmente as do curso de Medicina (75).

1.4 RISCOS À SAÚDE ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

No Brasil, há cerca de um terço da população de 15 a 24 anos da América Latina e projeta-se que existam 35 milhões de jovens até 2020. Os homicídios são a causa principal de mortalidade (53,37%) entre os jovens. A violência tornou-se um problema da saúde pública brasileira em decorrência das elevadas taxas de morbimortalidade associadas aos comportamentos de risco: consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, ampla disponibilidade de armas de fogo e falta de infraestrutura adequada no sistema de trânsito. O consumo de álcool é fator de risco especialmente quando associado à direção de veículos, como motocicletas e carros de passeio, sendo observadas frequências de óbitos por causas externas (76-78).

Para Castiel, a mortalidade por causas externas é um aspecto indiscutível de óbito no grupo populacional juvenil, sendo destacada nos jovens menos privilegiados que, via de regra, “por falta de oportunidades nos contextos educacional e laboral, acabam envolvidos em esquemas de criminalidade de alto risco de vida” (16).

Riscos à saúde nos estudantes universitários estão sendo estudados em contextos mundial e local, tornando-se evidente a adoção de comportamentos causadores de elevadas taxas de morbimortalidade, bem como a urgência de se construir uma cultura permanente de promoção da saúde e ampliar a visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população jovem em risco. Tais comportamentos relacionam-se aos hábitos alimentares inadequados; à falta de segurança no trânsito; ao consumo de álcool, drogas e outras

substâncias químicas; à violência contra si e terceiros, com destaque à tentativa de suicídio (4-9,11,79-83).

A prevalência de comportamentos de risco em jovens americanos tem sido investigada em pesquisas nacionais pelo CDC nos últimos anos e, em especial, por Hingson et al., Mc Cracken et al. e Eaton et al. (7,79,84). O estudo de Hingson et al. sobre o consumo de álcool entre universitários com idade entre 18 e 24 anos no período de 1998 a 2001 apontou aumento na porcentagem de universitários que dirigem qualquer veículo após ingerir bebida alcoólica, passando de 26,5 a 31,4%, com o aumento de 2,3 milhões para 2,8 milhões de estudantes (84). Entre os achados de Mc Cracken et al., está que 28,9% declararam ser fumantes, 30,1% responderam ser *binge drinking*, 26,1% (um quarto da amostra) estava acima do peso e 13,6% eram obesos. Tal pesquisa dá ênfase à realização de intervenção e prevenção para doenças crônicas não transmissíveis no período de transição da adolescência para a fase adulta, para evitar danos futuros (79). Segundo os resultados da *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS), de 2011, 32,8% tinham se envolvido em luta física e 7,8% tentado suicídio (nos 12 meses anteriores à pesquisa); 32,8% enviavam mensagem ou *e-mail* ao dirigirem qualquer meio de transporte, 38,7% tinham bebido álcool, 23,1% consumiram maconha e 18,1% tinham fumado cigarros (nos 30 dias anteriores à pesquisa), 4,8% não comeram fruta *in natura* e nem beberam suco de fruta *in natura* e 5,7% não comeram vegetais (nos 7 dias anteriores à pesquisa) (7).

Barreto et al. investigaram comportamentos saudáveis nos jovens com idade de 18 a 29 anos de 27 capitais brasileiras e verificaram desigualdades no acesso a práticas saudáveis, pois jovens mais saudáveis eram aqueles com maior nível de escolaridade (mais de 9 anos de estudos), com relato de cor branca e com moradia próxima a um local para poderem praticar esportes. Também foram observados: 8,0% de jovens saudáveis; 39,6% de jovens com dois comportamentos saudáveis; 45,3% de jovens com somente um comportamento saudável; e 7,0% com nenhum comportamento saudável. Além disso, constataram-se maior resultado de comportamento saudável nos jovens entre 25 e 29 anos de idade e menor resultado naqueles com relato de cor de pele parda ou preta (85).

Comportamentos de risco à saúde se apresentam de maneira diferenciada entre homens e mulheres estudantes universitários, conforme estudos no Distrito Federal e Pernambuco (5,6). No Distrito Federal, estudo com 210 universitários de IES da rede privada constatou maior consumo de álcool e excesso de peso nos homens; nas mulheres, foram observados hábitos alimentares mais saudáveis (5).

1.4.1 Consumo de álcool, tabaco e outras drogas

De acordo com a OMS, o consumo de álcool é responsável por aproximadamente de 3,3 milhões de mortes a cada ano, correspondendo a 5,9% das mortes pelo mundo. Trata-se de uma porcentagem muito elevada, ao ser comparada com outros resultados, como, por exemplo, das mortes por HIV/AIDS (2,8%), tuberculose (1,7%) e violência (0,9%) (86).

Verificam-se maiores proporções de mortes associadas ao consumo do álcool na Europa Oriental (mais de uma em cada dez mortes) e na América Latina (um em cada 12 mortes). No mundo inteiro, o álcool provoca mais danos aos homens do que nas mulheres (6,0 e 1,1% de mortes, respectivamente). Além da perda direta de saúde, devido ao vício do álcool, essa substância é responsável por aproximadamente 20% das mortes causadas por acidentes de veículos motorizados e por 30% das mortes por câncer esofágico, cancro do fígado, epilepsia e homicídio (61).

Globalmente, o tabagismo causa cerca de 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e quase 10% das doenças cardiovasculares. É responsável por 12% das mortes de homens e 6% das mortes de mulheres no mundo (61). De fato, o consumo do tabaco tornou-se uma séria ameaça à saúde mundial, causando centenas de bilhões de dólares de prejuízos econômicos anualmente, na forma de excesso de custos de cuidados à saúde (87). Segundo dados do Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) para os anos de 2006 a 2011, observaram-se 14,8% de consumo de tabagismo no Brasil, sendo este mais frequente nos homens do que nas mulheres (18,1% e 14%, respectivamente) (88).

No Brasil, o álcool e o *crack* são as drogas que mais causam preocupação, com destaque do álcool como a droga que mais gera violência familiar e urbana, contribuindo com cerca de 10% para a toda a carga de doença. O cigarro, embora tenha tido declínio em seu consumo, ainda é a substância relacionada como causa direta que mais mata a população brasileira (89).

Conforme dados do Relatório Brasileiro sobre Drogas, que abrangeu 108 das maiores cidades do país ao ouvir pessoas com 12 e 65 anos em 2009; do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, realizado em 2015; e do Levantamento Nacional 2010, realizado em 2010, com 27 capitais brasileiras sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre os estudantes universitários, constatam-se resultados superiores nos estudantes universitários, sobretudo na faixa etária de 18 a 24 anos de idade, em relação àqueles apresentados pela população brasileira. O álcool foi a droga mais consumida entre os estudantes universitários (75,4% nos últimos 12 meses e 64,1% nos últimos 30 dias). Estudantes universitários do sexo masculino com 18 a 24 anos e matriculados em universidade da rede pública apresentaram maior prevalência no consumo de álcool. Todavia, de modo geral, as porcentagens foram, para o consumo de álcool, de 86,2% na vida, 72% nos últimos 12 meses e 60,5% nos últimos 30 dias; quanto ao consumo de qualquer tipo de droga ilícita, foram encontrados 48,7% na vida, 35,8% nos últimos 12 meses e 25,9% nos últimos 30 dias; o consumo do tabaco ocupou a terceira colocação no *ranking* do conjunto de drogas investigadas, com 46,7% na vida, 27,8% nos últimos 12 meses e 21,6% nos últimos 30 dias (4,89,90).

Segundo estudo epidemiológico andino, o álcool é a droga mais consumida na população universitária da Bolívia, da Colômbia, do Equador e do Peru. Destaque para prevalências elevadas na Colômbia e no Peru (90%) seguidos da Bolívia e do Equador (75%). Sobre o consumo de álcool no último mês, os valores encontrados foram 60% na Colômbia, 45% no Peru, 38% no Equador e 32% na Bolívia. O consumo de tabaco é bastante similar nos quatro países investigados (entre 20% na Bolívia e 23,3% no Peru). Quanto ao consumo de drogas ilícitas, a maconha é a mais consumida entre os universitários dos quatro países andinos, com maior prevalência na Colômbia de 26,7% para alguma vez na vida e 11,5% no último ano. O consumo de

inalantes (alguma vez na vida) merece destaque: 6,2% na Colômbia; 5,3% na Bolívia; 3,8% no Peru; e 2,6% no Equador. Por fim, o consumo de cocaína alguma vez na vida foi de 6,4% para os estudantes universitários da Colômbia, de 2,3% no Equador e Peru, e de 1,4% na Bolívia. Quanto ao sexo, o consumo de álcool, tabaco e maconha foram mais frequentes nos homens (11).

De modo geral, muitos fatores contribuem para o consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Pesquisas no Brasil tentam conhecer melhor a população universitária e traçar estratégias adequadas. Em São Paulo, estudo com 926 estudantes universitários concluiu que aqueles com mais horas livres nos dias úteis utilizaram maior quantidade de tabaco e “drogas ilícitas” ($p=0,033$ e $p=0,008$, respectivamente). Além disso, aqueles com maior renda familiar e sem religião puderam ser considerados com maior risco de consumo de drogas (91). No Piauí, estudo com 3.600 estudantes universitários de IES públicas e privadas relatou 61,2% usam álcool e 18,5% de tabaco. Também se verificou alta porcentagem no uso de maconha (7,9%), e 27,3% relataram fazer uso em eventos sociais e principalmente pela influência de amigos. Foram indicadas como principais motivações para o consumo dessas drogas a influência de amigos (27,3%) e a sensação de diversão (22,8%) (92). Em Maceió, estudo com 608 estudantes universitários relatou a prevalência de uso de álcool de 90,4% na vida e 81,6% de uso atual. A maioria dos universitários (94,9%) relatou ter visto publicidade sobre bebidas alcoólicas e 27,2% informaram ter consumido alguma bebida alcoólica após ter assistido algum anúncio de propaganda (93).

Outros estudos nacionais também indicam altas porcentagens de comportamentos de risco nos universitários. Estudo em Goiás realizado com 140 universitários concluiu que as drogas mais utilizadas pelos universitários, são as lícitas: o álcool e o cigarro. Observou-se que 90,3% dos universitários já tinham experimentado álcool, sendo 24,6% de uso na vida; 32,1% de uso no mês e 9,7% de uso frequente. Quanto ao cigarro, 23,9% somente experimentaram (uso na vida); 11,9% faziam uso esporádico (uso no mês) e 3,7%, uso frequente (94). No Espírito Santo, estudo com 221 jovens universitários de 18 a 24 anos constatou prevalência de 85,07% de álcool e 33,07% de tabaco, na frequência ‘uso na vida’. O uso de álcool foi maior que na população em geral (80). Estudo com 161 universitários da rede privada no

Rio de Janeiro verificou alta proporção de consumo de bebidas alcoólicas: 67,7% relataram consumir bebidas alcoólicas, sendo que 32,1% no padrão *binge*, e 45,9% estavam expostos ao risco de problemas associados ao consumo de álcool (95).

1.4.2 Segurança no trânsito

Segundo a OMS, acidentes de trânsito constituem uma epidemia de saúde pública, pois matam 1,3 milhão de pessoas cada ano e ferem milhões, particularmente nos de países de baixa e média renda. Os mais vulneráveis são crianças e jovens adultos, sobretudo entre 15 e 19 anos de idade, que têm os acidentes de trânsito como principal motivo de morte, enquanto que, para aqueles com 10 a 14 anos e 20 a 24 anos referem-se ao segundo motivo de morte. Também são vulneráveis às lesões e fatalidades pedestres, ciclistas, motociclistas e passageiros de transporte público e particular (96).

“Acidentes de trânsito e suas consequências são um problema de saúde pública”: assim referiram-se Jiménez-Moleón e Lardelli-Claret (97).

Fatores de risco conhecidos para acidentes de trânsito e lesões e mortes relacionadas incluem alta velocidade, álcool, não utilização de equipamentos de retenção, e não uso de capacetes. Recentemente, a distração do motorista tornou-se uma preocupação emergente (98).

O risco de acidentes rodoviários é uma função de quatro elementos, sendo o primeiro a exposição à quantidade de movimentação ou de viagens no sistema rodoviário; o segundo é a probabilidade subjacente de um acidente, dada uma exposição particular; o terceiro é a probabilidade de lesão, dado um acidente; e, por fim, o quarto elemento é o resultado da lesão (99).

Estudo realizado pelo CDC, incluindo motoristas com idades entre 18 e 64 anos, investigou a prevalência do uso de celular ao dirigir um veículo motorizado nos Estados Unidos e em sete países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Países Baixos, Portugal, Espanha, Reino Unido), e os resultados indicaram que, entre os motoristas com idades entre 18 e 64 anos, a prevalência de falar em um telefone celular enquanto estivesse dirigindo, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, variou de 21%, no Reino Unido, e 69%,

nos Estados Unidos; a prevalência de motoristas que tinham lido ou enviado mensagens de texto ou *e-mail* durante a condução, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias variou de 15%, na Espanha, e 31%, em Portugal e nos Estados Unidos (98).

No Brasil, conforme dados do sistema Vigitel, entre 2007 e 2013 verificou-se redução significativa de 45,0% no consumo abusivo de álcool, após a publicação de leis que proibiam o uso de álcool, passando de 2,0%, em 2007, a 1,1%, em 2013. Houve redução significativa entre homens (de 4,0% para 2,1%), entre 2007 e 2008 (-0,9%) e entre 2012 e 2013 (-1,2%). Foi observada redução significativa apenas na faixa etária de 35 a 44 anos (-1,2%), entre 2012 e 2013. Sem dúvida, destacam-se a importância da Lei Seca na redução do consumo de álcool nos primeiros meses de vigência da Lei 11.705 e a mudança dos hábitos da população brasileira em relação a não dirigir alcoolizado (100).

O cinto de segurança reduz entre 40 e 65% os riscos de ser expulso de um veículo e sofrer ferimentos graves ou fatais (96). Segundo achados de Popoola et al. em estudo realizado em Makurdi, uma cidade da Nigéria, capital do Estado de Benue, comprova ampliação do uso de cinto de em comparação com estudos anteriores, pois foi observada a porcentagem de 57,0%. No entanto, ainda há espaço para melhorias, especialmente no início da manhã e à noite, pois notou-se maior uso do cinto de segurança no período da tarde, seguido do período da manhã e com menor resultado no período da noite (64,4%, 59,0% e 44,2%, respectivamente) (101).

Riscos de acidentes de trânsito nos jovens estão associados aos fatores ambientais, de desenvolvimento social e de sexo, sendo evidenciado maior resultado nos homens (96). Recente estudo nacional sobre mortes no trânsito confirma essa informação, sendo grande parte das mortes no trânsito nos homens (entre 78,5% e 84,1%) e jovens adultos, especialmente entre 20 e 29 anos de idade (acima de 20%) (102).

Estudo em New South Wales, na Austrália, com aproximadamente 21 mil jovens condutores com idade entre 17 e 24 anos, verificou associação da condução arriscada com um aumento de risco de acidente em 50%. Entre os comportamentos de risco associados à condução com risco, destacam-se: dirigir com dois ou mais passageiros (47,6%); dirigir enquanto ouve música alta

(42,3%) e dirigir a 70km/h em pista rodoviária com limite de 60km/h (21,2%). Pesquisadores concluem e afirmam que super-representação de jovens em acidentes envolvendo vítimas é uma questão importante de saúde pública (103).

Vale ressaltar que, devido ao aumento global da motorização, o uso de veículos motorizados de duas rodas e bicicletas cresce rapidamente, particularmente em países de baixa renda e de renda média (104). Motocicletas são muito acessíveis quanto ao preço e à manutenção, sendo possível manter e proporcionar uma melhor quilometragem por litro de combustível (96).

Jovens utilizam motocicleta pela facilidade na mobilidade (96). No entanto, pesquisa realizada em Maringá (PR) sobre fatores associados ao óbito de motociclistas nas ocorrências de trânsito mostra maior porcentual nos indivíduos entre 10 e 19 anos, sendo 70,9% na condição de condutor de motocicleta e 29,8% na de passageiro (105). Ainda em Maringá, outro estudo, aponta 99,4% de ocorrências de trânsito com motocicleta na área urbana, em locais de luminosidade, condição meteorológica e sinalização satisfatórias (87,4%; 80,6% e 70,6%, respectivamente), com predominância da colisão de motocicleta com carro ou caminhonete (55,5%) (106).

A popularização do uso de motocicletas tem aumentado o número de mortos e feridos com ferimentos na cabeça, constituindo uma grande preocupação. Com isso, é necessário o uso de capacete como equipamento de segurança para locomoção de motocicletas e bicicletas capacetes, pois este tem se mostrado eficaz tanto na prevenção de lesões na cabeça, quanto na redução da gravidade de lesões sofridas por pilotos e passageiros de veículos de duas rodas (104).

O uso de capacete de forma consistente tem se mostrado um equipamento de segurança bastante útil para reduzir lesões e mortes associadas com acidentes de moto. Torna-se, assim, estratégia eficaz, que garante a expansão do uso do capacete na promulgação de leis universais. Nos Estados Unidos, pesquisa realizada pelo CDC sobre a associação entre as leis do uso de capacete para locomoção de motocicleta e o real uso pelos motociclistas indicou que, em média, 12% dos motociclistas fatalmente feridos usavam capacetes em Estados com leis universais, em comparação a 64% em

Estados sem lei universal (leis que obrigam uso do capacete somente para grupos específicos, geralmente jovens pilotos) e 79% em Estados com nenhuma lei do uso obrigatório do capacete (107).

Em contrapartida, o não uso do capacete aumenta riscos de sofrer ou de morrer por alguma lesão na cabeça, o tempo gasto no hospital e a probabilidade de incapacidade em longo prazo. Algumas das razões pelas quais as crianças e jovens não usam capacete incluem a tendência de a juventude a se comportar de forma arriscada; a pressão dos pares; a falta de capacetes de tamanho apropriado para crianças jovens; o receio de que um capacete de ser roubado; o receio de que um capacete vai bagunçar um penteado; a incapacidade para caber um capacete sobre penteados (mulheres em países africanas ou Sikh's na Índia) (96).

O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) estabelece obrigações aos condutores e passageiros quanto ao uso de capacete de segurança, com viseira ou óculos protetores, no Art. 54; ao cinto de segurança nos bancos da frente e de trás, inclusive, no Art. 65 e por fim é considerada infração gravíssima dirigir veículo sob influência de álcool ou qualquer substância psicoativa, conforme Art. 165. O Brasil, com a lei nº 12.760, popularmente chamada de Lei Seca, trabalha com tolerância zero ao álcool, sobretudo realizando o teste do bafômetro como forma de garantia do cumprimento da lei (108).

Jovens estudantes universitários têm apresentado comportamentos de risco à saúde relacionados à falta de segurança no trânsito. Falta de atenção, desrespeito à sinalização e excesso de velocidade são alguns desses comportamentos (59,3%, 33,5% e 22,5%, respectivamente). Ainda chama a atenção o fato de que 20% relataram a ingestão de bebida alcoólica antes de conduzir um veículo automotor e somente 7,7% utilizaram o cinto de segurança no banco traseiro (passageiro) (109). Achados de Stocco et al. também constataram que a utilização do cinto de segurança no banco traseiro não é um hábito para a maior parte dos estudantes de ambos os sexos (82). Na região do Triângulo Mineiro, estudo com 125 universitários apontou baixa porcentagem na utilização do cinto de segurança, seja como motorista e como passageiro (51,2% e 46,3%, respectivamente). Além disso, 30% relataram ter sido vítimas de acidentes de trânsito, e a maioria considerava a imprudência do

condutor como o principal motivo (110).

Estudo em Campinas, cidade próxima de São Paulo, com 2.116 universitários apontou comportamentos de risco em condutores com antecedentes de acidente de trânsito: 59,6% relataram velocidade máxima 130km/h; 56,5% dirigiram após ingerir bebida; 50% avançaram sinal fechado; 46,3% cometeram multas; 29,7% realizaram ultrapassagem proibida; 27% dirigiram com velocidade média 120km/h; 20,9% dirigiram no acostamento; 12,2% relataram brigas no trânsito; 8,3% disseram já ter feito suborno; e 7,3% fizeram “rachas” (111).

1.4.3 Hábitos alimentares e atividade física

A ausência da atividade física foi identificada como quarto fator de risco principal para mortalidade global (6% de mortes em todo o mundo). O excesso de peso e a obesidade são responsáveis por 5% da mortalidade global, segundo a OMS. No mundo inteiro, o sobrepeso e a obesidade causam mais mortes do que estar abaixo do peso, sendo que a combinação desses riscos com a dieta e a inatividade física em países com baixa e média renda é semelhante às mortes causadas pelo Aids/HIV e tuberculose (61).

Chama a atenção que 72% dos óbitos no Brasil correspondem às doenças crônicas. Segundo dados do Vigitel 2014, 52,5% dos brasileiros estão acima do peso e 17,2% da população está obesa, indicando fatores de risco para doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. Níveis de escolaridade e sexo variam conforme os resultados, pois os homens apresentam maior resultado em excesso de peso; quanto menor o nível de escolaridade, maior o índice de excesso de peso e obesidade; e quanto maior o nível de escolaridade, maior a prática de exercícios no tempo livre (112).

O Brasil apresenta o resultado mais baixo no comportamento de obesidade em relação a países como Uruguai (19,9%), Argentina (20,5%), Paraguai (22,8%) e Chile (25,1%). Já em relação ao excesso de peso, se comparados com o Brasil, Índia (11%) e China (25,4%) aparecem com menores resultados; e Rússia (59,8%) e África do Sul (65,4%) surgem com

resultados superiores (112).

Em jovens brasileiros, registram-se 31,5% de excesso de peso e 8,5% de obesidade (112). A adoção de comportamentos de saúde nos jovens estudantes universitários, incluindo hábitos alimentares e prática de atividades esportivas, está sendo investigada em estudos, pois a carga horária estudantil pode tornar a prática pesada e um obstáculo (83, 113,114).

No Brasil, achados de Mascena et al. indicam 52,6% de sedentarismo, 34,2% de sobrepeso e 9,4% de obesidade entre estudantes universitários. Mulheres são mais sedentárias, e os homens apresentaram maior frequência na prática de atividades físicas. O sedentarismo alto entre universitários e, neste caso, da área de saúde, pode se justificar pelo exíguo tempo livre (83). Estudo realizado na Bahia com 5.461 graduandos indica que universitárias com carga horária semanal em estágio/trabalho de 30 a 39 horas apresentaram 20% de chance de comportamento menos ativo no lazer. Além disso, homens com 3 anos de vivência acadêmica e mulheres com atividades ocupacionais mostraram-se também com maiores chances a menores níveis de prática de atividades físicas no lazer (113).

Estudo na Paraíba observou 31,2% dos universitários com baixo nível de atividade física. Tal resultado mostrou associação em estudantes com maior tempo de ingresso na universidade, nos que estudam no período noturno e que passam diariamente menor tempo na universidade. Além disso, 10,1% dos estudantes relataram estar em dieta e 21,0% com excesso de peso, sendo 15,3% de sobrepeso e 5,7% de obesidade (114). No Brasil, segundo dados do Vigitel 2014, 36,5% da população faz consumo de frutas e hortaliças, sendo este mais predominante nas mulheres do que nos homens (42,5% e 29,4%, respectivamente) (112).

O consumo de frutas e vegetais colabora para uma dieta saudável. Esse consumo varia consideravelmente entre países, refletindo as diferenças econômicas, culturais e agrícolas (61). Achados de Ansari et al., em estudo realizado com universitários da Alemanha (n=696), Polônia (n=489) e Bulgária (n=654) confirmam variações de consumo alimentar por país e sexo, assim como sintomas depressivos e estresse. Para os estudantes do sexo masculino, não houve associação de consumo de alimentos com estresse ou sintomas depressivos. Já nas mulheres, o estresse percebido foi associado com

consumo mais frequente de doces e alimentos rápidos, e menos frequente de frutas e legumes. Sintomas depressivos associaram-se ainda ao menor consumo de frutas, legumes e carne (115).

Outro recente estudo observou a prática diferenciada de padrões de consumo alimentar nos universitários de quatro países europeus: Alemanha, Dinamarca, Polônia e Bulgária. De modo geral, o consumo de doces, lanches, *fast food* ou peixe, frutas, legumes e carne foi menor entre os universitários que vivem em casa longe dos pais. O consumo de bolos foi maior entre estudantes homens dinamarqueses e mulheres búlgaras que vivem longe de casa dos pais. Quanto ao consumo de saladas, este foi menor entre aqueles que vivem longe de casa dos pais, com exceção das universitárias dinamarquesas. Estudantes búlgaros relataram maior consumo de alimentos considerados “menos saudáveis”, como doces (53%), bolos (73%) e *fast food* (77,1%). Apresentaram, porém, resultados superiores no consumo de alimentos ‘saudáveis’, como frutas (50%), saladas (59%) e vegetais (32%). Além disso, verificou-se alta porcentagem de consumo de peixe nos estudantes búlgaros (38,1%) (116).

Em Beirute, capital e maior cidade do Líbano, as universitárias apresentaram hábitos alimentares mais saudáveis em comparação aos homens: 61,4% das mulheres afirmaram fazer refeições regularmente; 53,3% das universitárias relataram comer pequeno-almoço diário ou três a quatro vezes por semana; Além disso, 30,5% dos universitários relataram ingestão diária de vegetais coloridos, sem notar diferenças entre os sexos (31,5% mulheres vs. 29,2% do sexo masculino). A prevalência de sobrepeso e obesidade foi mais comum nos universitários homens em relação às mulheres (37,5% e 12,5% vs. 13,6% e 3,2%, respectivamente). Em contraste, 6,4% de estudantes do sexo feminino estavam abaixo do peso vs. 1% dos homens (117).

Hábitos alimentares e índice de massa corporal (IMC) dos universitários de Belgrado, na Sérvia, não apresentaram associação com as variáveis estudadas renda familiar média e frequência ou não de tomar café da manhã. Além disso, o IMC não se alterou quanto à residência dos universitários, que podia ser com os pais ou colegas e, por fim, morar sozinho (8).

1.4.4 Violência contra si e terceiros

Violência, segundo a OMS, refere-se ao

uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultando em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (118).

Mais de 1,3 milhão de pessoas morrem a cada ano em todo o mundo como resultado da violência (autodirigida, interpessoal e coletiva), representando 2,5% da mundial mortalidade. Para as pessoas com idades entre 15 e 44 anos, a violência é a quarta principal causa de morte no mundo (119).

“Violência é um problema de saúde pública mundial” e um comportamento a ser tratado pelo aspecto da prevenção. Evidenciam-se diversos tipos de violência, como aquelas divulgadas em mídias originadas pelo terrorismo, guerras, tumultos e agitação civil; ou ocorridas no ambiente familiar, locais de trabalho e mesmo em instituições médicas e sociais criadas para cuidar de pessoas (120).

No Brasil, a violência é um importante problema de saúde pública causador das elevadas taxas de morbimortalidade, sendo as principais vítimas e agressores os homens jovens, negros e pobres (78).

Estima-se que, em 2012, 475 mil pessoas em todo o mundo foram vítimas de homicídios, por uma taxa global de 6,7 por 100 mil pessoas, sendo maior a porcentagem localizada na Região das Américas com países com média e baixa renda (28,8% com 165.617 pessoas). Nos jovens entre 10 e 29 anos, ocorreram cerca de 200 mil homicídios, correspondendo a 43% de todos os homicídios por ano, sendo que, em caso de óbitos, 82% associam-se ao sexo masculino. Com destaque do grupo etário de 15 a 29 anos com maior resultado com 18,2% por 100 mil (119).

Globalmente, suicídios são responsáveis por 56% de todas as mortes violentas (50% em homens e 71% nas mulheres). Vale ressaltar o suicídio como um comportamento de violência, pois todo suicídio é um tragédia devastadora, que causa sofrimento a familiares, amigos e sociedade como

um todo. Suicídios acontecem sob influência de um comportamento impulsivo e da interação dos vários fatores de cunho pessoal, social, psicológico, cultural, biológico e ambiental. Trata-se, também, de uma questão complexa e sensível sendo visto, em alguns países, como uma prática que fere as leis, e, em outros, como prática sub-relatada. É ainda erroneamente classificada como um acidente ou outra causa da morte (121).

Segundo estimativas da OMS, ocorreram 804 mil mortes por suicídio em todo o mundo em 2012, representando uma taxa global anual padronizada para a idade de suicídio de 11,4% por 100 mil habitantes (15% para os homens e 8% para mulheres), sendo 4,3% na região das Américas, Mediterrâneo e Europa, e 8% na África. Em termos globais, o suicídio é classificado como a segunda principal causa de morte nos jovens com idade entre 15 e 29 anos, com a porcentagem de 8,5% (121).

Atos violentos podem ter como consequências ferimentos graves ou até a morte, e outros, como assédio moral, tapa ou bater, podem resultar em danos mais emocionais do que físicos (119). A prevenção à tentativa de suicídio requer a identificação dos indivíduos com alto risco, para, assim, proporcionar-lhes os cuidados necessários. O monitoramento das prevalências, dos padrões demográficos e dos métodos utilizados nas tentativas de suicídio fornecem informações importantes, que podem ajudar no desenvolvimento e na avaliação de estratégias de prevenção do suicídio (121).

Em estudo com universitários mexicanos, 15,8% relataram ideação e 7,3% tentativa de suicídio com destaque das maiores porcentagens nas mulheres. Estão associados ao comportamento suicida: abuso sexual (*odds ratio* – OR de 27,4), seguido da violência verbal (OR de 9,28), uso de drogas (OR de 8,6), violência física (OR de 5,5) e tabagismo (OR de 3,6). Além disso, a violência verbal mostrou-se associada ao comportamento suicida independentemente das outras variáveis, enquanto violência física, abuso sexual, tabagismo e uso de drogas parecem depender de violência verbal (9).

No Brasil, levantamento em universidades encontrou 6,1% de estudantes com envolvimento em brigas com agressão física e 5% relataram tentativa de suicídio (93). Estudo em Mato Grosso encontrou prevalência de 18,6% de violência nos jovens estudantes, variando segundo a idade: de 10,1% no grupo de 10 e 11 anos; 20,2% dos 12 aos 19 anos; e 4,5% dos 20 e 21 anos. Ainda

constatou associação dos comportamentos de violência ao uso de álcool, ao uso de drogas psicoativas, ao sexo masculino e à relações insatisfatórias entre os pais (122).

Amplio estudo em seis universidades na China constatou que 16,39% dos 5.972 estudantes entre 16 e 25 anos relataram em algum momento de sua vida, a ideação suicida, que foi mais prevalente nas mulheres em relação aos homens (20,35% e 12,94%, respectivamente). A inexistência de uma boa rede social pessoal foi significativamente associada ao risco aumentado de ideação suicida. Universitários suicidas apresentaram baixas porcentagens nos comportamentos de busca por orientação e apoio na resolução de problemas (123).

Estudo realizado no interior de São Paulo com aproximadamente 680 universitários indicou os homens mais expostos aos comportamentos de risco relacionados a segurança pessoal, violência, dependência química e comportamento sexual. Já as mulheres se expuseram mais em comportamentos relacionados hábitos alimentares. Entre os achados, ainda vale ressaltar que o pior grau de saúde mental indicou baixo suporte familiar (124).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência dos comportamentos de risco à saúde de jovens universitários em uma Instituição de Ensino Superior.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os comportamentos de risco à saúde mais prevalentes entre os estudantes universitários participantes.
- Descrever os comportamentos de risco à saúde, tendo o sexo e a cor da pele/etnia autorreferida como categorias.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 PARTICIPANTES

Estudo de corte transversal, do qual participaram 210 estudantes de 18 a 24 anos matriculados uma IES da rede privada localizada em uma área socioeconomicamente vulnerável do Distrito Federal – Região Administrativa Recanto das Emas. Na época, a IES que sediou a pesquisa era a única de Ensino Superior na região. Recanto das Emas está localizada há aproximadamente 25km de Brasília e tinha uma população estimada em 125.206 habitantes.

Para selecionar a amostra, primeiramente foi realizado um levantamento dos estudantes regularmente matriculados na IES conforme os cursos de graduação oferecidos (Pedagogia e Administração de Empresas), de forma a obter o total de alunos entre 18 e 24 anos. O resultado foi de 296, sendo 213 do sexo feminino. A fim de se obter uma amostra representativa, optou-se pela realização do censo com os estudantes matriculados na faixa etária entre 18 e 24 anos. Ao final, preencheram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) e aceitaram participar da pesquisa, 210 (71%) alunos matriculados entre 18 e 24 anos, sendo 128 mulheres e matriculados no turno noturno.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram convidados a participar da presente pesquisa jovens regularmente matriculados na IES, entre 18 e 24 anos, e presentes em sala de aula nos dias da aplicação do questionário.

3.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO

A coleta de dados se deu em sala de aula, aplicando-se um questionário estruturado (individual e autoaplicável) com 66 questões de múltipla escolha e previamente validado (125) e aplicado em estudos anteriores (6,126). O período da coleta de dados foi de setembro a dezembro de 2012.

O instrumento de coleta de dados escolhido (Anexo 3) faz parte do *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS), elaborado pelo CDC, e visa monitorar comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes e jovens americanos.

A aplicação do questionário foi supervisionada pela pesquisadora. Em sala de aula, apresentavam-se os objetivos da pesquisa, distribuía-se o TCLE e, logo após seu preenchimento, entregava-se o questionário dentro de um envelope pardo. Ao final de seu preenchimento, que era de aproximadamente de 20 minutos, havia a devolução do questionário respondido, pelo participante, dentro do envelope pardo, que o colocava dentro de uma caixa sem qualquer identificação.

3.3.1 Segurança no trânsito

Para verificar os comportamentos de segurança no trânsito entre os estudantes da amostra, foram selecionados os seguintes comportamentos: não uso de cinto de segurança (nunca ou raramente ter usado cinto de segurança ao utilizar veículo a motor nos últimos 12 meses / passageiro e motorista); locomoção com motocicleta (ter usado motocicleta como meio de transporte nos últimos 12 meses); locomoção de bicicleta (ter usado bicicleta como meio de transporte nos últimos 12 meses); não uso do capacete como proteção na locomoção com motocicleta e bicicleta (nunca ou raramente ter usado capacete nos últimos 12 meses); locomoção em qualquer veículo após ter ingerido bebida alcoólica (ter andado em algum veículo após ter ingerido bebida

alcoólica nos últimos 30 dias / passageiro e motorista); locomoção de barco ou nadou (ter usado barco ou nadou nos últimos 12 meses); locomoção de barco ou nadou após ingerir bebida alcoólica (nunca ou raramente ter usado barco ou nadado após ingerir bebida alcoólica, nos últimos 30 dias).

3.3.2 Violência contra si e terceiros

Em relação aos comportamentos de violência contra si e terceiros, foram verificados: porte de armas (ter portado qualquer tipo de arma nos últimos dias); envolvimento em brigas (ter brigado nos últimos 12 meses e se houve caso de ter necessitado de tratamento médico); suicídio (ter tido algum pensamento, ou planejamento, ou tentativa de suicídio e se houve caso de ter necessitado tratamento médico, nos últimos 12 meses).

3.3.3 Consumo de tabaco, álcool e outras drogas

O consumo de tabaco, álcool, inalante, maconha, cocaína/crack, foi investigado entre os estudantes da amostra pelos seguintes comportamentos: cigarro (ter experimentado fumar cigarro, mesmo sendo uma ou duas baforadas); que idade tinha quando fumou um cigarro inteiro pela primeira vez e em que começou a fumar pelo menos 1 cigarro por dia, durante 30 dias; uso habitual de cigarros (ter fumado seis cigarros ou mais nos últimos 30 dias); ter tentado parar de fumar alguma vez; uso de tabaco de mascar ou rapé (ter feito uso de algum tipo de tabaco de mascar ou rapé nos últimos 30 dias); álcool (que idade tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez); consumo de álcool com risco: ter tomado cinco doses de bebidas entre 2 horas, pelo menos uma vez, nos últimos 30 dias; uso de maconha (ter fumado maconha pelo menos uma vez, durante os últimos 30 dias; maconha, cocaína ou *crack* (que idade tinha quando experimentou maconha, ou cocaína, ou *crack*, pela primeira vez); uso de cocaína/*crack* (ter usado maconha/*crack*, pelo menos uma vez, durante os últimos 30 dias); ter inalado algum tipo de solvente, pelo menos alguma vez na vida; ter feito uso de esteroides ou medicamentos

sem receitas pelo menos uma vez na vida; substância entorpecente (ter feito uso, pelo menos alguma vez na vida, de qualquer tipo de substância entorpecente, com ou sem a ingestão de bebida alcoólica).

3.3.4 Controle do peso e autodescrição corporal

Pedi-se a autodescrição corporal do participante, optando por muito abaixo do peso ou ligeiramente abaixo do peso, ou sobre o peso certo ou ligeiramente acima do peso, ou muito acima do peso. Em seguida, informaram-se altura (em cm) e peso (em kg). Foi também feito o relato sobre ter feito dieta para manter ou perder peso, nos últimos 30 dias, e de ter vômito provocado/uso de laxantes com a intenção de perder peso, nos últimos 30 dias.

3.3.5 Hábitos alimentares

Os hábitos alimentares foram investigados pelos comportamentos: ter comido frutas *in natura*, salada verde, legumes cozidos, hambúrguer, cachorro-quente, salsicha, batata frita, biscoitos recheados, torta ou bolo, e ter ingerido suco de frutas *in natura*, pelo menos uma vez, ontem (no dia anterior).

3.3.6 Atividade física

A prática de atividades físicas foi investigada pelos seguintes comportamentos: ter participado de atividades esportivas (basquete, corrida, natação, tênis, ciclismo ou exercícios aeróbicos) por pelo menos 20 minutos em 1 dia, nos últimos 7 dias; ter feito alongamento pelo menos uma vez, nos últimos 7 dias, e uma caminhada ou andado de bicicleta pelo menos 30 minutos em 1 dia, nos últimos 7 dias.

3.3.7 Temas de saúde

Os temas de saúde analisados foram infecção pelo HIV e AIDS (ter recebido pela IES algum tipo de informação sobre o HIV e AIDS, pelo menos uma vez, durante o ano letivo) e temas de saúde (ter recebido pela IES algum tipo de informação sobre temas de saúde, pelo menos uma vez, durante o ano letivo).

3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Apresentam-se a seguir os resultados do cruzamento entre as variáveis sexo e cor da pele autodeclarada e comportamentos de risco estudados. Quanto à variável cor da pele autodeclarada, houve o agrupamento dos resultados preto e indígena. Para as variáveis de natureza quantitativa procedeu-se ao exame de algumas medidas, como média e desvio padrão.

Para análise dos dados com aplicação de estatísticas descritivas, foi utilizado teste qui quadrado de Pearson ou do teste qui quadrado, por simulação de Monte Carlo, e regressão logística.

Para o processamento de dados, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®], versão 22).

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 210 jovens, que responderam ao questionário, correspondendo a 71% dos universitários de 18 e 24 anos regularmente matriculados na IES no período da pesquisa.

Do total de 210 estudantes, 128 (61%) eram do sexo feminino. A média de idade dos jovens participantes foi de 21,35 anos (desvio padrão de 1,755), tendo o mais jovem 18 anos e 24 anos o mais velho. Observou-se ainda a predominância de respondentes que se autodeclararam brancos (124; 60,2%), em seguida pretos (63; 30,6%) e indígenas (19; 1,9%). O grupo com mais respondentes foi o de estudantes do primeiro ano. Verificou-se maior número de respondentes entre os universitários do primeiro ano de graduação (83; 40,3%), sendo observada a ocorrência de respondentes predominantemente na fase inicial do curso (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos adultos jovens e universitários

Características	Masculino (n=82)	Feminino (n=128)	Total (n=210)
	n (%)	n (%)	n (%)
Cor da pele/etnia autorreferida			
Branco	52 (63,4)	72 (56,2)	124 (60,2)
Preto	22 (26,8)	41 (32)	63 (30,6)
Indígena	6 (7,3)	13 (10,1)	19 (9,2)
Não responderam	2 (2,4)	2 (1,5)	4 (1,9)
Idade			
18	6 (7,3)	6 (4,6)	12 (5,7)
19	7 (8,5)	13 (10,1)	20 (9,5)
20	16 (19,5)	22 (17,1)	38 (18)
21	16 (19,5)	30 (23,4)	46 (21,9)
22	10 (12,1)	20 (15,6)	30 (14,2)
23	11 (13,4)	22 (17,1)	33 (15,7)
24	16 (19,5)	15 (11,7)	31 (14,7)
Ano do curso universitário			
1º ano (1º/2º semestre)	32 (39)	51 (39,8)	83 (40,3)
2º ano (3º/4º semestre)	29 (35,3)	40 (31,2)	69 (32,8)
3º ano (5º/6º semestre)	18 (21,9)	20 (15,6)	38 (18)
Outros	2 (2,4)	15 (11,7)	17 (8)
Não responderam	1 (1,2)	2 (1,5)	3 (1,4)

4.2 SEGURANÇA NO TRÂNSITO

A tabela 2 apresenta a frequência dos comportamentos de segurança no trânsito. Houve predominância de comportamentos de risco, podendo ocasionar a falta de segurança no trânsito em estudantes homens e também naqueles que se autodeclararam brancos.

Tabela 2. Comportamentos no trânsito de jovens universitários, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida

Comportamentos	Total n (%)	Sexo		<i>p-value</i>	<i>Odds ratio*</i>	Cor da pele/etnia autorreferida			<i>p-value</i>	<i>Odds ratio**</i>
		Masculino n (%)	Feminino n(%)			Branco n (%)	Preto n (%)	Indígena n (%)		
Não utilização de cinto de segurança: passageiro	9 (4,3)	4 (4,9)	5 (3,9)	0,740	1,251	5 (4,1)	3 (4,8)	1 (5,3)	1,000	1,210
Não utilização de cinto de segurança: condutor	4 (2)	2 (2,4)	1 (1,6)	0,644	1,575	3 (2,4)	1 (1,6)	-	1,000	0,498
Uso de motocicleta	29 (19,1)	16 (27,6)	13 (13,8)	0,055	2,374	16 (19)	8 (16,3)	5 (33,3)	0,342	1,083
Uso de moto sem a proteção do capacete	7 (3,3)	4 (4,9)	3 (2,3)	0,089	2,137	5 (4,0)	2 (3,2)	-(0,0)	0,876	0,595
Uso de bicicleta	119 (56,6)	55 (67,0)	65 (50,0)	0,15	2,037	68 (56,6)	40 (63,4)	11 (57,8)	0,527	1,355
Uso de bicicleta sem a proteção do capacete	107 (50,9)	48 (58,5)	59 (46,0)	0,78	0,606	62 (50)	34 (53,9)	11 (57,8)	0,756	0,822
Passageiro em veículo após motorista ter ingerido bebida alcóolica	109 (51,9)	44 (53,6)	64 (50,7)	0,684	1,122	65(52,4)	35 (55,5)	9(47,3)	0,809	1,051
Uso de veículo após ingerir bebida alcoólica: condutor	33 (15,7)	26 (31,7)	7 (5,4)	-	8,026	21 (16,9)	9 (14,2)	3 (15,7)	0,896	0,841

* Categoria de referência: masculino; **categoria de referência: preto/indígena

De modo geral, os comportamentos de risco mais frequentes entre os estudantes relacionam-se ao uso de bicicleta (119; 56,6%), seguido da não utilização do capacete (107; 50,9%) e locomoção em carro ou outro veículo, como passageiro, após motorista ingerir bebida alcoólica (109; 51,9%).

Quanto ao sexo, apesar de não se observar relação estatística significativa, os homens apresentaram porcentagem superior nos comportamentos risco no trânsito, sendo eles: locomoção com bicicleta (55; 67% para os homens vs. 64; 50% para as mulheres); locomoção com bicicleta sem o uso do capacete (48; 58,5% para os homens vs. 59; 46% para as mulheres) e locomoção em veículo após motorista ingerir bebida alcoólica/passageiro (44; 56,6% para os homens vs. 65; 50,7% para as mulheres). Quanto à gravidade deste último, também foi notada na condição do jovem universitário como condutor (26; 31,7% para os homens e 7 (5,4% para as mulheres). Constataram-se mais chances de ocorrência dos seguintes comportamentos de risco: não uso de cinto de segurança/passageiro (1,251) e locomoção com veículo após motorista ingerir bebida alcoólica/passageiro (1,122).

No agrupamento das categorias preto e indígena, detectaram-se mais chances de ocorrência de comportamentos de risco: não uso de cinto de segurança/passageiro (1,210), locomoção de motocicleta (1,083), uso de bicicleta (1,355) e uso de veículo após motorista ingerir bebida alcoólica/passageiro (1,051).

Ainda em relação ao comportamento de risco no trânsito, verificou-se entre os participantes: a ingestão de bebida alcoólica (66; 31,4%), seguido do uso de barco (31; 15,2%). Foi um comportamento com porcentagem superior nos homens (33; 40,2%), com maior chance de ocorrência de comportamento de risco (1,070) e sem nenhuma associação estatística significativa. Os estudantes que se autodeclararam brancos apresentaram resultado mais alto (22; 17,7%).

4.3 VIOLÊNCIA CONTRA SI E TERCEIROS E CONSUMO DE TABACO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Nos comportamentos descritos na tabela 3, detectou-se a predominância de risco entre os estudantes de cor autodeclarada branca; quanto ao sexo, entre os homens, o consumo de substâncias foi mais alto e, entre as mulheres, a agressão contra si e terceiros.

Tabela 3. Comportamentos de risco de jovens universitários, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida

Comportamentos	Total n (%)	Sexo		<i>p-value</i>	<i>Odds ratio*</i>	Cor da pele/etnia autorreferida			<i>p-value</i>	<i>Odds ratio**</i>
		Masculino n (%)	Feminino n (%)			Branco n (%)	Preto n (%)	Indígena n (%)		
Agressão contra si ou terceiros										
Porte de armas	9 (4,3)	2 (2,4)	7 (5,5)	0,487	0,429	7 (5,7)	-	2 (10,5)	0,094	0,414
Envolvimento em brigas	4 (1,9)	-	4 (3,2)	0,155	-	3 (2,4)	1 (1,6)	-	1,000	0,500
Envolvimento em brigas com lesão	4 (1,9)	-	4 (3,2)	0,155	-	3 (2,4)	1 (1,6)	-	0,753	0,498
Desejo de suicídio	20 (9,5)	5 (6,0)	15 (1,7)	0,176	0,489	11 (8,8)	6 (9,5)	3 (15,7)	0,637	1,267
Planejamento de suicídio	14 (6,6)	2 (2,4)	12 (9,4)	0,049	0,242	8 (6,4)	5 (7,9)	1 (5,3)	0,894	1,145
Tentativa de suicídio	13 (6,2)	1 (1,2)	12 (9,4)	0,018	0,118	7 (5,7)	5 (7,9)	1 (5,3)	0,906	1,308
Tentativa de suicídio com lesão	6 (2,8)	-	6 (4,6)	0,049	-	1 (0,8)	4 (6,3)	1 (5,3)	0,084	7,987
Consumo de substâncias										
Substância entorpecente	18 (8,5)	10 (12,1)	8 (6,2)	0,133	2,083	11 (8,8)	4 (6,3)	3 (15,7)	0,441	0,959
Substância entorpecente com bebida alcoólica	8 (3,8)	4 (4,8)	4 (3,1)	0,517	1,590	6 (4,8)	2 (3,1)	-	0,561	0,492

Cigarros (pequenas baforadas)	100 (47,6)	47 (57,3)	53 (41,4)	0,024	1,900	59 (47,5)	34 (53,9)	7 (36,8)	0,401	1,102
Uso habitual de cigarros	5 (2,5)	3 (3,8)	2 (1,6)	0,383	2,368	2 (1,6)	2 (3,3)	1 (5,2)	0,447	2,466
Tentativa de parar de fumar	25 (11,9)	14 (17)	11 (8,5)	0,064	2,190	18 (14,5)	6 (9,5)	1 (5,2)	0,386	0,550
Tabaco de mascar/rapé	11 (5,2)	3 (3,6)	8 (6,2)	0,411	0,570	6 (4,8)	3 (4,7)	2 (10,5)	0,573	1,277
Consumo de álcool com risco	82 (40,0)	42 (51,9)	42 (32,3)	0,006	2,262	49 (40,8)	24 (38,1)	8 (44,4)	0,859	0,946
Uso de maconha	4 (2,0)	1 (1,2)	3 (2,4)	1,000	0,515	3 (2,4)	1 (1,6)	-	1,000	0,513
Uso de cocaína/ <i>crack</i>	2 (0,9)	-	2 (1,5)	0,255	0,984	1 (0,8)	-	1 (5,2)	0,117	1,519
Uso de inalante/solvente	8 (7,8)	8 (10,1)	8 (6,3)	0,423	1,678	11 (8,9)	1 (1,6)	4 (22,2)	0,014	0,688
Uso de pílulas de esteroides	39 (18,5)	12 (14,6)	27 (21,0)	0,240	0,641	26 (20,9)	11 (17,4)	2 (10,5)	0,522	0,710

* Categoria de referência: masculino; **categoria de referência: preto/indígena.

Os percentuais relacionados ao consumo de substâncias, como o de cigarros em pequenas baforadas (100; 47,6%) e o de álcool (82; 40,0%), foram elevados, com destaque entre os homens (47; 57,3% vs. 42; 51,9% para mulheres), apresentando associações estatísticas significativas (valor de p de 0,024 e 0,006, respectivamente).

Quanto ao sexo, verificou-se maior chance de risco nos comportamentos de consumo de substância entorpecente combinada com álcool (1,590) e de inalantes/solventes (1,678).

Os comportamentos de risco relacionados à agressão contra si e terceiros foram mais frequentes nas mulheres, como o desejo de suicídio (15; 1,7%), planejamento do suicídio (12; 9,4%), tentativa de suicídio (12; 9,4%) e tentativa com lesão (6; 4,6%). Houve associação estatística significativa nos três últimos (valor de p de 0,049, 0,018 e 0,049, respectivamente). Além disso, nas mulheres, destacaram-se o consumo de maconha (3; 2,4%), o uso de inalantes/solvente (8; 6,3%) e a ingestão pílulas de esteróides (27; 21%), apesar dos baixos percentuais.

No agrupamento nas categorias de referência preto/indígena, evidenciaram-se: maior chance de risco nos comportamentos de planejamento de se suicidar (1,267), planejamento de se suicidar (1,145), tentativa de se suicidar (1,308), consumo de cigarros em pequenas baforadas (1,102) e de algum tipo de tabaco de mascar ou rapé (1,277).

Na tabela 4, observa-se que os homens apresentaram maiores frequências em bebida alcoólica (26; 20,3%), cigarro (19; 23,02%) e maconha (5; 6,1%) e nas mulheres, cocaína/crack (5; 6,1%). Não se observando nenhuma relação estatística significativa.

Tabela 4. Faixa etária de primeira experimentação de álcool, tabaco, maconha e cocaína/*crack*, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida

Comportamentos de risco	Total n (%)	Sexo		<i>p-value</i>	Cor da pele/etnia autorreferida			<i>p-value</i>
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		Branco n (%)	Preto n (%)	Indígena n (%)	
Bebida alcoólica, idade				0,129				0,618
12 ou mais jovem	19 (9)	9 (11,0)	10 (7,8)		12 (9,7)	7 (11,1)	1 (5,3)	
13-14	33 (15,7)	15 (18,2)	18 (14)		25 (20,1)	8 (12,7)	1 (5,3)	
15-16	49 (23,3)	23 (28)	26 (20,3)		23 (18,5)	17 (27)	4 (21)	
17-18	39 (18,6)	18 (21,9)	21 (16,4)		22 (17,7)	14 (22,2)	3 (15,7)	
19-20	16 (7,7)	4 (4,9)	12 (9,4)		9 (7,3)	3 (4,7)	3 (15,7)	
21-24	1 (0,4)	-	1 (0,7)		1 (0,8)	-	-	
25 ou mais	-	-	-		-	-	-	
Cigarros				0,717				0,018
12 ou mais jovem	16 (7,6)	6 (7,3)	10 (7,8)		11 (8,9)	4 (6,3)	1 (5,3)	
13-14	15 (7,2)	8 (9,7)	7 (5,4)		8 (6,4)	5(7,9)	2 (10,5)	
15-16	34 (16,1)	19 (23,2)	15 (11,7)		20 (16,1)	12(19)	2 (10,5)	

17-18	13 (6,2)	7 (8,5)	6 (4,7)		8 (6,4)	4(6,3)	1 (5,3)	
19-20	7 (3,3)	2 (2,4)	5 (4)		5 (4)	2(3,1)	-	
21-24	6 (2,9)	3 (3,7)	3 (2,3)		3 (2,4)	3(4,7)	-	
25 ou mais	-	-	-		-	-	-	
Maconha				0,751				0,079
12 ou mais jovem	-	-	-		-	-	1 (5,3)	
13-14	1 (0,5)	-	1 (0,8)		9 (7,2)	2(3,2)	-	
15-16	11 (5,2)	5 (6,1)	6 (4,7)		2 (1,6)	-	1 (5,3)	
17-18	3 (1,4)	2 (2,4)	1 (0,8)		2 (1,6)	2(3,2)	-	
19-20	4 (1,9)	2 (2,4)	2 (1,5)		1 (0,8)	-	-	
21-24	1 (0,5)	-	1 (0,8)		-	-	-	
25 ou mais	-	-	-		-	-	-	
Cocaína/crack				0,143	-	-	-	0,386
12 ou mais jovem	1 (0,5)	1 (0,8)	-		-	-	-	
13-14	-	-	-		7 (5,6)	1(1,6)	-	
15-16	8 (3,8)	3 (2,3)	5 (6,1)		4 (3,2)	-	-	
17-18	5 (2,3)	1 (0,8)	4 (4,9)		2 (1,6)	-	-	

19-20	1 (0,5)	1 (0,8)	-		-	-	-
21-24	-	-	-		-	-	-
25 ou mais	-	-	-				

Foram evidenciadas maiores porcentagens de primeiro contato com a substância entorpecente na faixa etária entre 15 a 16 anos. As substâncias citadas foram bebida alcoólica (49; 23,3%), cigarros (34; 16,1), maconha (11; 5,2%) e cocaína/*crack* (8; 3,8%).

De modo geral, foi predominante o comportamento de risco entre os estudantes que se autodeclararam pretos, sendo observada associação significativa na primeira experimentação de cigarro (valor de p de 0,018).

O comportamento de risco envolvendo em brigas (4; 1,9%) foi mais prevalente entre as mulheres (4; 3,2%). Quanto à informação de 'com quem' se envolveu em brigas, os resultados foram: outros (47; 22,3%), um total estranho (23; 10,9%), um(a) namorado(a) ou noivo(a) (6; 2,8%), um(a) amigo(a) (5; 2,3%), meu cônjuge ou companheiro(a), o pai, o irmão, ou outro membro da família (3; 1,4%). Quanto ao sexo, foram mantidos os resultados superiores nas mulheres em relação aos homens: 'outros' (29; 22,6% vs. 18; 21,9%), 'um total estranho' (16; 12,5% vs. 7; 8,5%), um(a) namorado(a) ou noivo(a) (6; 4,6% vs. 0%), um(a) amigo(a) (3; 2,3% e 2; 14,6%), meu cônjuge ou companheiro(a), o pai, o irmão, ou outro membro da família (3; 2,3% vs. 0%). Não houve relação estatística significativa.

Quanto aos resultados da cor da pele/etnia autodeclarada em 'com quem' se envolveu em brigas, observaram os resultados na figura 1: Violência contra si e terceiros (brigas) entre universitários por cor da pele autorreferida. Não houve relação estatística significativa.

Violência contra si e terceiros (envolvimento em brigas), por cor da pele /etnia autorreferida, nos universitários participantes

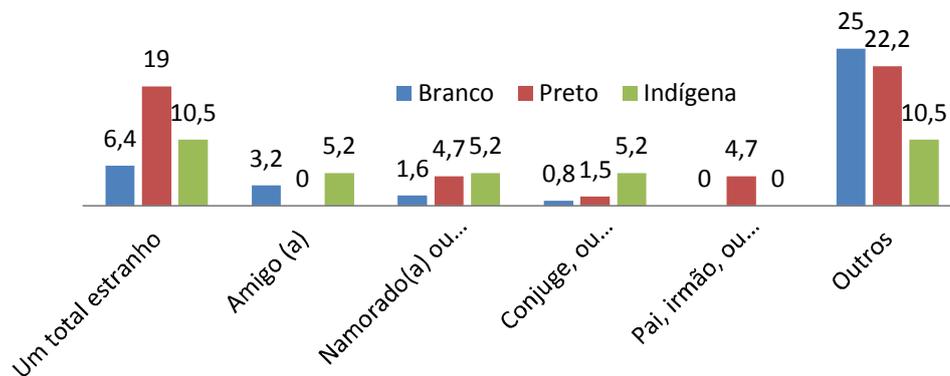


Figura 1. Violência contra si e terceiros (envolvimento em brigas), por cor da pele /etnia autorreferida, nos universitários participantes

4.4 ATIVIDADE ESPORTIVA E HÁBITOS ALIMENTARES

Embora tenham sido constatados, entre os homens, resultados superiores em participar de atividades esportivas (56; 68,2%) e andar de bicicleta ou caminhar (44; 53,6%), verificou-se também excesso de peso (32; 60,3%). Houve relação estatística significativa (valor de p de 0,001) (Tabela 5).

Tabela 5. Autodescrição, hábitos alimentares e prática de atividade física, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida

Comportamentos de saúde	Total n (%)	Sexo		<i>p-value</i>	<i>Odds Ratio*</i>	Cor da pele/etnia autorreferida			<i>p-value</i>	<i>Odds Ratio**</i>
		Masculino n (%)	Feminino n (%)			Branco n (%)	Preto n (%)	Indígena n (%)		
IMC										
< 25	136 (64,7)	45 (33)	91 (66,9)	0,001	1,689	84 (61,7)	40 (29,4)	12 (8,8)	0,339	1,114
≥ 25	53 (28)	32 (60,3)	21 (39,6)			27 (54)	16 (32)	7 (14)		
Autopercepção do peso corporal										
Muito abaixo do peso	11(5,3)	1 (1,25)	10 (7,8)	0,18	0,650	7 (5,6)	2 (3,1)	1 (5,2)	0,219	1,022
Ligeiramente abaixo do peso	14 (6,7)	9 (11,2)	5 (3,9)			10 (8)	2(3,1)	1 (5,2)		
Peso certo	120 (57,9)	40 (50)	80 (62,9)			73 (58,8)	41 (65)	11 (57,8)		
Ligeiramente acima do peso	54 (26,0)	26 (32,5)	28 (22,8)			31 (25)	16 (25,3)	4 (21)		
Muito acima do peso	8 (3,8)	4 (5)	4 (3,1)			3 (2,4)	2 (3,1)	2 (10,5)		
Tentando fazer com o seu corpo										
Perder peso	87 (42,4)	33 (42,3)	54 (42,5)			55 (44,3)	30 (47,6)	12 (63)		
Ganhar peso	43 (20,9)	21 (26,9)	22 (17,3)			28 (22,5)	11 (17,4)	2 (10,5)		

Ficar com o mesmo peso	44 (21,4)	13 (16,6)	31 (24,4)	0,313	1,305	23 (18,5)	13 (20,6)	2 (10,5)		
Não está tentando nada	31 (15,1)	11 (14,1)	20 (15,7)			18 (14,5)	9 (14,2)	3 (15,7)	0,523	1,004
Controle do peso										
Dieta para perder ou se manter no peso	83 (39,9)	25 (31,2)	58 (45,3)	0,44	0,795	42 (33,8)	28 (44,4)	8 (42,1)	0,166	1,179
Vômito provocado ou uso de laxantes	16 (7,7)	2 (2,5)	14 (10,9)	0,031	0,206	7 (5,6)	4 (6,5)	4 (21,1)	0,020	1,832
Pílula para dieta	18 (8,6)	7 (8,6)	11 (8,6)	1,000	1,006	10 (8,1)	5 (8,1)	2 (10,5)	0,934	1,078
Exercícios físicos para perder ou se manter no peso	82 (39,4)	36 (43,9)	46 (36,5)	0,313	1,305	47 (37,9)	24 (38)	9 (47,3)	0,267	1,039
Atividades esportivas										
Participou de atividades esportivas nos últimos 7 dias	103 (49)	56 (68,2)	47 (36,7)	0,001	1,996	57 (45,9)	38 (60,3)	10 (52,6)	0,300	1,303
Caminhou ou andou de bicicleta, por, pelo menos, 30 minutos a 1 hora, nos últimos 7 dias	100 (47,6)	44 (53,6)	56 (43,7)	0,161	1,214	64 (51,6)	28 (44,4)	12 (63,1)	0,386	0,945
Hábitos alimentares										
Frutas ou suco de frutas (ontem, sim entre 1 a 3 vezes)	168 (80)	58 (70,7)	110 (85,9)	0,007	0,480	95 (76,6)	53 (84,1)	16 (84,2)	0,388	1,475
Salada verde (ontem)	147 (70)	52 (63,4)	95 (74,2)	0,096	0,705	82 (66,6)	49 (77,7)	15 (78,9)	0,504	1,543

Legumes cozidos (ontem)	134 (63,8)	46 (56)	88 (68,7)	0,063	0,712	78 (62,9)	39 (61,9)	15 (78,9)	0,504	1,086
Hambúrguer/cachorro quente	71 (33,8)	26 (31,7)	45 (35,1)	0,606	0,856	46 (37)	18 (28,5)	5 (26,3)	0,397	0,661
Batatas fritas	47 (22,3)	23 (28)	24 (18,7)	0,115	1,689	33 (26,6)	11 (17,4)	2 (10,5)	0,157	0,520

* Categoria de referência: masculino; **categoria de referência: preto/indígena. IMC: índice de massa corporal.

Quanto às mulheres, evidenciou-se a prática saudável de condutas alimentares, como comer frutas e tomar suco de frutas *in natura* (110; 85,9%), salada verde (95; 74,2%), legumes cozidos (45; 35,1%). Verificou-se relação estatística significativa (valor de p de 0,007).

Destacam-se os comportamentos de controle de peso, entre as mulheres, como vômito provocado pelo uso de laxantes (14; 10,9%), dieta para perder ou manter no peso (58; 45,3%) e pílula para dieta (11; 8,6%).

Verificaram-se maiores chances de ocorrência de comportamentos de risco, quanto ao sexo, ingestão de pílula para dieta (1,006) e comer batatas fritas (1,689). Quanto ao agrupamento das categorias preto e indígena, foram constatados vômito provocado por laxantes (1,832), excesso de peso (1,114) e ingestão de pílula para dieta (1,078).

Conforme relato dos estudantes, a prática de alongamento atinge quase a metade da amostra (91; 43,3%), obtendo resultado superior entre os homens do que entre as mulheres (41; 50% vs. 50; 39%). A prática foi mais citada entre os estudantes que se autodeclararam brancos, seguidos dos pretos e dos indígenas (54; 43,5%; 26; 41,2% vs. 8; 42,1%).

4.5 TÓPICOS DE SAÚDE

A tabela 6 indica resultados superiores nas mulheres em relação aos tópicos de saúde. Quase metade das estudantes relatou ter recebido informações sobre Aids ou HIV (59; 46%) na IES. Não se identificou nenhuma relação estatística significativa.

Tabela 6. Temas de saúde, por sexo e cor da pele/etnia autorreferida

Comportamentos	Total n (%)	Sexo		Cor da pele/etnia autorreferida		
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	Branco n (%)	Preto n (%)	Indígena n (%)
Sim, receberam informações na IES sobre Aids ou HIV	82 (39)	28 (34,1)	59 (46)	54 (43,5)	24 (38)	9 (47,3)
Como receberam essas informações?						
Aulas na faculdade	18 (8,5)	9 (10,9)	9 (7,1)	12 (9,6)	5 (7,9)	1 (5,2)
Centro de Saúde	4 (2)	3 (3,6)	1 (0,7)	3 (2,4)	-	1 (5,2)
Feira de ciências	6 (2,8)	2 (2,4)	4 (3,1)	4 (3,2)	2 (3,1)	1 (5,2)
Panfletos ou <i>folders</i>	26 (12,4)	7 (8,5)	19 (15)	12 (9,6)	9 (14,2)	1 (5,2)
Jornais universitários	2 (0,9)	-	2 (1,5)	-	1 (1,5)	1 (5,2)
Discussão informal entre amigos	11 (5,2)	6 (3,6)	5 (3,9)	5 (4)	6 (9,5)	-
Outros	28 (13,3)	8 (9,7)	20 (15,8)	11 (8,8)	10 (15,8)	4 (21)
Receberam na IES informações preventivas sobre alguns temas de saúde. Quais são os temas?						
Tabaco	14 (6,6)	5 (6)	9 (7,1)	8 (6,4)	3 (4,7)	1 (5,2)
Álcool e outras drogas	10 (4,7)	5 (6)	5 (3,9)	12 (9,6)	2 (10,5)	-

Violência	26 (12,3)	6 (7,3)	20 (15,8)	-	13 (20,6)	-
Lesões e segurança	5 (2,3)	1 (1,2)	4 (3,1)	4 (3,2)	-	4 (21)
Suicídio	1 (0,4)	1 (1,2)	-	1 (0,8)	-	-
Gravidez	6 (2,8)	1 (1,2)	5 (3,9)	2 (1,6)	2 (10,5)	1 (5,2)
DST, Aids ou HIV	23 (10,9)	12 (14,6)	11 (8,7)	14 (11,2)	7 (11,1)	1 (5,2)
Alimentação e nutrição	9 (4,6)	2 (2,4)	7 (5,4)	3 (2,4)	3 (4,7)	5 (26,3)
Atividade física	13 (6,1)	6 (7,3)	7 (5,4)	9 (7,2)	5 (26,3)	1 (5,2)

IES: Instituição de Ensino Superior; DST: doenças sexualmente transmissíveis.

Destaca-se o tema de saúde Prevenção à Violência com maior interesse entre os estudantes (26; 12,3%), especialmente entre as mulheres (20;15,8%).

O segundo tema com maior abordagem entre os estudantes foi Prevenção: DST, Aids e HIV sendo 23; 10,9% e conforme o sexo: 12; 14,6% nos homens e 11; 8,7% nas mulheres.

5 DISCUSSÃO

Os comportamentos de risco à saúde mais prevalentes no presente estudo foram consumo de álcool; locomoção de motocicleta; uso de bicicleta sem o uso de capacete; passageiro em veículo após ingerir bebida alcoólica; desejo, planejamento, tentativa de suicídio; excesso de peso e hábitos alimentares pouco saudáveis.

O consumo de álcool foi um dos comportamentos de risco à saúde com resultado elevado entre os estudantes participantes, e com destaque nos homens. Estudos brasileiros (4,6,75,80,89,92,93,94,95,127,128) e internacionais (10,11,129,130,131) apontam tais tendências. A porcentagem ao consumo de álcool verificada no presente estudo está acima da indicada pelo CDC em pesquisa nacional com estudantes americanos associadas ao consumo de cigarro, cocaína e maconha (10).

Em Hanoi, capital e segunda maior cidade do Vietnã, houve maior propensão de dano à vida associado ao consumo de álcool entre universitários homens, sendo alguns aspectos que contribuíram para o consumo de álcool: idade e morar longe da residência familiar (130). Estudo com universitários australianos destaca efeitos nocivos relacionados ao consumo de álcool, como sofrer vômitos, abusar verbalmente de outros, causar dano ao espaço físico do *campus* e fazer algo perigoso somente por diversão ou prazer (131).

Além disso, achados de Dovaren et al. em estudo com universitários irlandeses comprovaram associação do consumo de álcool com risco ao uso do tabaco e drogas ilícitas (129). Participação em eventos sociais, influência dos amigos e ter visto anunciado algum tipo de publicidade podem estar associados ao consumo de álcool com risco entre os universitários (92,93).

Verificou-se, nos resultados do presente estudo, maior prevalência de experimentação de bebida alcoólica na faixa etária entre 15 a 16 anos, o que está de acordo com o *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras* (4). Prado et al. indicam, em estudo com universitários de Goiás, o experimento de bebidas alcólicas com idade entre 11 e 17 anos. Os motivos principais foram

curiosidade, diversão ou prazer e incentivo de um desconhecido (94). Também apresentam-se como fatores que podem justificar a experimentação da bebida alcoólica tão precocemente: o convívio com pessoas que fazem uso e assistir propagandas publicitárias sobre o tema (94).

Segundo achados de Tockus et al., Ramis et al., e Jomar et al. (15,95,132) os comportamentos: forte desejo de ingerir bebida alcoólica, bem como a sua prática repetidamente até tornar-se um hábito podem ser verificados em períodos que antecedem ao ingresso à universidade. Entretanto também pode-se constatar a evolução do consumo de álcool após o ingresso do jovem à universidade. Vale ressaltar problemas associados ao consumo de bebida alcoólica entre os estudantes universitários: deixar de participar de atividades acadêmicas, como aulas, provas, trabalhos em grupo e estágio curricular. Todos esses aspectos contribuem para a pouca dedicação aos compromissos na vida estudantil e desta forma podendo comprometer o desempenho acadêmico (95,128,132).

Baumrind dá ênfase aos comportamentos de “alienação e estranhamento”, associados ao abuso de substâncias nos jovens. O abuso de drogas acarreta sérias consequências sociais explicitadas pelas sensações de vulnerabilidade e impotência; ruptura na continuidade dos valores entre as gerações; e interferência no processo de formação da identidade pessoal (65).

Os valores encontrados neste estudo estão bem abaixo dos indicados pelo CDC em pesquisa nacional com estudantes americanos associados ao consumo de cigarro, cocaína e maconha (10).

Apesar da pequena diferença entre os sexos, o comportamento de trânsito associado à locomoção em veículo após motorista ter ingerido bebida alcoólica foi mais prevalente nos homens. Tal resultado assemelha-se com achados de outros estudos (6,109). No entanto, achados de Kann et al., em pesquisa nacional realizada pelo CDC, indicam maior resultado entre os estudantes americanos do sexo feminino (10).

No presente estudo, a porcentagem do comportamento de locomoção com bicicleta sem o uso do capacete como equipamento de segurança foi mais prevalente nos homens, mostrando-se, dessa forma, em concordância com resultados de pesquisa realizada pelo CDC (10). Porém, em Recife, capital de

Pernambuco, verificou-se em pesquisa com jovens universitários resultados diferentes (6).

Verificou-se, neste estudo, a locomoção dos jovens universitários por motocicleta. Tal resultado evidencia a rápida popularização desse meio de transporte devido aos preços de aquisição e à manutenção se tornar bastante acessíveis. Merece destaque o fato de os jovens optarem pelo transporte de motocicleta a fim de facilitar o desempenho da mobilidade diária (96).

A utilização do equipamento de segurança cinto de segurança, conforme se verificou neste estudo, é de conhecimento dos universitários e mostrou-se em concordância com estudos anteriores (6,10,83,133) Tal fenômeno sugere o reconhecimento e a importância deste instrumento para segurança em mobilidade a qual vem sendo reforçada com aplicação de uma legislação mais rígida, obrigando seu uso, e constantes campanhas educativas.

Segundo Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o tipo de meio de transporte determina o nível de risco a ser enfrentado diariamente nas vias. Além disso, o risco depende de fatores físicos e sociais, como o país de residência, a idade do usuário da via, o tipo de usuário, os meios rural ou urbano, a velocidade, o consumo de álcool e o tipo de veículo (134).

Verificaram-se neste estudo maiores porcentagens dos comportamentos de risco à saúde de excesso de peso e prática de atividades esportivas nos homens. Outros autores constataram resultados semelhantes. (83,113,135-137). O tempo exíguo para a prática de atividades físicas e a pouca ingestão de legumes e frutas foram os principais motivos verificados por Mascena et al. e Al-Rethaiaa et al. para elevado resultado de excesso de peso nos homens (83,138).

Achados de Sousa & Nahas e Florindo et al. comprovam que sobrecarga profissional em mulheres justifica a menor chance de prática de atividade esportiva (113,139).

Em concordância com outros estudos, as universitárias na presente pesquisa apresentaram hábitos alimentares mais saudáveis, pois foram verificadas maiores porcentagens de ingestão de frutas, salada verde e legumes *in natura* (116,117). Condutas alimentares podem tornar-se negativas entre os universitários devido ao convívio social com os amigos e às

experiências no *campus* universitário. Não obstante as condutas alimentares positivas são influenciadas pelos padrões familiares (140).

Achados de Schroeter et al. evidenciam opinião de universitários americanos ao afirmarem ser caro consumir uma refeição saudável. Além disso, explicam que, devido ao contato dos estudantes com diferentes culturas no ambiente universitário, eles tendem a experimentar novos comportamentos e, assim, afastam-se do padrão alimentício familiar. Tais pesquisadores dão importância à transmissão das tradições familiares, e uma delas é a prática de comer juntos na mesa de refeições, a fim de possibilitar o aumento de informações sobre o número de porções de frutas e vegetais que as pessoas devem consumir (141).

Merecem destaque resultados discordantes aos verificados na presente. Isso porque universitários japoneses e coreanos apresentam altas porcentagens de IMC normal. As razões para tal cenário podem ser, conforme estudo, refeições diárias incluindo o café da manhã; ingestão de frutas; e refeições com familiares, por três ou quatro vezes por semana (142). Achados de Ganasegeran em estudo realizado com universitários da rede privada da Malásia indicaram hábitos alimentares saudáveis na maioria desses alunos, os quais foram determinados por fatores sociais e psicológicos (143).

Universitários admitem a influência de colegas ao fazerem escolhas por novos hábitos alimentares, sejam elas saudáveis ou não. Entretanto reconhecem a real necessidade de receber informações sobre alimentação adequada, especialmente na universidade. Além disso, apontam como fatores para a prática de hábitos alimentares não saudáveis a falta de informações, e a indisponibilidade de tempo para espera de grandes filas no restaurante para realizar uma alimentação completa com a necessária seleção de alimentos saudáveis e, por isso, recorrem aos lanches rápidos (140).

Nesta pesquisa, as mulheres apresentaram resultados mais elevados nos comportamentos de violência contra si e terceiros, estando em concordância com estudos com universitários (9,144 -146). Tais resultados estão bem aproximados aos apresentados pelos estudantes americanos conforme dados da pesquisa nacional realizada pelo CDC (10). Solidão, falta de compreensão e rejeição de seus pais, além da violência intrafamiliar, em especial a verbal, são alguns fatores de risco associados à tentativa de suicídio

e ideação suicida (9,144,145). Ores et al. apontam risco de suicídio associado aos jovens com idade entre 18 e 24 anos: ter sofrido um acidente exigindo tratamento em sala de emergência; carregar uma arma de fogo; e abuso de substâncias (81).

Estudo realizado no Egito com universitários da rede privada verificou resultados bem acima dos encontrados nesta pesquisa associados à prevalência de violência (luta física), tabagismo e direção veículo após ingestão de bebida alcoólica (147).

Estudo na Colômbia envolvendo 17 IES privadas identificou, como fator de proteção em universitárias relacionado à ideação e à tentativa de suicídio, o convívio social de qualidade, mantendo significativa interação com 'o outro'. Acredita-se que tal fator protetivo tende a ser uma essencial estratégia para o enfrentamento dos compromissos da vida universitária pautados pela competição e pelo sucesso, dos conflitos familiares e das decepções amorosas (148).

Diante dos resultados apresentados e discutidos, pode-se afirmar que jovens tendem a adotar comportamentos de risco à saúde associados à transição para o Ensino Superior e, dessa forma, revelam uma problemática a ser trabalhada pelos gestores e educadores. A universidade, como espaço de formação de educação profissional, também tem responsabilidade na educação preventiva em saúde e na criação de um ambiente positivo, a fim de minimizar os riscos à saúde. Como salienta Castiel, para a importância dos educadores em “administrar a noção de risco” no dia a dia dos jovens.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo realizado tem algumas limitações importantes, que estão relacionadas à amostra escolhida, ao local de realização da pesquisa e ao tipo de estudo adotado.

Formou-se a amostra a partir de todos presentes na IES durante a coleta de dados. A fim de se obter o maior número de questionários, fez-se necessário realizar um censo.

Quanto ao local da realização da pesquisa, explica-se que, na ocasião da coleta de dados, era a única IES da rede privada existente na Região Administrativa do recanto das Emas. Por isso, os dados referem-se somente aos jovens universitários da IES pesquisada.

Por fim, verifica-se uma limitação no tipo de estudo adotado, por se tratar de um estudo transversal. Apesar de se tratar de um rápido e econômico levantamento de dados de grupos populacionais, o estudo transversal não favorece a análise da relação causa-efeito.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa identificou a prevalência de comportamentos de risco à saúde entre os jovens universitários e apontou para um panorama constituído de inúmeras vulnerabilidades no âmbito da vida estudantil universitária.

Dos 210 jovens universitários de 18 a 24 anos, a maioria era do sexo feminino. A média de idade dos jovens participantes foi de 21,35 anos. Observou-se, ainda, a predominância de universitários que se autodeclararam brancos e que cursavam o primeiro ano do curso de graduação. O primeiro objetivo foi identificar os comportamentos de risco à saúde mais prevalentes entre os estudantes universitários participantes. Quanto à segurança no trânsito os comportamentos foram: o uso de bicicleta, o uso de bicicleta sem o capacete, uso de motocicleta, e locomoção como passageiro em veículo dirigido por motorista após ter ingerido bebida alcoólica. Quanto à violência contra si e a terceiros, os comportamentos que se destacaram foram: o desejo de se suicidar, planejamento de um suicídio e tentativa de suicídio. No consumo de substâncias, uso de cigarro por pequenas baforadas e consumo de álcool foram os mais prevalentes. A experimentação de bebida alcoólica foi mais evidente na faixa etária de 15 a 16 anos. Nos comportamentos de controle do peso e autodescrição corporal, os mais prevalentes foram o excesso de peso a prática da dieta para perder ou manter-se no peso e de exercícios físicos para o controle do peso. Além disso, a maioria declarou a percepção de no peso certo. Na prática de hábitos alimentares, destacaram-se como mais prevalentes os comportamentos o consumo de frutas ou suco de frutas (ontem entre uma a três vezes), consumo de salada verde (ontem) e consumo de legumes cozidos (ontem). Para a prática de atividade esportiva, os resultados foram de participação de atividades esportivas nos últimos 7 dias e caminhadas ou andar de bicicleta, por, pelo menos, 30 minutos a 1 hora, nos últimos 7 dias. Nos temas de saúde, foi mais prevalente o de “Prevenção à Violência”.

Quanto ao objetivo de descrever os comportamentos de risco à saúde tendo como categorias sexo e cor da pele autodeclarada, constataram-se maiores porcentagens nos homens e nos participantes que se autodeclararam brancos. Nos comportamentos de segurança no trânsito, não se observou relação estatística, apesar de terem sido verificadas maiores porcentagens nos homens: locomoção de motocicleta, locomoção de bicicleta, locomoção de bicicleta sem o uso do capacete, passageiro em veículo conduzido por motorista após ter ingerido bebida alcoólica e motorista em veículo após ingerir bebida alcoólica. Constataram-se maiores chances de ocorrência dos comportamentos de risco: não uso de cinto de segurança/passageiro e passageiro em veículo conduzido por alguém que ingeriu bebida alcoólica. Nos comportamentos de consumo de substâncias, também se constataram maiores porcentagens nos homens, como uso de cigarro em pequenas baforadas e consumo de álcool com risco, apresentando associações estatísticas significativas. Quanto à faixa etária de experimentação drogas, foram mais prevalentes nos homens o período de 15 a 16 anos para a bebida alcoólica e cigarro. Os comportamentos de risco relacionados à agressão contra si e terceiros foram mais frequentes nas mulheres, como o planejamento do suicídio, tentativa de suicídio e tentativa com lesão. Houve associação estatística significativa em planejamento de suicídio, tentativa de suicídio e tentativa com lesão. Verificou-se nos homens excesso de peso. Além disso, destacam-se nos homens: prática de atividades esportivas e andar de bicicleta ou caminhar. Quanto às mulheres, evidenciou-se a descrição da prática saudável de condutas alimentares, como comer frutas e tomar suco de frutas *in natura* (salada verde legumes cozidos). Verificou-se relação estatística significativa. Quanto aos temas de saúde, houve maior porcentagem em Prevenção à Violência especialmente entre as mulheres.

Ainda sobre o segundo objetivo, quanto ao agrupamento das categorias preto e indígena, foram evidenciadas maiores chances de ocorrência dos comportamentos de risco: não uso do cinto de segurança/passageiro; locomoção de motocicleta; passageiro em veículo conduzido por alguém que ingeriu bebida alcoólica; planejamento de suicídio; tentativa de suicídio; cigarro

em pequenas baforadas; e vômito provocado/uso de laxantes; ingestão de pílula para dieta; e excesso de peso.

7 RECOMENDAÇÕES

Conforme resultados verificados no presente estudo, apresentam-se as seguintes recomendações que buscam o enfrentamento das vulnerabilidades à saúde identificadas entre os universitários participantes:

- Realização de outras pesquisas com estudantes universitários e do Ensino Fundamental II e Ensino Médio das redes pública e privada que possibilitem identificar e controlar comportamentos de risco à saúde.
- Implementação de programas de educação à saúde de cunho preventivo, incluindo palestras e oficinas, em escolas de Educação Básica e IES.
- Organização do SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EDUCACIONAL (SOE) em escolas de Educação Básica e sobretudo em IES, formado por profissionais competentes, para atender e prestar ajuda aos estudantes em suas necessidades psicológicas, sociais e acadêmicas.
- Realização de oficinas e palestras com professores e demais funcionários da IES a fim de capacitá-los sobre os comportamentos adotados pelos universitários e que podem colocar em risco à saúde: consumo de álcool e outras drogas, violência contra si e terceiros, e a falta de segurança no trânsito.
- Favorecer a criação e organização de uma rede de atendimento psicossocial ao jovem estudante que adota comportamentos de risco à saúde.

8 REFERÊNCIAS

- 1 Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011. Pessoas e Possibilidades em um mundo de 7 bilhões [Internet]. Divisão de Informações e Relações Externas do UNFPA; 2011 [cited 2015 Oct 24]. Available from: <http://www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB.pdf>
- 2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra e Domicílios. Síntese de Indicadores 2013 - 2a edição [Internet]. 2. ed. IBGE: 2013 [cited 2015 Oct 24]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm
- 3 Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo de Educação Superior 2013. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2013 [cited 2015 Oct 24]. Available from: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/apresentacao/2014/coletiva_censo_superior_2013.pdf
- 4 Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília, DF: SENAD; 2010.
- 5 Faria YO, Gandolfi L, Moura LB. Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário. Acta Paul Enferm. 2014;27(6):591-5.
- 6 Colares V, Franca C da, Gonzales E. Conduas de saúde entre universitários: diferenças entre universitários. Cad Saúde Pública. 2009;25(3):521-8.

- 7 Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, et al. Centers for Disease Control and Prevention. YouthRiskBehavior Estados Unidos 2011. *MMWR Surveill Summ.* 2012;61(4):1-162.
- 8 Gazibara T, Tepavcevic DB, Popovic A, Pekmezovic T. Eating habits and body-weights of students of the University of Belgrade, Serbia: a cross-sectional study. *J Health Popul Nutr.* 2013;31(3):330-3.
- 9 Espinoza-Gomez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez CM, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mex.* 2010;52(3):213-9.
- 10 Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris WA, Lowry R, Olsen EO, McManus T, Chyen D, Whittle L, Taylor E, Demissie Z, Brener N, Thornton J, Moore J, Zaza S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance--United States, 2013. *MMWR Surveill Summ.* 2014;63 Suppl 4:1-168.
- 11 Unión Europea. Direccion Nacional de Estupefacientes (DNE). Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas em la población universitária. Informe Comparativo. Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: Secretaría General de la Comunidad Andina; 2009.
- 12 Fagundes CV. Transição ensino médio–educação superior: qualidade no processo educativo. *Revista Educação por Escrito – PUCRS [Internet].* 2012 [cited 2015 Oct 24];3(1). Available from: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/porescrito/article/viewFile/11212/8108
- 13 Elder, G. H. The Life Course as Developmental Theory . *Child Development*, Vol. 69, No. 1 (Feb., 1998), pp. 1-12. Wiley on behalf of

the Society for Research in Child Development.
<http://www.jstor.org/stable/1132065>

- 14 Shanahan, M.J., Boardman, J.D. Genetics and behavior in the life course – a promising frontier. In: Elder, G.H., Giele, J. Z. The craft of life course research. The Guilford Press, New York, 2009.
- 15 Ramis TR, Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR, Halfal PC. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. Rev Bras Epidemiol. 2012; 15(2):376-85.
- 16 Castiel LD; Guilam, MCR; Ferreira, MCCorrendo o risco uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. (Coleção Temas de Saúde).
- 17 Mendes, F., Lopes, MJ. Vulnerabilidades em saúde: o diagnóstico dos calouros de uma universidade portuguesa. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(1):74-82.
- 18 Levi G, Schmitt JC. História dos Jovens. 1 Da antiguidade à era moderna. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- 19 Ariès P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1978.
- 20 Kett JF. Rites of passage. Adolescence in America: 1790 to the present. New York: Basic; 1977.
- 21 Santrock JW. Adolescência. Rio de Janeiro: LTC; 2001.
- 22 Keniston K. Youth and dissent the rise of a new opposition. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1971.

- 23 Jensen LC. Adolescence: theories, research, applications. USA: West Publishing Company; 1985.
- 24 Muuss RE. Teorias da adolescência. Belo Horizonte: Interlivros; 1976.
- 25 Arnett JJ. Adolescent storm and stress, reconsidered. May 1999. American Psychologist Copyright 1999 by the American Psychological Association, Inc. 0003-066X/99/S2.00 Vol. 54, No. 5, 317-326 http://www.jeffreyarnett.com/articles/Arnett_1999_AmPsy
- 26 Gesell A, Ilg FL, Ames LB. O jovem: dos 10 anos aos 16 anos. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1978.
- 27 Freud S. Volume VII (1901-1905) Fragmento da análise de um caso de Histeria. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1972.
- 28 Erikson EH. Identidade: Juventude e crise. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1972.
- 29 MEAD. M. A jovem de Samoa e seu grupo de idade. In: Sociologia da Juventude III. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1968.
- 30 Feixa C. De jóvenes, bandas y tribos. Antropología de la juventud. Barcelona: Ariel; 1999.
- 31 Hopkins JR. Adolescence the transitoral years. New York: Academic Press; 1983.
- 32 Sprinthall NA, Collins A. Psicologia da Adolescência Uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2003.
- 33 Gérard M. Jeunesse: l'âge des classements [Essai de définition sociologique d'un âge de la vie]. Recherches et prévisions. 1995;40:19-

- 36.
- 34 Spranger E. Psicología de la edad juvenil. Revista de Occidente Argentina; 1949.
- 35 Bourdieu P. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
- 36 Reguillo RC. Emergência de culturas juvenis. Estratégias del desencanto. Bogotá: Cultura Libre; 2000.
- 37 Pais JM. A juventude como fase de vida: dos ritos de passagem aos ritos de impasse. Saúde Soc São Paulo. 2009;18(3):371-81.
- 38 Dayrell J. O jovem como sujeito social. Revista Brasileira de Educação. 2003(24);40-52.
- 39 Mørch S, Andersen H, Jensen TB. Youth and culture in late modern europe. Ethnic minority youth as agents between family and individualization. Open Journal of Social Sciences. 2014 ;2:25-42.
- 40 Groppo LA. Juventude. Ensaio sobre sociologia e história das juventudes modernas. Rio de Janeiro: Difel; 2000.
- 41 Margulis, M. La cultura de la noche. Ed. Biblos, Argentina, 1997.
- 42 Magnami JG, Souza BM. Jovens na metrópole Etnografia de circuitos de lazer, encontro e sociabilidade. São Paulo: Terceiro Nome; 2007.
- 43 Melucci A. Challenging codes – collective action in the information age. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- 44 Keniston K. Social change and youth in América. In: Erikson EH. The challenge of youth. USA: Anchor Books; 1965. p. 191-221.

- 45 Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 24]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm
- 46 World Health Organization (WHO). Young people's health a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and "Health for All by the year 2000". Geneva: WHO; 1986.
- 47 World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cited 2015 Oct 24]. Available from: http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf
- 48 Senado Federal. Atividade Legislativa. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. [cited 2015 Oct 24]. Available from: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_196_.shtm
- 49 Sigerist HE. Medicina y bienestar humano (la) Trad. do inglês: Prof. Vicente P. Quintero. Publicação Buenos Aires: Iman, 1943 ,163 p.
- 50 World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: WHO; 1998.
- 51 Filho NA. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- 52 Añez CR, Reis RS, Petroski EL. Versão Brasileira do Questionário "Estilo de Vida Fantástico": Tradução e Validação para Adultos Jovens. Arq Bras Cardiol. 2008;91(2):102-9.
- 53 Santos JJ, Saracini N, Silva WC, Guilherme JH, Costa TA, Silva MR.

- Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. *ABCS Health Sci.* 2014;39(1):17-23.
- 54 Becker HS. *Outsiders, estudos de sociologia do desvio*. Trad. Maria Luiza X. de Borges, revisão técnica Karina Kuschinit. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.
- 55 Giddens A. *As conseqüências da modernidade* tradução de Raul Fiker. São Paulo: UNESP; 1991.
- 56 Schenker M, Minayo MC. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005;10(3):707-17.
- 57 Barata RB. *Epidemiologia social*. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(1):7-17.
- 58 Susser M, Susser E. Um futuro para a epidemiologia. p. 187- 212 In: Filho NA, Barreto ML, Veras RP, Barata RB (orgs). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1998.
- 59 Entrevista: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres 'Um poderoso intérprete de nós mesmos' *RADIS Comunicação em saúde.* p. 17; Nº 106
• Junho de 2011.
http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/106/radis_106.pdf
- 60 Ayres JR. Desenvolvimento histórico da epidemiologia e do conceito de risco. *Rev Med (São Paulo).* 2009;88(2):71-9.
- 61 World Health Organization (WHO). *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO; 2009.

- 62 Velho G. Desvio e divergência. Uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1985.
- 63 Irwin CE. Adolescent social behavior and health. São Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- 64 Simmons RG. Social transitions and adolescent development. In: Irwin CE. Adolescent social behavior and health. São Francisco: Jossey-Bass; 1987. p. 33-61.
- 65 Baumrind D. A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary América. In: Irwin CE. Adolescent social behavior and health. São Francisco: Jossey-Bass; 1987. p. 93- 125
- 66 Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health*. 1991;12(8):597-605.
- 67 Vazsonyi AT1, Chen P, Jenkins DD, Burcu E, Torrente G, Sheu CJ. Jessor's problem behavior theory: Cross-national evidence from Hungary, the Netherlands, Slovenia, Spain, Switzerland, Taiwan, Turkey, and the United States. *Dev Psychol*. 2010;46(6):1779-91.
- 68 Costa FM, Jessor R, Turbin MS, Dong Qi, Zhang H, Wang C. Adolescent problem behavior in China and the United States: a cross-national study of psychosocial protective factors. *Journal of Research on Adolescence*. 2003;13(3):329-60.
- 69 Donovan JE, Jessor R. Structure of problem behavior in adolescence and Young adulthood. *J Consult Clin Psychol*. 1985;53(6):890-904.
- 70 Korn L, Shaked Y, Fogel-Grinvald H. Problems behaviors among Israeli undergraduate students: applying Jessor's problem behavior theory among young adult students. *Frontiers in Public Health*. 2014;2(273):1-8.

- 71 Costa FM, Jessor R, Turbin MS. College Student involvement in cigarette smoking: the role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Nicotine & Tobacco Research*. 2007;9(2):213-24.
- 72 Costa FM, Jessor R, Turbin MS, Krueger PM. A developmental study of heavy episodic drinking among college students: the role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *J Stud Alcohol*. 2006;67(1):86-94.
- 73 Pereira A, Gomes R, Francisco C, Jardim J, Motta E, Pinto C, et al. Desenvolvimento de competências pessoais e sociais como estratégia de apoio à transição no ensino superior. *Revista de Psicologia* 2008;1: 419-26.
- 74 Santos JJ, Saracini N, Silva WC, Guilherme JH, Costa TA, Silva MR. Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. *ABCS Health Sci*. 2014;39(1):17-23.
- 75 Lemos KM; Neves NMB; Kuwano AY; Tedesqui G; Bitencourt AGV; Neves FBCS; Guimarães AN; Rebello A; Bacellar F; Lima MM. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA) *Rev Psiquiatria Clínica*. 2007;34(3):118-24.
- 76 Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento [Internet]. 2.ed. Brasília: UNFPA; 2010 [cited 2015 Oct 24]. Available from: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_pop_jovem.pdf
- 77 Waiselfisz JJ. Mapa da Violência: Os Jovens do Brasil, 2014 [Internet]. Brasília, DF; 2014 [cited 2015 Nov. 7]. Available from: www.juventude.gov.br/juventudeviva

- 78 Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: effects, progress made and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377(9781):1962-75.
- 79 McCracken M, Jiles R, Blanck HM. Health behaviors of the young adult U.S. population: Behavioral Risk Factor Surveillance System; 2003.
- 80 Santos MV, Pereira DS, Siqueira MM. Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *J Bras Psiquiatr*. 2013;62(1):22-30.
- 81 Ores LC, Quevedo LA, Jansen K, Carvalho AB, Cardoso TA, Souza LD, et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):305-12.
- 82 Labkiak VB, Leite Filho ML. Filho, JSV, Stocco C. Fatores de exposição no trânsito e envolvimento anteriores em acidentes de trânsito entre estudantes universitários de cursos na área da saúde, Ponta Grossa, PR, Brasil. *Saúde Soc*. 2008;17(1):33-43.
- 83 Mascena GV, Cavalcante MS, Marcelino GB, Holanda SA, Brandt CT. Fatores de risco cardiovascular em estudantes da faculdade de ciências médicas de Campina Grande. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2012;45(3):322-8.
- 84 Hingson R, Heeren T, Winter M, Wechsler H. Magnitude of alcohol – related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: changes from 1998 to 2001. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:259-79.
- 85 Barreto SM, Passos VMA, Giatti L. Comportamento saudável entre

- adultos jovens no Brasil. Rev Saúde Pública. 2009;43(Supl 2):9-17.
- 86 World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2014.
- 87 World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2015 Nov 5]. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf
- 88 Malta DC, Iser BP, Sá NN, Yokota RT, Moura L, Claro RM, et al.. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. Cad Saúde Pública. 2013;29(4):812-22.
- 89 Unidade de Pesquisas em Álcool de Drogas (UNIAD); Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. São Paulo: UNIAD/INPAD/UNIFESP; 2014.
- 90 Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas Brasília: SENAD; 2009.
- 91 Andrade AG, Silva LV, Malbergier A, Stempliuk VA. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):280-8.
- 92 Freitas RM, Nascimento DS, Santos OS. Investigação do uso de drogas lícitas e ilícitas entre os universitários de instituições do ensino superior (públicas e privadas) no município de Picos, Piauí. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2012;8(2):79-86.

- 93 Pedrosa AA, Camacho LA, Passos SR, Oliveira RV. Consumo de álcool entre estudantes universitários. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(8):1611-21.
- 94 Prado DS, Azeredo FS, Oliveira TB, Garrote CF. Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estudantes de farmácia da Universidade Federal de Goiás. *Infarma*. 2006;18;11/12.
- 95 Jomar RT, Silva ES. Consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes de Enfermagem. *Chía*. 2013;13(2):226-33.
- 96 Toroyan T, Peden M (eds). *Youth and road safety*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2007.
- 97 Jiménez-Moleón JJ, Lardelli-Claret P. ¿Como puede ayudar la medicina? Epidemia de los accidentes de tráfico. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(5):178-8.
- 98 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mobile device use while driving — United States and Seven European Countries, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013;62(10):177-82.
- 99 World Health Organization (WHO). 2004 World report and road traffic injury prevention. Geneva: WHO; 2004.
- 100 Malta DC, Bernal RT, Silva MM, Claro RM, Silva Jr. JB, Reis AA. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):692-6.
- 101 Popoola SO, Oluwadiya KS, Kortor JN, Denen-Akaa P, Onyemaechi NO. Compliance with seat belt use in makurdi, Nigeria: an observational study. *Ann Med Health Sci Res*. 2013;3(3):427-32.

- 102 Rios PA, Mota EL. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):131-44.
- 103 Ivers R1, Senserrick T, Boufous S, Stevenson M, Chen HY, Woodward M, et al. Novice drivers' risky driving behavior, risk perception, and crash risk: findings from the DRIVE Study. *Am J Public Health*. 2009;99(9):1638-44.
- 104 World Health Organization (WHO). Helmets : a road safety manual for decision-makers and practitioners. Geneva: WHO; 2006.
- 105 Oliveira NL, Sousa RM. Fatores associados ao óbito de motociclistas nas ocorrências de trânsito. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(6):1379-86.
- 106 Oliveira NL, Sousa RM. Ocorrências de transito com motocicleta e sua relação com a mortalidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(2).
- 107 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Helmet use among motorcyclists who died in crashes and economic cost savings associated with state motorcycle helmet laws--United States, 2008-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(23):425-30.
- 108 Brasil. Código de Transito Brasileiro. Código de Transito Brasileiro: instituído pela Lei no 9.503, de 23-9-97. Brasília, DF: DENATRAN, 2008.
- 109 Andrade SM, Soares DA, Braga GP, Moreira JH, Botelho FN. Comportamentos de risco para acidentes de transito: um inquérito entre estudantes de medicina na região Sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(4):439-44.
- 110 Iwamoto HH, Oliveira RC, Barbosa MH, Barichello E. Acidentes de trânsito entre os estudantes de uma universidade pública. *Cien Cuid*

- Saude. 2009;8(4):556-62.
- 111 Léon-Marín L Vizzoto MM. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. Cad Saúde Pública. 2003;19(2):515-23.
 - 112 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
 - 113 Sousa TF, Nahas MV. Prevalência e fatores associados a menores níveis de prática de atividades físicas no lazer em estudantes de uma universidade pública do Estado da Bahia. Revista Brasileira de Atividades Física & Saúde. 2011;16(4):322-8.
 - 114 Fontes AC, Vianna RP. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste – Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2009;12(1):20-9.
 - 115 Ansari WE, Mikolajczyk RT, Maxwell AE. Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. Nutr J. 2009;8:31.
 - 116 Ansari WE, Stock C, Mikolajczyk RT. Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries - A cross-sectional study. Nutr J. 2012;11:28.
 - 117 Yahia N, Achkar A, Abdallah A, Rizk S. Eating habits and obesity among Lebanese university students. Nutr J. 2008;7:32.

- 118 World Health Organization (WHO). Report of the WHO global consultation on violence and health, Geneva, 2–3 December 1996. Geneva: WHO; 1996.
- 119 World Health Organization (WHO). Global status report on violence prevention 2014. Violence – prevention and control. Domestic Violence. Interpersonal Relations. Geneva: WHO; 2014.
- 120 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
- 121 World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
- 122 Castrol ML; Cunha SS; Souza DPO. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra dos Garças, MT Rev Saúde Pública. 2011;45(6):1054-61.
- 123 Tang F, Qin P. Influence of personal social network and coping skills on risk for suicidal ideation in Chinese university students. PLoS One. 2015;10(3):e0121023.
- 124 Souza MS, Baptista AA, Baptista MN. Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. Acta Colombiana de Psicología. 2010;13(1):143-54.
- 125 Franca C, Colares V. Validação do National College Health Risk Behavior Survey para utilização com universitários brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(Supl. 1):1209-15.
- 126 Rilgoni PA, Costa LC, Belem IC, Passos PC, Vieira LF. Orientação de vida e comportamentos de risco para a saúde em universitários: uma análise sob o olhar da psicologia positiva. Re Educ Fis/UEM.

2012;23(3):361-8.

- 127 Imai FI, Coelho IZ, Bastos JL. Consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores associados em amostra representativa de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012: estudo transversal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(3):435-46.
- 128 Costa-Junior JJ, Gomes RI, Sousa VE, Sardinha AH, Viveiros RT. Consumo de álcool entre acadêmico de Educação Física. *Rev Rene*. 2012;13(2):386-95.
- 129 Davoren MP, Shiely F, Byrne M, Perry IJ. Hazardous alcohol consumption among university students in Ireland: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5:e006045.
- 130 Diep PB, Knibbe RA, Giang KB, De Vries N. Alcohol-related harm among university students in Hanoi, Vietnam. *Glob Health Action*. 2013;6:1-10.
- 131 Mikhailovich K, George A, Rickwood D, Parker R. A duty of care: non-drinkers and alcohol related harm among an Australian university sample. *Journal of Higher Education Policy and Management*. 2011;33(6):595-604.
- 132 Tockus D, Gonçalves OS. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(3):184-7.
- 133 Joia LC. Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. *Revista Movimenta*. 2010;3(1)16-23.
- 134 Organização Pan-Americana de Saúde Organização Mundial de Saúde (OPAS). Informe sobre Segurança no transito na região das Américas. Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental. Washington, DC: OPAS;

2015.

- 135 Izaga MA, Pablo AM, Alday LA, Apalauza EP, Beti IS, Ochoa ER. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp.* 2006;21(6):673-9.
- 136 Carolina G, Coelho CG, Giatti L, Maria DC, Molina MD, Nunes MA, et al. Body image and nutritional status are associated with physical activity in men and women: The ELSA-Brasil Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12;6179-96.
- 137 Talaei M, Rabiei K, Talaei Z, Amiri N, Zolfaghari B, Kabiri P, et al. Physical activity, sex, and socioeconomic status: A population based study. *ARYA Atheroscler.* 2013;9(1):51-60.
- 138 Al-Rethaiaa AS, Fahmy AE, Al-Shwaiyat NM. Obesity and eating habits among college students in Saudi Arabia: a cross sectional study. *Nutr J.* 2010;9:39.
- 139 Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(Supl 2):65-73.
- 140 Troncoso CY; Amaya JP. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Rev Chil Nutr.* 2009;36(4).1090-97.
- 141 Schroeter C, House L, Lorence A. Fruit and Vegetable Consumption among College Students in Arkansas and Florida: Food Culture vs. Health Knowledge. *International Food and Agribusiness Management Review.* 2007;10(3).
- 142 Sakamaki R, Amamoto R, Mochida Y, Shinfuki N, Toyama K. A

- comparative study of food habits and body shape perception of university students in Japan and Korea. *Nutr J.* 2005;4:31.
- 143 Ganasegeran K, Al-Dubai SA, Qureshi AM, Al-Abed AA, Am R, Aljunid SM. Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: a cross-sectional study. *Nutr J.* 2012;11:48.
- 144 Matos NG, Caballero MA, Colás, VMC, Maso YS, Román MB. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Rev Med Electron [Internet].* 2015 [cited 2015 Nov. 7];37(1):30-8 Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2015/me151d.pdf>
- 145 Tang F, Qin P. Influence of Personal Social Network and Coping Skills on Risk for Suicidal Ideation in Chinese University Students. *Plos One.* 2015.
- 146 Holguín JA, Rodríguez MJ, Pérez RR, Valdez EA. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud.* 2007;17(1):45-51.
- 147 Kamal AA, Nagy N, Shehad I, Samir I. Health Risk Behaviors Among Students of Private Universities in Egypt. *Current Psychiatry.* 2010;17(1)49-53.
- 148 Parra JA, Hincapié JM, Suicide BL. Links in university female students in colombian universities. *Tesis Psicológica.* 2014;9(1):102-11.

9 ANEXOS

9.1 ANEXO 1 - ARTIGOS PUBLICADOS, EM SUBMISSÃO E COMUNICAÇÕES EM CONGRESSOS

Artigos publicados:

Faria YO, Gandolfi L, Moura LB. Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário. Acta Paul Enferm. 2014; 27(6):591-5. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400096>

Faria YO, Gandolfi L, Moura LB. Juventude, Saúde Coletiva e Políticas Públicas no Brasil: Um estudo do comportamento de risco entre universitários no DF. In: Xavier LO, Ávila CF, Fonseca V (org.). Direitos humanos, cidadania e violência no Brasil: estudos interdisciplinares. Curitiba, PR: CRV; 2016. Volume 4. p. 309-26.

Comunicações em congressos

Faria YO, Gandolfi L, Moura LB. Jovens adultos universitários: prevalência de comportamentos de risco para a saúde em região metropolitana de Brasília-DF (Brasil). Apresentação na modalidade Comunicação Oral Curta. 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Goiânia, Goiás; 2015.

9.2 ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto Pesquisa de Projeto de Doutorado: Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário entre 18-24 anos – Recanto das Emas/DF. O objetivo desta pesquisa é analisar a prevalência dos comportamentos de risco à saúde de jovens universitários em uma instituição de ensino superior localizada numa região do Distrito Federal.

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de um questionário. Garante-se, como pesquisadora, que você não precisará se identificar com o nome. Na pesquisa se está apenas interessado em conhecer as respostas dos jovens universitários entre 18 e 24 anos. E garante-se que é confidencial, pois as respostas dadas no questionário serão individuais e, durante o processo de respostas ao questionário, os jovens universitários não podem conversar. As informações fornecidas pelos participantes serão mantidas em segredo. O questionário terá o acompanhamento e orientação somente da pesquisadora, conduzida de forma ética garantindo a privacidade e proteção dos jovens universitários e, se o jovem universitário se recusar em participar da pesquisa, não implicará em qualquer prejuízo para ele. Mesmo após a assinatura desse termo de consentimento, ele ficará livre para abandonar a pesquisa a qualquer momento, também sem qualquer prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. O tempo estimado para o preenchimento é de aproximadamente 20 minutos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Lenora Gandolfi, na Universidade de Brasília (UnB), telefone: (61) 3307-2134, das 14h às 17h; pesquisadora Yone de Oliveira Faria, (61) 8427-3416.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias. Uma ficará com o pesquisador responsável e a outra, com o sujeito da pesquisa.

Participante da pesquisa (nome/(assinatura)

Pesquisador responsável (nome/assinatura)

Brasília, ____ de _____ de _____

9.3 ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Pesquisa de Projeto de Doutorado: Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário entre 18-24 anos – Recanto das Emas/ DF

Questão 1. Quantos anos você tem?

A. () 18 anos	E. () 22 anos	I. () 35 - 44 anos de idade
B. () 19 anos	F. () 23 anos	J. () 45 – 54 anos de idade
C. () 20 anos	G. () 24 anos	K. () 55 – 64 anos de idade
D. () 21 anos	H. () 25-34 anos	L. () 65 anos de idade ou mais

Questão 2. Qual é o seu sexo?

- A. () Masculino
B. () Feminino

Questão 3. Qual a sua posição na classe?

A. () calouro (1º ano da universidade)	D. () 4º ano da universidade
B. () 2º ano da universidade	E. () Estudante de Pós-Graduação
C. () 3º anos da universidade	F. () Outros

Questão 4. Qual é o seu ano no curso?

A. () 1º ano	E. () 5º ano
B. () 2º ano	F. () 6º ano
C. () 3º ano	G. () 7º ano
D. () 4º ano	H. () 8º ano ou mais

Questão 5. Como você se descreve?

- A. Branco
- B. Preto
- C. Indígena

Questão 6. Você tem qualquer tipo de cobertura de saúde, incluindo seguro de saúde ou plano(s) pré-pago(s):

- A. Sim
- B. Não
- C. Não tenho certeza

Questão 7. Quantas vezes você usa o cinto de segurança ao andar em um carro dirigido por outra pessoa?

- A. Nunca
- B. Raramente
- C. Às vezes
- D. Na maioria das vezes
- E. Sempre

Questão 8. Quantas vezes você usa o cinto de segurança ao dirigir um carro?

- A. Eu não dirijo um carro
- B. Nunca usei cinto de segurança
- C. Raramente uso cinto de segurança
- D. Às vezes uso cinto de segurança
- E. Na maioria das vezes uso cinto de segurança
- F. Uso sempre cinto de segurança

Questão 9. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você andou de motocicleta?

- A. 0 vez

- B. 1 veza 10 vezes
- C. 11 a 20 vezes
- D. 21 a 39 vezes
- E. 40 ou mais vezes

Questão 10. Quando você andou de moto nos últimos 12 meses, quantas vezes você usou capacete?

- A. Eu não andei de moto nos últimos 12 meses
- B. Nunca usei um capacete
- C. Raramente usava um capacete
- D. Às vezes usava um capacete
- E. A maioria do tempo usava capacete
- F. Sempre usava um capacete

Questão 11. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você andou de bicicleta?

- A. 0 vez
- B. 1 vez a 10 vezes
- C. 11 a 20 vezes
- D. 21 a 39 vezes
- E. 40 ou mais vezes

Questão 12. Quando você andou de bicicleta nos últimos 12 meses, quantas vezes você usou capacete?

- A. Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses
- B. Nunca usei um capacete

- C. Raramente usava um capacete
- D. Às vezes, usava um capacete
- E. A maioria do tempo, usava capacete
- F. Sempre usava um capacete

Questão 13. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você andou de barco ou nadando?

- A. 0 vez
- B. 1 vez a 10 vezes
- C. 11 a 20 vezes
- D. 21 a 39 vezes
- E. 40 ou mais vezes

Questão 14. Quando você foi de barco ou nadando durante os últimos 12 meses, quantas vezes você bebeu álcool?

- A. Eu não fui de barco, nem nadei, nos últimos 12 meses
- B. Nunca bebeu álcool
- C. Raramente bebia álcool
- D. Às vezes bebia álcool
- E. Na maioria das vezes bebia álcool
- F. Sempre bebia álcool

Questão 15. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você andou em um carro ou em outro veículo dirigido após alguém ter ingerido bebida alcoólica?

- A. 0 vez
- B. 1 vez
- C. 2 ou 3 vezes
- D. 4 ou 5 vezes

E. () 6 ou mais vezes

Questão 16. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você dirigiu um carro ou outro veículo após ter ingerido bebida alcoólica?

A. () 0 vez

B. () 1 vez

C. () 2 ou 3 vezes

D. () 4 ou 5 vezes

E. () 6 ou mais vezes

Questão 17. Durante os últimos dias, em quantos dias você carregou uma arma, tais como uma arma de fogo, faca na sua escola ou no clube? Não conta carregando uma arma como parte do seu trabalho. Exemplo: policial.

A. () 0 vez

B. () 1 vez

C. () 2 ou 3 vezes

D. () 4 ou 5 vezes

E. () 6 ou mais vezes

Questão 18. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você participou em uma luta física?

A. () 0 vez

B. () 1 vez

C. () 2 ou 3 vezes

D. () 4 ou 5 vezes

E. () 6 ou 7 vezes

F. () 8 ou 9 vezes

G. () 10 ou 11 vezes

H. 12 ou mais vezes

Questão 19. Durante os últimos 12 meses, com quem você lutou?

- A. Um total estranho
- B. Um amigo ou alguém que eu conheço
- C. Um namorado(a), ou noivo(a)
- D. Meu cônjuge ou companheiro(a)
- E. O pai, o irmão, a irmã, ou outro membro da família
- F. Outros

Questão 20. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você estava em uma briga física na qual você foi ferido e teve que ser tratado por um médico ou enfermeiro?

- A. 0 vez
- B. 1 vez
- C. 2 ou 3 vezes
- D. 4 ou 5 vezes
- E. 6 ou mais vezes

Questão 21. Durante os últimos 12 meses, você já considerou seriamente tentar o suicídio?

- A. Sim
- B. Não

Questão 22. Durante os últimos 12 meses, você fez um plano que como tentaria um suicídio?

- A. Sim
- B. Não

Questão 23. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você realmente tentou se suicidar?

- A. 0 vez
- B. 1 vez
- C. 2 ou 3 vezes
- D. 4 ou 5 vezes
- E. 6 ou mais vezes

Questão 24. Se você tentou suicídio durante os últimos 12 meses, fez qualquer tentativa resultar em uma lesão, envenenamento ou overdose que teve ser tratado por um médico ou um enfermeiro?

- A Eu não tentei suicídio nos últimos 12 meses
- B. Sim
- C. Não

Questão 25 Você já experimentou cigarros, mesmo sendo uma ou duas baforadas?

- A. Sim
- B. Não

Questão 26. Quantos anos você tinha quando fumou um cigarro inteiro, pela primeira vez?

- A. 12 anos de idade ou mais jovem
- B. 13 ou 14 anos de idade
- C. 15 ou 16 anos de idade
- D. 17 ou 18 anos de idade
- E. 19 ou 20 anos de idade
- F. 21 a 24 anos de idade
- G. 25 anos de idade ou mais

Questão 27. Durante os últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros?

- A. 0 dia
- B. 1 dia ou 2 dias
- C. 3 a 5 dias
- D. 6 a 9 dias
- E. 10 a 19 dias
- F. 20 a 29 dias
- G. Todos os 30 dias

Questão 28. Durante os últimos 30 dias, nos dias em que você fumou, quantos cigarros você fumou por dia?

- A. Eu não fumei cigarros nos últimos 30 dias
- B. Menos de 1 cigarro por dia
- C. 1 cigarro por dia
- D. 2 a 5 cigarros por dia
- E. 6 a 10 cigarros por dia
- F. 11 a 20 cigarros por dia
- G. Mais de 20 cigarros por dia

Questão 29. Você já fumou regularmente, isto é, pelo menos um cigarro por dia durante 30 dias?

- A. Sim
- B. Não

Questão 30. Quantos anos você tinha quando você começou a fumar cigarros regularmente (pelo menos 1 cigarro por dia, durante 30 dias)?

- A. Eu nunca tinha fumado cigarros regularmente

- B. 12 anos de idade ou mais jovem
- C. 13 ou 14 anos de idade
- D. 15 ou 16 anos de idade
- E. 17 ou 18 anos de idade
- F. 19 ou 20 anos de idade
- G. 21 a 24 anos de idade
- H. 25 anos de idade ou mais

Questão 31. Alguma vez você já tentou parar de fumar cigarros?

- A. Sim
- B. Não

Questão 32. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fez uso de algum tabaco de mascar ou rapé?

- A. 0 dia
- B. 1 dia ou 2 dias
- C. 3 a 5 dias
- D. 6 a 9 dias
- E. 10 a 19 dias
- F. 20 a 29 dias
- G. Todos os 30 dias

Questão 33. Quantos anos você tinha quando você começou a fumar cigarros regularmente (pelo menos 1 cigarro por dia, durante 30 dias)?

- A. Eu nunca tinha fumado cigarros regularmente
- B. 12 anos de idade ou mais jovem
- C. 13 ou 14 anos de idade
- D. 15 ou 16 anos de idade

- E. 17 ou 18 anos de idade
- F. 19 ou 20 anos de idade
- G. 21 a 24 anos de idade
- H. 25 anos de idade ou mais

Questão 34 Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você bebeu pelo menos um copo de bebida alcoólica?

- A. 0 dia
- B. 1 dia ou 2 dias
- C. 3 a 5 dias
- D. 6 a 9 dias
- E. 10 a 19 dias
- F. 20 a 29 dias
- G. Todos os 30 dias

Questão 35. Durante os últimos 30 dias, quantos dias você bebeu cinco ou mais bebidas, entre 2 horas?

- A. 0 dia
- B. 1 dia
- C. 2 dias
- D. 3 a 5 dias
- E. 6 a 9 dias
- F. 10 a 19 dias
- G. 20 ou mais dias

Questão 36. Durante a sua vida, quantas vezes você já usou maconha?

- A. 0 vez
- B. 1 vez ou 2 vezes

- C. () 3 a 9 vezes
- D. () 10 a 19 vezes
- E. () 20 a 39 vezes
- F. () 40 a 99 vezes
- G. () 100 ou mais vezes

Questão 37. Quantos anos você tinha quando experimentou a maconha pela primeira vez?

- A. () Eu nunca experimentei maconha
- B. () 12 anos de idade ou mais jovem
- C. () 13 ou 14 anos de idade
- D. () 15 ou 16 anos de idade
- E. () 17 ou 18 anos de idade
- F. () 19 ou 20 anos de idade
- G. () 21 a 24 anos de idade
- H. () 25 anos de idade ou mais

Questão 38. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?

- A. () 0 vez
- B. () 1 vez ou 2 vezes
- C. () 3 a 9 vezes
- D. () 10 a 19 vezes
- E. () 20 a 39 vezes
- F. () 40 ou mais vezes

Questão 39. Durante sua vida, quantas vezes você usou cocaína/*crack*?

- A. () 0 vez

- B. 1 vez ou 2 vezes
- C. 3 a 9 vezes
- D. 10 a 19 vezes
- E. 20 a 39 vezes
- F. 40 a 99 vezes
- G. 100 ou mais vezes

Questão 40. Quantos anos você tinha quando usou cocaína/*crack*, pela primeira vez?

- A. Eu nunca experimentei maconha
- B. 12 anos de idade ou mais jovem
- C. 13 ou 14 anos de idade
- D. 15 ou 16 anos de idade
- E. 17 ou 18 anos de idade
- F. 19 ou 20 anos de idade
- G. 21 a 24 anos de idade
- H. 25 anos de idade ou mais

Questão 41. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou qualquer forma de cocaína/*crack*?

- A. 0 vez
- B. 1 vez ou 2 vezes
- C. 3 a 9 vezes
- D. 10 a 19 vezes
- E. 20 a 39 vezes
- F. 40 ou mais vezes

Questão 42. Durante sua vida, quantas vezes você cheirou cola, ou soprou o

conteúdo de latas de *spray* aerosol, inalada ou qualquer tinta ou *spray* para ficar alto?

- A. () 0 vez
- B. () 1 vez ou 2 vezes
- C. () 3 a 9 vezes
- D. () 10 a 19 vezes
- E. () 20 a 39 vezes
- F. () 40 ou mais vezes
- G. () 100 ou mais vezes

Questão 43. Durante a sua vida, quantas vezes você tomou pílulas de esteroides ou medicamentos sem receita médica?

- A. () 0 vez
- B. () 1 vez ou 2 vezes
- C. () 3 a 9 vezes
- D. () 10 a 19 vezes
- E. () 20 a 39 vezes
- F. () 40 ou mais vezes
- G. () 100 ou mais vezes

Questão 44. Durante a sua vida, quantas vezes você usou qualquer tipo de substância entorpecente?

- A. () 0 vez
- B. () 1 vez ou 2 vezes
- C. () 3 a 9 vezes
- D. () 10 a 19 vezes
- E. () 20 a 39 vezes
- F. () 40 ou mais vezes

G. 100 ou mais vezes

Questão 45. Durante os últimos dias, quantas vezes você usou qualquer substância entorpecente em combinação com o consumo de álcool?

A. 0 vez

B. 1 vez ou 2 vezes

C. 3 a 9 vezes

D. 10 a 19 vezes

E. 20 a 39 vezes

F. 40 ou mais vezes

Questão 46. Durante a sua vida, quantas vezes você usou agulha para injetar qualquer substância entorpecente em seu corpo?

A. 0 vez

B. 1 vez

C. 2 vezes ou mais

Questão 47. Como você descreveria o seu peso?

A. Muito abaixo do peso

B. Ligeiramente abaixo do peso

C. Sobre o peso certo

D. Ligeiramente acima do peso

E. Muito acima do peso

Questão 48. Qual dos seguintes explica o que você está tentando fazer com o seu peso?

A. Perder peso

B. Ganhar peso

- C. Ficar com o mesmo peso
- D. Eu não estou tentando fazer alguma coisa com o meu peso

Questão 49. Durante os últimos 30 dias, você fez dieta para manter o peso ou manter-se de ganhar peso?

- A. Sim
- B. Não

Questão 50. Durante os últimos 30 dias, você fez exercício para perder peso ou manter-se de ganhar peso?

- A. Sim
- B. Não

Questão 51. Durante os últimos 30 dias, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou manter-se de ganhar peso?

- A. Sim
- B. Não

Questão 52. Durante os últimos 30 dias, você tomou pílulas de dieta para perder peso ou manter-se de ganhar peso?

- A. Sim
- B. Não

Questão 53. Qual é a sua altura? (em centímetros): _____

Questão 54. Qual é o seu peso? (em quilogramas): _____

Questão 55. Ontem, quantas vezes você comeu frutas e/ou tomou suco de frutas?

- A. 0 vez

- B. 1 vez
- C. 2 vezes
- D. 3 vezes ou mais

Questão 56. Ontem, quantas vezes você comeu salada verde?

- A. 0 vez
- B. 1 vez
- C. 2 vezes
- D. 3 vezes ou mais

Questão 57. Ontem, quantas vezes você comeu legumes cozidos?

- A. 0 vez
- B. 1 vez
- C. 2 vezes
- D. 3 vezes ou mais

Questão 58. Ontem, quantas vezes você comeu hambúrguer, cachorro-quente e salsicha?

- A. 0 vez
- B. 1 vez
- C. 2 vezes
- D. 3 vezes ou mais

Questão 59. Ontem, quantas vezes você comeu batata frita?

- A. 0 vez
- B. 1 vez
- C. 2 vezes

D. 3 vezes ou mais

Questão 60. Ontem, quantas vezes você comeu biscoitos recheados, torta ou bolo?

A. 0 vez

B. 1 vez

C. 2 vezes

D. 3 vezes ou mais

Questão 61. Nos últimos 7 dias, quantos dias você exercitou ou participou de atividades esportivas, pelo menos 20 minutos, que fez você suar e respirar com dificuldade como basquete, corrida, natação, tênis, ciclismo rápido ou atividade aeróbicas similares?

A. 0 dia

B. 1 dia

C. 2 dias

D. 3 dias

E. 4 dias

F. 5 dias

G. 6 dias

H. 7 dias

Questão 62. Nos últimos 7 dias, quantos dias você fez exercícios de alongamento, como tocar o joelho com o dedo de pé, dobrar ou esticar as pernas?

A. 0 dia

B. 1 dia

C. 2 dias

D. 3 dias

- E. 4 dias
- F. 5 dias
- G. 6 dias
- H. 7 dias

Questão 63. Nos últimos 7 dias, quantos dias você caminhou ou andou de bicicleta por pelo menos 30 minutos a uma hora? (incluir a pé ou de bicicleta; de classe ou de trabalho).

- A. 0 dia
- B. 1 dia
- C. 2 dias
- D. 3 dias
- E. 4 dias
- F. 5 dias
- G. 6 dias
- H. 7 dias

Questão 64. Alguma vez você foi ensinado sobre AIDS ou infecção pelo HIV em suas aulas da faculdade?

- A. Sim
- B. Não
- C. Não tenho certeza

Questão 65. Durante esse ano letivo, onde no *campus* de sua faculdade você recebeu informações sobre Aids ou HIV?

- A. Aulas da faculdade
- B. Residência ou moradia do campus
- C. Clubes de estudantes ou organizações

- D. () Estudante do centro de saúde
- E. () Feira de Saúde
- F. () Panfletos ou *folders*
- G. () Jornais universitários
- H. () Discussão informal entre os amigos
- I. () Outros
- J. () Não recebi qualquer informação

Questão 66. Em qual dos seguintes temas de saúde, você já recebeu informações de sua faculdade ou universidade?

- A. () Prevenção ao uso de tabaco
- B. () Álcool e prevenção ao uso de outras drogas
- C. () Prevenção da violência
- D. () Prevenção de lesões e segurança
- E. () Prevenção do suicídio
- F. () Prevenção da gravidez
- G. () Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS ou HIV
- H. () Comportamentos de alimentação e nutrição
- I. () Atividade e aptidão física
- J. () Prevenção do uso de tabaco