

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA
SAÚDE

VIVIANI BETIATI

**ESTILO DE VIDA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E
AUTOMEDICAÇÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

MARINGÁ

2018

VIVIANI BETIATI

**ESTILO DE VIDA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO, E
AUTOMEDICAÇÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR) como requisito à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Educação e Tecnologias na Promoção da Saúde

Orientadora: Dra. Fernanda S. Nishida

Coorientador: Dra. Tânia Maria G. da Silva

MARINGÁ

2018

B563e Betiati, Viviani.
 Estilo de vida, ansiedade, depressão e automedicação em estudantes universitários: prevalência e fatores associados / Viviani Betiati. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2018.
 108 f. ; 30 cm.

 Orientadora: Fernanda Nishida.
 Coorientadora: Tânia Maria Gomes da Silva.
 Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018.

 1. Transtornos mentais. 2. Estudantes. 3. Promoção da saúde. I. Título.

CDD – 614.1

VIVIANI BETIATI

Estilo de vida, ansiedade, depressão e automedicação em estudantes universitários: prevalência e fatores associados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof.^a Dr.^a Fernanda S. Nishida
Centro Universitário de Maringá (Presidente)

Prof.^a Dr.^a Cláudia Regina M. A. Araújo
Universidade Estadual de Maringá

Prof.^a Dr.^a Regiane Macuch
Centro Universitário de Maringá
Aprovada em: 28 de fevereiro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que de alguma forma
contribuíram para sua realização.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

Ao Centro Universitário de Maringá por ter me possibilitado desenvolver este trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde/ UniCesumar pelos valiosos ensinamentos.

Aos amigos do Mestrado em Promoção da Saúde pela amizade, apoio e demonstração de companheirismo.

Aos amigos e familiares que estiveram sempre ao meu lado demonstrando carinho.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

“É melhor atirar-se à luta em busca de dias melhores, mesmo correndo o risco de perder tudo, do que permanecer estático como os pobres de espírito, que não lutam, mas também não vencem; que não conhecem a dor da derrota, mas não têm a glória de ressurgir dos escombros. Esses pobres de espírito, ao final da jornada na Terra, não agradecem a Deus por terem vivido, mas desculpam-se ante Ele por terem simplesmente passado pela vida.”

Robert Nesta Marley

Estilo de vida, ansiedade, depressão e automedicação em estudantes universitários: prevalência e fatores associados

RESUMO

O estilo de vida associado a fatores de risco tem aumentado substancialmente o desenvolvimento e agravamento das doenças crônico-degenerativas em estudantes universitários no Brasil. O objetivo do estudo foi analisar o estilo de vida, a presença da ansiedade, depressão e a prevalência da automedicação em estudantes de medicina. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório, que abrangeu todos os 835 estudantes do primeiro ao sexto ano do curso de medicina de uma faculdade na cidade de Maringá-PR. Foram excluídos alunos menores de 18 anos e aqueles que não estiveram presente no dia da coleta. No total, 581 estudantes tiveram seus dados coletados. Para obtenção dos dados, foi utilizado o Questionário de Estilo de Vida Fantástico, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI); para a automedicação, foi utilizado um questionário semiestruturado. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (R Development Core Team), versão 3.3.1. O teste t de Student, o teste Fisher e Qui-quadrado foram utilizados para analisar as associações. O valor de $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo. Foi utilizada regressão logística múltipla para calcular a Odds Ratio ajustada, assim como seus respectivos intervalos de confiança de 95% por meio da regressão logística univariada. As características sociodemográficas mostram que 65,34% dos estudantes estão na faixa etária de 20 a 24 anos, 58,75% são do sexo feminino e 95,32% são solteiros. Na classificação do estilo de vida dos estudantes, 84,61% foram classificados como “excelente”, “muito bom” ou “bom” e apenas 0,24% “precisa melhorar”. A ocorrência de automedicação foi de 95,87%. A presença de ansiedade, variando de leve, moderada ou severa, foi de 25%, 10% e 6%, respectivamente, enquanto da depressão foi de 28%, 11% e 3%, respectivamente. As correlações do hábito de fumar, do uso de drogas, como a maconha e a cocaína, e o hábito de beber bebidas alcoólicas nas análises multivariadas em relação à ansiedade e à depressão não apresentaram significância. A regressão logística múltipla mostrou associações significativas entre insatisfação, abuso de medicamentos e estar na sexta série do curso com ansiedade e insatisfação; morar em pensionato/república e ser do sexo feminino com depressão. Conscientes de que são muitas as variáveis intervenientes na qualidade da transição, da adaptação e da permanência dos estudantes na universidade, é preciso não se descuidar da infraestrutura de apoio aos alunos propiciando o envolvimento destes não apenas em projetos e atividades de estágio ou práticas pedagógicas, mas também em atividades multivariadas voltadas à qualidade de vida desses universitários.

Palavras-chave: Transtornos Mentais. Estudantes. Epidemiologia. Promoção da Saúde.

Lifestyle, anxiety, depression and self-medication in university students: prevalence and associated factors

ABSTRACT

The lifestyle associated with risk factors has considerably increased the development and worsening of chronic-degenerative diseases in university students in Brazil. This study was aimed to analyze the lifestyle, the presence of anxiety and depression, besides the prevalence of self-medication in medical students. It is a cross-sectional, descriptive and exploratory study that included all the 835 students from the first to sixth year of the medical course at a university in the city of Maringá-PR. We excluded students younger than 18 years old and those who were not present on the day of collection. In total, 581 students had their data collected. In order to obtain the data, we used the Fantastic Lifestyle Questionnaire, the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI); moreover, we used a semi-structured questionnaire for self-medication. All analyzes were conducted with the help of the R statistical environment (R Development Core Team), version 3.3.1. The Student's t-test, the Fisher test and the Chi-square test were used to analyze the associations. The value of $p < 0.05$ was considered as statistically significant. We used multiple logistic regressions to calculate the adjusted Odds Ratio, as well as their respective 95% confidence intervals through univariate logistic regression. The sociodemographic characteristics show that 65.34% of the students are in the age group from 20 to 24 years, 58.75% are women and 95.32% are single. Regarding the classification of the students' lifestyle, 84.61% were classified as "excellent", "very good" or "good" and only 0.24% "needs to improve". The occurrence of self-medication was 95.87%. The presence of anxiety, ranging from mild, moderate or severe, was 25%, 10% and 6%, respectively, whilst depression reached 28%, 11% and 3%, respectively. The correlations of smoking habit, drug use, such as marijuana and cocaine, and alcohol consumption in the multivariate analyzes in relation to anxiety and depression did not show significance. The multiple logistic regressions showed significant associations between dissatisfaction, drug abuse, and the fact of being in the sixth grade of the course with anxiety and dissatisfaction; living in a boarding house/residence and being female with depression. Aware that there are many variables involved in the quality of transition, adaptation and permanence of students in the university, we should not neglect the infrastructure to support students by encouraging their involvement not only in traineeship activities and projects or teaching practices, but also in multivariate activities focused on the quality of life of these university students.

Keywords: Mental Disorders. Students. Epidemiology. Health Promotion.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição de frequências das características socioeconômicas dos participantes da pesquisa

TABELA 2 - Distribuição de frequências das variáveis relativas à ocorrência de automedicação dos participantes da pesquisa

TABELA 3 - Distribuição de frequências das variáveis relativas à ocorrência de estilo de vida dos participantes da pesquisa

TABELA 4 - Análise univariada da ansiedade em função de fatores em estudo e resultado do teste de associação qui-quadrado

TABELA 5 - Análise multivariada da ansiedade em função de fatores em estudo

TABELA 6 - Análise univariada da depressão em função de fatores em estudo e resultado do teste de associação qui-quadrado

TABELA 7 - Análise multivariada da depressão em função de fatores em estudo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição de frequências da classificação de ansiedade do instrumento BAI, obtida pelos participantes da pesquisa

FIGURA 2 - Distribuição de frequências da classificação de depressão do instrumento BDI, obtida pelos participantes da pesquisa

FIGURA 3 – Distribuição de frequências da classificação de ansiedade do instrumento BAI, de acordo com a classificação de depressão do instrumento BDI, obtidas pelos participantes da pesquisa, por série do curso

FIGURA 4 - Distribuição de frequências da classificação de ansiedade do instrumento BAI, de acordo com a classificação de depressão do instrumento BDI, obtidas pelos participantes da pesquisa

FIGURA 5 - Distribuição de frequências da classificação de qualidade de vida do instrumento EVF, obtida pelos participantes da pesquisa

FIGURA 6 - Curva ROC e curva TG-ROC do modelo de regressão logística multivariado para a ansiedade

FIGURA 7 - Curva ROC e curva TGROC do modelo de regressão logística multivariado para a depressão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Família e escola: da formação humana à construção do sujeito social.....	17
2.2 Transição acadêmica: saída do nível médio e entrada na faculdade.....	20
2.3 Estilo de vida dos novos universitários.....	23
2.4 Ansiedade e depressão em alunos universitários.....	28
2.5 Determinantes sociais de saúde.....	30
2.7 Comportamento de risco à saúde.....	32
2.7 Consumo de álcool, tabaco, drogas e automedicação entre universitários.....	36
3 OBJETIVO.....	39
3.1 Objetivo geral.....	39
3.2 Objetivos específicos.....	39
4 MÉTODOS.....	40
4.1 Variáveis do estudo.....	42
4.1.1 Variáveis sociodemográficas.....	42
4.1.2 Variáveis relativas ao estilo de vida.....	44
4.1.3 Variáveis relativas à ocorrência de automedicação.....	45
4.2 Análise.....	45
4.3 Aspectos éticos.....	47
5 RESULTADOS.....	47
5.1 Características sociodemográficas.....	47
5.2 Características da automedicação.....	49
5.3 Características do estilo de vida.....	52
5.4 Classificação do grau de ansiedade e depressão pelos instrumentos BAI e BDI.....	57
5.5 Caracterização de acordo com o grau de Ansiedade.....	61
5.6 Caracterização de acordo com o grau de Depressão.....	66
6 DISCUSSÃO.....	72
7 CONCLUSÃO.....	82
8 REFERÊNCIAS.....	83

9 ANEXOS.....	96
9.1 Anexo A.....	97
9.2 Anexo B.....	98
9.3 Anexo C.....	99
10 APÊNDICES.....	101
10.1 Apêndice A.....
10.2 Apêndice B.....
10.3 Apêndice C.....
10.4 Apêndice D.....

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde, em 2008, estimou cerca de 36 milhões de mortes globais (63%) por doenças crônicas não transmissíveis (WHO 2011; WHO 2014). No Brasil, essas doenças constituem um problema de saúde de grande magnitude, sendo responsáveis por 72% das mortes (MALTA et al., 2014). Segundo a OMS, doenças crônicas não transmissíveis têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade geral (WHO, 2011; WHO 2014).

A falta de atividade física associada a dietas inadequadas, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo e o uso de outras drogas são determinantes na ocorrência e progressão das doenças crônicas não transmissíveis. Estudo realizado com estudantes universitários de cursos da área da saúde verificou prevalência de sobrepeso entre os estudantes, bem como estilo de vida não saudável (PAIXÃO et al., 2010), visto que estes são um grupo vulnerável a cair em hábitos não saudáveis influenciados por diferentes fatores, como horários escolares, mobilidade estudantil, *status* socioeconômico, influência da sociedade e mídia e atividades da vida diária (RAMÍREZ et al., 2016).

Arelado a essa vulnerabilidade alimentar, Matsudo et al, (2002) aponta a inatividade física como outro fator capaz de aumentar o risco individual de desenvolvimento de enfermidades. Assim, a prática de atividade física e o consumo de alimentos de maneira adequada protegem o organismo de disfunções em seu funcionamento. Dessa forma, mudanças de comportamento antecipadas devem ser adotadas como medida preventiva (MELLO et al., 2015).

Entre os comportamentos prejudiciais à saúde, destaca-se também o consumo de álcool. Cooper (1994) esclarece que há muito tempo que o uso de álcool é um comportamento complexo que ocorre em resposta a uma ampla gama de antecedentes contextuais e psicológicos, motivações estas que podem ser geradas internamente ou externamente (PUGACH, 2017). A Organização Mundial da Saúde classifica o uso abusivo de álcool como o quinto maior fator de risco para deficiências e morte prematura. Para as idades entre 15 e 49 anos, o abuso de álcool está em primeiro lugar. Ademais, entre as idades de 20 a 39 anos, aproximadamente 25% das mortes globais totais são atribuíveis ou parcialmente atribuíveis ao uso do álcool (WHO, 2015).

Além disso, o tabagismo também é considerado outro importante fator de risco para doenças e agravos não transmissíveis (MENEZES et al., 2004), sendo amplamente consumido por estudantes universitários (MONTEIRO et al., 2017).

O consumo de tabaco é responsável por cerca de seis milhões de mortes por ano no mundo e a previsão é de que, persistindo o atual modelo de consumo, em 2030, serão oito milhões de mortes ao ano (WHO 2008). Além disso, 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes, elevando também o risco de desenvolverem a tuberculose (WHO 2008).

Em 2011, o tabagismo foi fator causal de 14.072 óbitos no Brasil, ou seja, 14,7% do total de óbitos ocorridos no país (WHO, 2015). Outro aspecto relevante no meio acadêmico da área da saúde é referente ao consumo de medicamentos sem prescrição médica, ou seja, a automedicação. Sheena et al (2017) aponta que a automedicação envolve o uso de produtos médicos pelos indivíduos para tratar distúrbios ou sintomas autorreconhecidos, intermitente ou contínuo de uma medicação prescrita pelo médico para doença ou sintomas crônicos ou recorrentes.

A automedicação aumenta as chances de dependência de drogas juntamente com um mascaramento dos sinais e sintomas da doença subjacente, resultando em complicações, criando resistência aos medicamentos (DILLIE et al., 2017) e atrasando o diagnóstico (WHO 2000), podendo levar a desperdícios e aumento das morbidades (DILLIE et al., 2017).

A automedicação é amplamente praticada em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, a prevalência é maior nos países de baixa e média renda por causa da falta de regulação na prescrição, alta despesa dos médicos e ignorância da gravidade das doenças (SHEENA et al., 2017).

Considerando as situações próprias da adolescência e do adulto jovem, com significativas instabilidades biopsicossociais, o meio universitário proporciona novas relações sociais e adoção de novos comportamentos, tornando os indivíduos vulneráveis às condutas de risco à saúde (VIEIRA et al., 2002).

Se esses novos contextos de vida forem vistos pelo jovem adulto como significativos estimulantes e desafiantes, então potencializarão um harmonioso desenvolvimento psicossocial. Se, pelo contrário, forem sentidos e vividos de modo negativo poderão constituir-se como fatores de inadaptação ou desajustamento (SILVA, 2003). Assim sendo, para Guerra et al. (2002), os problemas mais frequentes na

população universitária são a ansiedade, o estresse, a solidão e os problemas econômicos.

Estima-se que 15-25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante sua formação acadêmica (ADEWUIA et al., 2006). A prevalência do nível moderado a extremamente grave de depressão, ansiedade e estresse entre estudantes de graduação na Malásia variou de 13,9% a 29,3%, 51,5% a 55,0% e 12,9% a 21,6%, respectivamente. Os estudantes de Medicina demonstraram estar mais inclinados a distúrbios emocionais, especialmente estresse e depressão, em comparação aos seus colegas não médicos (TEH, et al., 2015).

O consumo de substâncias psicoativas legais e ilegais é mais frequente entre os universitários do que na população em geral, e grande parcela desses estudantes está exposta ao consumo concomitante de múltiplas substâncias psicoativas (BARRETO et al., 2012). Vieira e Coutinho (2009), em seu estudo com estudantes universitários, revelou que 24% já procuraram ajuda psicológica, além disso, estima-se que entre 10 e 20% dos estudantes das universidades federais estejam em processo agudo de crise, o que requer apoio psicológico imediato.

Sendo assim, deve-se considerar as mudanças nos padrões na sociedade, relativos à alimentação, prática de atividade física e estilos de vida, bem como a possível vulnerabilidade dos jovens universitários a transtornos comuns na atual sociedade, como a ansiedade e a depressão, devido às diversas e rápidas mudanças às quais têm de se adaptar e se ajustar. É preciso considerar também a influência da área de formação na prática da automedicação, tendo em vista que o risco dessa prática está correlacionado com a informação dos usuários sobre os medicamentos, bem como a acessibilidade ao sistema de saúde.

Os estudantes, em especial os universitários, sempre foram e são, ainda, considerados colaboradores da ciência, participando e contribuindo em várias pesquisas, nas mais diferentes áreas e atividades humanas, tanto como participantes, opinando acerca dos mais variados objetos sociais, quanto alvo, ele próprio, de investigação. Recentemente, porém, os universitários têm despertado outro tipo de interesse nos pesquisadores, no que diz respeito à saúde e à qualidade de vida dessa população (VIEIRA; COUTINHO, 2008), e como seus hábitos e estilo de vida estão contribuindo para o surgimento de patologias de ordem psiquiátrica de grande importância e relevância clínica, despertando, inclusive, preocupações das autoridades acadêmicas.

O estudo abrangeu os estudantes do curso de Medicina, do primeiro ao sexto ano, visto que estes como futuros profissionais poderão contribuir com a melhoria da sociedade, sendo necessário, então, identificar lacunas e falhas onde possam ser realizadas intervenções e para que sejam desenvolvidas ações de promoção da saúde nesse grupo. Portanto, justifica-se a realização desde estudo, considerando a relevância do tema estilo de vida dos jovens universitários, bem como conhecer os hábitos e fatores que possam contribuir negativamente para a sua saúde, tendo em vista que esses jovens serão agentes disseminadores de comportamentos mais saudáveis.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Família e escola: da formação humana à construção do sujeito social

O homem está sempre em processo de formação e construção de seu eu, não apenas em relação à sua individualidade, mas também quanto a sua capacidade de relacionar e socializar-se com outros. Essa formação e construção percorrem diversos caminhos que necessariamente passam pelo crivo tanto da família quanto da escola. No entanto, quando não ocorrem de forma harmoniosa, podem surgir distúrbios comportamentais (COMIN, 2010, p. 2) e sociais, ocasionando falhas na construção da subjetividade e por consequência na aquisição do conhecimento, que afetam não apenas sua autoestima, mas também como este é percebido pela sociedade onde está inserido.

Contudo, quando ocorrem equilibradamente, as transformações são nítidas e repercutem tanto no indivíduo quanto na sociedade, pois teremos um ambiente harmônico, urbano e respeitoso entre ambos. Porquanto, tanto um como outro compartilham funções sociais, políticas e educacionais, na medida em que contribuem e influenciam na e para a formação do homem enquanto ser sociável e usufrutuário de direitos e deveres que os fazem e os tornam iguais entre seus pares (SANTOS; TONIOSSO, 2014), formando uma sociedade na qual os indivíduos participam e exercitam sua cidadania de forma construtiva e plena.

Trata-se, portanto, de um estágio de intensa procura pelo *self* psicológico, pela identidade de gênero e identidade sexual, além da busca pelo lugar de singularidade no mundo. Assim, existe uma necessidade de busca da autoafirmação e independência dos pais, o que, muitas vezes, torna os jovens vulneráveis, à medida que questionam ordens e experimentam novas situações sem receberem orientações devidas. Nessa perspectiva, fatores neurológicos justificam comportamentos impulsivos, além das mudanças

vivenciadas nesse período, principalmente as relacionadas aos órgãos reprodutores e os seus desdobramentos (FREITAS; MARBACK 2018, p. 235).

A família, por outro lado, tem sido a matriz mais poderosa para o desenvolvimento da personalidade e do caráter dos indivíduos (CASARIN, 2007; FERNANDES, 2018). Assim sendo, ela se torna não apenas a primeira mediadora, mas a mais importante, entre o indivíduo em construção, a sociedade e sua cultura, e o meio onde ele está inserido, gerando modelos de relações interpessoais e de construção individual e coletiva.

Na escola, é onde o homem em construção se instrumentaliza e desenvolve habilidades, capacidades e competências inerentes à própria condição humana, especialmente a individual, social e urbana, quer por motivações intrínsecas ou extrínsecas, absorvendo e compartilhando informações que servem e atuam como suporte para novas relações, podendo despertar processos internos e externos que contribuem tanto para o ajuste social, como também para o seu desajuste.

Dessa forma, Libâneo (2004) aponta que a escola e a família compõem um binômio repleto de significados, não apenas na divisão de responsabilidades, mas na transferência do saber culturalmente organizado, como participante ativo do processo de adaptação do ser em seu ambiente (PEREIRA, 2010; ASSIS; LIMA, 2011; LOPES et al., 2015). Sendo assim, a família e a escola emergem como duas instituições fundamentais para desencadear procedimentos evolutivos das e nas pessoas, atuando como propulsoras ou inibidoras do seu crescimento físico, intelectual, emocional e social.

Portanto, na escola, os conteúdos curriculares aprofundam a instrução e apreensão de conhecimentos, havendo uma preocupação central com o processo de ensino-aprendizagem. Na família, atuam provocando e contribuindo com o processo de socialização e proteção, as condições básicas de sobrevivência e desenvolvimento de seus membros no plano social, cognitivo e afetivo (DESSEN; POLONIA, 2007; CASARIN, 2007; ALMEIDA et al., 2009; FERNANDES, 2018). Com isso, na composição de forças na busca da plenitude do indivíduo socialmente produtivo, um dueto se forma para alcançar esta mais elevada posição, com suas relações socialmente estáveis.

Mais do que preparar indivíduos para a vida, essa atividade revela outros atributos de importância singular que é a de tornar o ser humano apto para o exercício da cidadania. Assim sendo, esse indivíduo poderá interferir proposadamente e

intencionalmente em seu meio influenciando e determinando condições que construam ambientes favoráveis às suas relações psicosocioafetivas ou reforçando crises existentes.

A sociedade colabora e muito na constituição do sujeito em formação. Esta, aliada à escola e à família, pode formar ou não a base para a construção da cidadania (LOPES; DIAUTO, 2018). Sendo assim, elas podem incluir, mas também excluir, seus partícipes do processo de desenvolvimento integral, auxiliando na definição deste universo (sociedade, família e escola) e servindo como modelos replicáveis de atitudes e comportamentos, dando-lhe forma a sua personalidade, seu desenvolvimento pessoal e intelectual e conseqüentemente refletindo em seu perfil enquanto futuro cidadão (SCHOEN-FERREIRA et al., 2003; FERNANDES; ZANELLI, 2006; LOPES; DIAUTO, 2018).

Mészáros (2008) sugere que a formação unilateral, alienada, pensada é aquela que objetiva a formação de um cidadão atuante e informado, um indivíduo que tenha as competências, a autonomia e a flexibilidade exigidas e esperadas pela sociedade, servindo, portanto, como combustível em combustão para o alcance dos objetivos traçados. A formação integral na universidade pode contribuir para que se desenvolva e se amplie a condição humana. Esse processo pressupõe o enriquecimento espiritual, cultural e material pela apropriação da riqueza produzida socialmente (MONFREDINI, 2016).

Por outro lado, importa defender que nosso ser social e o outro não foram tão somente formados por meio de impressões baseadas nas sensações e sentidos alheios ao nosso eu em construção, contudo também não nasceram somente de nossas observações, mas podem ser, também, fruto de nossas experiências. Kant admite que “nosso conhecimento empírico seja um composto do que recebemos por meio das impressões sensíveis e daquilo que a nossa própria capacidade de conhecer (apenas posta em ação por impressões sensíveis) produz por si mesma” (KANT, 1985, p.36). Assim sendo, o sujeito em construção não apenas absorve o saber necessário e inerente ao exercício do seu eu social, mas também contribui para a perpetuação desse conhecimento por meio de suas partilhas e inquietações, construídas por suas experiências e atitudes no seu meio.

Esse sujeito humano, singular e responsável, é, também, um sujeito ontológico e biologicamente sociável, um ser político e, portanto, feito para a convivência (JACQUES et al., 2008). Essa vivência somada a outras experiências compõe o universo daqueles que estão em contínua transição (AGUIAR; CONCEIÇÃO, 2009;

MORENO; SOARES, 2014) e transformação social e mudanças (MARTINS, et al., 2012), graças a sua necessidade de maleabilidade perante as constantes mudanças da sociedade.

O ingresso do indivíduo no ambiente universitário exige mudanças rápidas e bruscas em aspectos singulares, que de outro modo seriam triviais, mas de uma importância ímpar na construção desse “novo” ser. Isto ocorre em especial quando se considera a construção social, o vocabulário, o uso do tempo, a dedicação à leitura, a organização das ideias, os espaços frequentados e os novos laços de amizades, entre outras, que a nova realidade requererá do indivíduo. Por vezes, essas mudanças vêm acompanhadas de ansiedade, estresses, estigmas e medos de não aceitação e dúvidas quanto à carreira escolhida (TEIXEIRA et al., 2008; LANTYER, 2016).

Contudo, é um momento peculiar de autoafirmação (VIANA; SILVA, 2016), que deve ser trabalhado com cautela e muita responsabilidade por parte dos agentes responsáveis pela transmissão do saber. A aquisição de novas responsabilidades e as conquistas da autonomia para estes, que ainda estão em processo de construção, representam, portanto, uma ruptura entre a adolescência e fase de vida adulta.

Ainda que aconteça precocemente, o início dessa ruptura poderá ser refletido e percebido na escolha profissional do futuro universitário, que muito embora possa se dar de forma equivocada, não apenas em relação ao método de escolha, mas na identificação com a área escolhida. Esta pode ser feita motivada por fatores externos e/ou internos que tiveram como desencadeadores circunstâncias momentâneas ou de ordem emocional, afetiva e social, que influenciaram e terão impactos positivos ou não, tanto no coletivo quanto no individual.

2.2. Transição acadêmica: saída do nível médio e entrada na faculdade

A entrada para o Ensino Superior geralmente constitui-se como um período de mudanças para o estudante, podendo ser traduzido na conquista de mais autonomia, no assumir de responsabilidades e, muitas vezes, a saída de casa dos pais implicando em alterações nos seus estilos de vida (BUBLITZ et al., 2012).

Assim sendo, permite-se ou impõe-se com essa decisão a utilização das crenças e valores internalizados ao longo de sua permanência no lar paterno/materno ou, por outro lado, poderá também se dar como oportunidade para se negar exatamente aquilo que acredita ser pouco interessante ou de pouco valor para se utilizar em seu novo ambiente

de vivência. Canas (2017, p. 7) defende que os hábitos adquiridos ao longo do percurso universitário podem prolongar-se por outras fases da vida, resultando em uma melhor ou pior qualidade de vida daí em diante.

A passagem da adolescência para a vida adulta é, portanto, uma das etapas do desenvolvimento humano que se caracteriza por alterações físicas, hormonais, mentais e sociais, que recebem interpretações e tratamentos distintos (ARAÚJO et al., 2011). Dessa forma, da maneira como é vista tradicionalmente, a transição para a vida adulta tem se caracterizado por uma série de mudanças e eventos particulares que incluem completar a formação escolar, entrar no mercado de trabalho, casar e se tornar mãe ou pai, tornar-se independente de seus genitores (VIEIRA, 2006; CARNEIRO; SAMPAIO, 2015), permitindo-se, desse modo, a construção de novas relações, novos vínculos e, assim, novas oportunidades.

De maneira geral, todos os estudantes enfrentam desafios para se adaptarem e, portanto, integrarem-se à vida universitária, sendo esse processo considerado altamente crítico para o alcance do sucesso acadêmico. Diferentemente da vida escolar na Educação Básica, mecanismos de controle mudam radicalmente na Educação Superior em virtude do fato de que os estudantes deixam de ser considerados jovens e alcançam o *status* de adultos, sendo-lhes dada mais liberdade e menos apoio diretivo para gerir o tempo e realizar suas conquistas (WOLF et al., 2016). Contudo, é uma oportunidade em que, alheio às suas vontades, tudo o que fora internalizado é colocado “em risco” para que o novo possa, também, se reinterpretar, dando e criando novos significados. Essas repercussões que vão além da própria escolha estão repletas de simbolismos, crenças e significados.

Esse período passa, inicialmente, pelo ato da escolha da carreira a ser seguida, o que está repleto de simbolismos, crenças e significados, uma vez que já demonstra certo amadurecimento típico da vida adulta (MORENO; SOARES, 2014), momento este em que o indivíduo em transição faz uso de suas habilidades apreendidas no seio familiar e escolar, sendo importante, inclusive, na ruptura do sujeito adolescente para a admissão de seu crescimento e amadurecimento psicológico, tornando-se um momento transicional, no qual se está pavimentando um caminho que, geralmente, é de sentido único, sendo dessa maneira permeado por mudanças que exigem um esforço de ajustamento do próprio indivíduo.

Em seguida, passa pelas diferentes variáveis, como a aceitação, a internalização do novo modelo de relacionar-se e a apreensão do conhecimento, influenciando nesse

processo, que é singular, complexo e multidimensional (TEIXEIRA et al., 2008). Essa passagem está fortemente dependente de fatores pessoais, tais como a autoconfiança, a percepção de competências sociais e contextuais, por exemplo, o relacionamento com os colegas e o envolvimento em atividades extracurriculares (SOARES et al., 2014), condições estas que favorecem a transição e a integração acadêmicas, além da autonomia e maturidade necessárias para garantir sua adaptação e sucesso acadêmico e profissional.

As transições nessa fase da vida podem vir a promover o desenvolvimento de novas aptidões cognitivas e interpessoais, assim como a abertura para outras concepções pessoais (SANTOS et al., 2014), trazendo com isso uma experiência social única e distinta, com novas expectativas, possibilitando uma ampliação de valores em que se esperam determinadas aquisições em termos de desenvolvimento por parte do estudante universitário.

O Ensino Superior constitui-se como um importante elo para essa mudança cultural e geracional, aliado a um contexto com excelência para a aprendizagem de competências e valores fundamentais aos papéis desempenhados ao longo do ciclo de vida. As experiências durante o primeiro ano na universidade são muito importantes para a permanência e o sucesso acadêmico dos estudantes (REASON et al., 2006, p. 149).

Para Diniz e Almeida (2006), adaptar-se à universidade implica integrar-se socialmente com os novos colegas, participando em atividades sociais e desenvolvendo relações interpessoais satisfatórias, o que pode possibilitar a construção de uma outra estrutura, mais complexa e adaptada aos desafios da vida laboral (REBELO, 2002), em que o exercício da atividade remuneratória gere não apenas o que se espera, ou seja, a mais valia, a recompensa motivada e fundamentada por motivações mais o prazer de cooperar e contribuir para a formação e fundamentação de uma geração diferenciada por meio de atos e atitudes que visam ao crescimento uns dos outros.

O contexto acadêmico é rico em rituais e tradições. A Praxe Acadêmica que é uma tradição dinâmica vem se adaptando aos novos tempos, uma vez que em cada geração tem um significado próprio. Sendo assim, não é apenas um conjunto de regras e costumes, mas uma multiplicidade de comportamentos e de estatutos, de rituais e cerimônias, de simbologias, de hinos, de ritmos temporais, de trajes, de saídas noturnas. Essa praxe integra a vida associativa do estudante, marcando sua entrada e toda a passagem dos estudantes pelo Ensino Superior (FRÍAS-ARMENTA et al., 2003).

Por fim, é pela praxe que se dá a entrada do calouro na vida acadêmica e a possibilidade de aproximá-lo de novos amigos, constituindo, assim, os grupos (BAPTISTA, 2004). Desse modo, o calouro acaba por aceitar esse ritual não apenas por gostar, mas pela necessidade de pertencer a um grupo. É uma tradição que segundo os seus defensores tem como objetivo integrar os novos estudantes ou, ainda, manter o conjunto de usos e costumes tradicionalmente existentes nas instituições de Ensino Superior (AFONSO, 2001).

Fatores como o número de aulas, as diversas atividades de aprendizagem, os professores e os relacionamentos sociais (ENNS et al., 2016), além de contribuírem para a aprendizagem, ajudam para que ocorram mudanças no estilo de vida desses estudantes, resultante do aumento de autonomia na tomada de decisão, de liberdade e de obrigações (SILVA et al., 2011; FILHO et al., 2017). Nesse sentido, a entrada na vida acadêmica, por todas as modificações e transições a que os estudantes universitários estão sujeitos, poderá ser agente facilitador ou não da adaptação a novos comportamentos e atitudes (SOARES et al., 2014).

2.3. Estilo de vida dos novos universitários

O ambiente universitário comporta diversas práticas e hábitos, que por si podem favorecer uma singela ou não alteração no comportamento aprendido e absorvido por meio dos modelos materno e/ou paterno e internalizados na escola secundarista. Parte dos novos universitários a fim de se adaptarem ou mesmo motivados pelo desejo de serem aceitos em novos grupos e em laços de amizades mudam a forma de como conduziam sua vida até aquele novo estágio, o que refletirá também em uma mudança em seu estilo de vida a partir daí.

A WHO (1998) considera o estilo de vida como sendo a forma de vida que se baseia na interação entre condições de vida e padrões de comportamentos de saúde das pessoas, que são determinados por fatores socioculturais e pelas características pessoais dos indivíduos refletindo em seus hábitos e costumes.

Para Portes (2011, p. 8), esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias, tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Portanto, estilo de vida é o conjunto de hábitos e comportamentos, dados como resposta às situações cotidianas, aprendidos por meio do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo da vida e em diferentes situações sociais e

que podem ter um efeito profundo na saúde dos seres humanos (SANTOS et al., 2014; BARBOSA et al., 2015; COELHO et al., 2017; GOMES et al., 2015).

Considera-se que os estilos de vida adotados pelo indivíduo os afetam nos mais diversos contextos, como é o caso da saúde física, mental, laboral e das relações pessoais. Apesar do conceito de estilos de vida ser uma definição globalmente aceita e bem definida, explicar o que é o conceito de estilos de vida saudável torna-se mais complexo, na medida em que dependem do caráter cultural, social e de características pessoais (MARTINS et al., 2008).

O estilo de vida foi considerado como uma estratégia global pela OMS (2004), sendo parte de uma tendência de saúde moderna e tendo como objetivo a redução dos fatores de risco e das taxas de morbimortalidade da população, com vistas a garantir que os indivíduos possam fazer escolhas saudáveis, prevendo ações de caráter regulador, fiscal e legislativo sobre o ambiente que visam a tornar essas escolhas praticáveis.

Finotti (2004) aponta que o estilo de vida de um indivíduo exprime o seu padrão de vida sendo traduzido em termos de atividades, interesses e opiniões, considerado assim como um retrato da pessoa por inteiro a interagir com o seu ambiente. Jessor (1982) e Matos et al (1996) apontam que os comportamentos de saúde e os estilos de vida na idade adulta são considerados em grande parte como a consequência do seu desenvolvimento durante a adolescência.

Nessa linha e de um modo genérico, os fatores determinantes dos comportamentos podem ser intrínsecos e extrínsecos (CONNER; NORMAN, 2005). Nos intrínsecos, encontram-se os fatores sociodemográficos, a personalidade, as cognições e o suporte social, enquanto nos fatores extrínsecos estão as estruturas de incentivos, como impostos, sistemas de bens e serviços, e as restrições legais (MATOS et al., 1996).

O conceito de estilo de vida caracteriza-se como sendo um agregado de decisões individuais que afetam a vida dos indivíduos na forma como estes decidem conduzi-la (MATARAZZO, 1984). É também caracterizado como um modelo de comportamento que poderá ter um efeito marcado na saúde dos indivíduos, estando relacionados com aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades nas suas vidas. Atualmente, a abordagem causal das doenças deixou de ter apenas uma única explicação orgânica para uma abordagem holística, envolvendo, assim, os estilos de vida (WHO, 1998).

Para vários autores (PAÚL; FONSECA, 2001; COMAS et al., 2003; PACHECO, 2005), a importância do conceito estilo de vida no âmbito da saúde tem muito a ver com a sua utilidade relacionada com comportamentos de risco. Isto quer dizer que estilos de vida nunca se definem por si mesmo, mas com os riscos subsequentes, por exemplo, nas doenças cardíacas com a hipertensão, o colesterol elevado, a obesidade e o estresse, em que o estilo de vida de risco será a alimentação excessiva e/ou outro tipo de comportamento associado.

Nesse prisma, o conceito de estilo de vida é uma variável associada ao risco, sendo importante definir quais os estilos de vida que se relacionam e determinam certas condutas de risco. Os fatores de risco associados a essas doenças não transmissíveis são o consumo de álcool, tabaco e drogas, uma alimentação não balanceada, o excesso de peso e a obesidade, a pouca ou a falta de atividade física, a má gestão do estresse, bem como fatores de natureza socioeconômica causadores de fenômenos de violência e exclusão social (BRASIL, 2003).

Com isso, a não realização de atividades físicas, como também o não hábito de uma alimentação considerada saudável, predispõe o indivíduo a diversas condições clínicas que repercutem em sua incapacidade de apreender informações valiosas para a sua formação pessoal e profissional, gerando frustrações que podem influenciar em sua vida acadêmica, ou seja, no seu processo de aprendizagem (CUSTÓDIO, 2010). Pelegrini e Petroski (2009), em seu estudo, demonstrou que a inatividade física está associada com estado nutricional prejudicado, insatisfação com a imagem corporal e a predisposição a comportamentos sedentários, contribuindo para indivíduos obesos.

A experiência dos indivíduos e fatores relacionados com o seu envolvimento físico e também social promovem o desenvolvimento de comportamentos de risco ou, por outro lado, atuam como fatores de proteção. Nesse contexto, criar condições para que os indivíduos tenham opções de escolhas saudáveis em termos de estilo de vida deverá passar por uma preocupação com o ambiente físico, social, cultural e econômico que envolvem esses jovens (WHO, 1998).

Podemos, assim, falar de estilos de vida de uma forma em que se pressupõe que os comportamentos apresentados não sejam resumidos a poucos elementos estruturais e que cada sujeito ou cada grupo de sujeitos se associa em um conjunto típico de comportamentos ou de atitudes, que se definem como estilos de vida. Sendo assim, resulta a existência de várias versões do conceito de estilos de vida (MOORE, 1993).

Dessa maneira, quando queremos definir o que é o estilo de vida fica difícil, uma vez que este resulta de uma multiplicidade de fatores (COMAS et al., 2003).

Logo, é possível afirmar que não há um, mas, sim, diversos tipos de estilos de vida “saudáveis”. Essa variedade é determinada em função do grupo, em que cada indivíduo está inserido, e das próprias características individuais. Para Mendoza e Sagrera (1990), esses fatores estão em constante interação, contribuindo assim para moldar os comportamentos dos indivíduos, quer ligados à saúde, quer ligados ao risco. A aquisição e adoção de muitos comportamentos e hábitos, nem sempre os considerados mais saudáveis, determinantes para a fase adulta, ocorrem durante a infância e a adolescência.

É de suma importância capacitar o ser humano para exercer o controle sobre os determinantes da sua saúde e o ajudar a adquirir estilos de vida que potenciem os respectivos recursos pessoais (MACHADO et al., 2007, p. 336). Isso para que seja influenciado positivamente o meio em que se insere, fortalecendo comportamentos saudáveis e introduzindo hábitos que criem maior qualidade e satisfação de vida, contribuindo, dessa forma, para o bem-estar, favorecendo a internalização e absorção do conteúdo ministrado na sala de aula ou nos espaços reservados a essa finalidade.

Silva et al. (2006) e Nicastri, (2006) têm aferido em seus estudos que o uso de substâncias psicoativas ou mesmo as que afetam o estado de alerta do indivíduo prejudicam substancialmente o processo de aprendizagem, além de predispor os indivíduos a doenças que reduzem significativamente sua qualidade de vida, o que tornaria esse jovem adulto sujeito a doenças cardíacas, pulmonares, renais e mentais

Resultados encontrados por Silva et al (2006, p. 281) têm apontado para a prevalência de uso de “drogas ilícitas” de 38,1% durante a vida, sendo que 26,3% ocorreram nos últimos 12 meses e 18,9 % nos últimos 30 dias entre universitários da área de Ciências Biológicas. Nesses estudos foi possível identificar também que o álcool e o tabaco são as substâncias mais consumidas, enquanto que o uso de “drogas ilícitas” é maior entre os alunos do sexo masculino e maior ainda entre os que moram sem a família. A alta prevalência do uso nos últimos 12 meses foi de 82,3% de álcool, 29,6% de tabaco e 30,6% de “drogas ilícitas”, e este consumo em geral é feito durante o período de estudo, sendo que as mais consumidas foram maconha (19,7%), inalantes (17,3%) e os alucinógenos (5,2%). Constatou-se que 10,5% dos alunos usaram “medicamentos com potencial de abuso”, dos quais as anfetaminas (6,8%) foram as que

tiveram maior uso, seguidas por tranquilizantes (3,2%) e opiáceos (0,6%) (SILVA et al., 2006).

O processo de aprendizagem requer dedicação, organização e concentração (MOREIRA, 2014, p. 46). O aluno entorpecido com alucinógenos dificilmente conseguirá atingir nível de concentração ideal para absorção do conhecimento, gerando deficiências na formação desses profissionais, o que certamente claudicará na afirmação de seus conhecimentos e no exercício e funções inerentes à sua formação. Esse hiato dificilmente poderá ser sanado, uma vez que essas substâncias provocam morte neuronal, prejudicando ligações e conexões sinápticas que estão intimamente ligadas não apenas à memória como no processo de organização de pensamentos de curto, médio e longo prazo.

Santos e Santana, (2014, p. 51) reforçam esse entendimento quando afirmam que:

(...) o consumo de álcool pelos adolescentes está associado a uma série de prejuízos acadêmicos. Esses podem decorrer do difícil deficit de memória, pois adolescentes com dependência de álcool apresentam mais dificuldades em recordar palavras, desenhos geométricos simples após um intervalo de 10 minutos, em comparação com adolescentes que não são dependentes alcoólicos. Não são apenas os adolescentes que sofrem graves consequências com o uso do álcool, estudos têm mostrado que existe uma síndrome causada pelo uso abusivo desta substância, que é a síndrome de Werneck – korsakoff¹ uma das principais consequências do uso abusivo do álcool está no impacto em vários dos aspectos que abrangem o indivíduo, como danos cognitivos e mnemônicos.

Sendo assim, torna-se importante que tanto as universidades quanto governos e sociedade componham forças para não apenas orientar, que possam desenvolver mecanismos que priorizem a prevenção de condições mórbidas iguais a essas, em que de um lado o desejo e o sonho de uma graduação, somados à projeção feita tanto de pais que dedicam uma soma de esforços para manter seu filho na universidade quanto das próprias aspirações pessoais, sejam diminuídos e sofram processo de implosão por condições externas que seduzem o adolescente que ainda não transitou com inteira propriedade nos caminhos da vida adulta, instrumentalizando-se com mecanismos necessários para coibir ações dessa natureza, rendendo-se ao apego ao vício para simples e tão somente fazer parte de um grupo de amigos.

¹ Segundo Zubaran, C. et al. (1996, p. 603), a doença de Wernicke e a psicose de Korsakoff foram identificadas no final do século passado. A primeira é caracterizada por nistagmo, marcha atáxica, paralisia do olhar conjugado e confusão mental. A psicose de Korsakoff é uma desordem mental na qual a memória de retenção está seriamente comprometida em um paciente até então sadio. Essa desordem está também associada ao alcoolismo e à deficiência nutricional.

2.4. Ansiedade e depressão em alunos universitários

A transição da adolescência para a vida adulta é um período caracterizado por mudanças marcantes e importantes, entre elas a transição do Ensino Médio para a universidade, fase que influenciará diretamente nas relações psicossociais do indivíduo. Nessa transição, os estudantes enfrentam desafios relacionais no estabelecimento de novos vínculos, acadêmicos, na adaptação a modelos diferentes de avaliação e de aprendizagem e vocacionais, no estabelecimento de uma identidade de carreira, entre outros (BRANDTNER; BARDAGI, 2009).

Essas mudanças têm sido identificadas nos últimos tempos nas formas de comunicação e de relação interpessoal, influenciando nos ritos de passagem de adolescente para a fase adulta. Portanto, o início da vida adulta se dá com o fim da adolescência, com as novas relações, os novos laços sociais, as definições de cada fase têm se tornado cada vez mais complexas. A saída da casa dos pais não mais significa, necessariamente, um desses fenômenos, a maternidade e paternidade percorrem caminhos semelhantes (SOUZA; MCCARTH, 2010). Esse período é caracterizado pelo auge do desenvolvimento biológico, sendo uma década usada para exploração ocupacional e relacional” (NOGUEIRA; NEUFELD, 2014, p. 2).

Sendo assim, a vida progressiva do jovem em transição influenciará decisivamente nesse novo ambiente universitário, onde se requer habilidades desenvolvidas na fase juvenil para o exercício regular da vida adulta. Portanto, sendo estas inconsistentes o surgimento de transtornos mentais será facilitado, gerando instabilidades sociais e relacionais.

Segundo Margis et al (2003, p. 66), mudanças importantes na vida podem gerar respostas de estresse nos indivíduos a elas expostos. A forma e o modo como o indivíduo reagirá a esses estressores determinarão suas respostas, que podem ser de ordem cognitiva, em que ocorre reação afetiva, primária, secundária e organização da ação ou seleção da resposta (RAMOS, 2002), fisiológica relacionando-se com aspectos neuroanatômicos e, por fim, comportamentais, podendo ocorrer o enfrentamento (ataque), a evitação (fuga) ou a passividade (colapso) (MARGIS et al., 2003, p. 67; CASTILLO, 2000).

Assim sendo, mecanismos homeostáticos não apenas fisiológicos, mas comportamentais, deverão estar em perfeito equilíbrio para que as respostas a esses estímulos não sejam diferentes do esperado. Os estilos de vida inadequados predis põem indivíduos a situações de risco e de ansiedade, por isso, sugere-se que a universidade, em sua singularidade e particularidade, facilita e/ou estimula a experimentação de um estilo que em outros contextos não o faria (ANTUNES, 2016, p. 22).

Tais condições favorecem a ansiedade e são, portanto, uma das condições que mais influenciam na vida do universitário, gerando preocupação excessiva e trazendo inquietações, fatigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensões musculares e perturbações do sono (SANTOS et al., 2011, p.1). Entretanto, Margis et al (2003) aponta que a relação etiológica entre a exposição a eventos estressores e o surgimento de sintomas de ansiedade em geral, apesar de plausível, tem sido ainda pouco estudada. Para a autora, pouco se sabe sobre como as mudanças na carga de estresse ao longo da vida se relacionam com as mudanças nos sintomas prodrômicos de ansiedade e no desenvolvimento de um transtorno de ansiedade.

Por sua vez, sabe-se que essas situações sendo reforçadas comprometem a qualidade do conhecimento fomentado na universidade, prejudicam a qualidade de vida do universitário expondo-o a condições e hábitos prejudiciais à sua própria saúde, que geram elevados níveis de estresse e quadros patogênicos, o que propicia o surgimento dos comportamentos considerados de risco e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, o que, inclusive, contribui com 86% das mortes e 77% do total de doenças na Europa (WHO, 2004; WHO, 2011).

O termo depressão, outro transtorno comum, tem origem no latim *depressus*, ato de deprimir-se, apresenta uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos e ambientais, sendo comuns na depressão sintomas de angústia, rebaixamento de humor, perda de interesse, apatia, choro persistente, sentimento de impotência, perda de prazer e energia perante a vida (TEODORO, 2010).

Os jovens que apresentam algum transtorno mental comum como a ansiedade e a depressão estão mais propensos a se envolver em brigas com agressão física (SANTOS (a) et al., 2011, p.10). Portanto, há uma inabilidade dessa geração, em especial a que alcança o nível Superior, em não gerir de maneira apropriada não apenas seu tempo, mas, também, suas relações sociais e interpessoais. A Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2009) aponta um elo entre o comportamento suicida e os transtornos mentais. Os dados comprovam que de 15.629 pessoas que suicidaram, 90% dos casos se

enquadram em algum transtorno mental. A depressão se destaca com o índice de 35,8% dos casos de suicídio.

Situações dessa natureza têm deixado as universidades em constata e permanente vigilância e alerta, visto que os alunos ao ingressarem no Ensino Superior devem se reorganizar em suas atividades de vida diária, devendo equilibrar a vida social, acadêmica, familiar e amorosa (DAMASCENO, 2017). Isso inflige ao acadêmico um sofrimento silencioso e crescente com alto poder de destruição para as capacidades cognitivas e sociais.

Cavestro e Rocha (2006) estimam que a prevalência dos transtornos depressivos na população universitária dos cursos de Medicina oscila entre 8% e 17%, revelando um prognóstico desolador e preocupante.

Nesse contexto, para se ter e desenvolver um estilo de vida saudável é necessário que as pessoas sejam proativas, que possam identificar suas habilidades para iniciar, desenvolver e manter hábitos saudáveis. González (2017, p. 440) defende que para tal é necessário que haja um perfeito equilíbrio entre as forças que compõem o exercício da atividade discente em harmonia com a atividade docente e institucional.

2.5. Determinantes sociais de saúde

Transformações relevantes, com reflexos na história social, econômica e cultural, fruto da composição de diversas regiões e suas singularidades e historicidade, têm sido repassadas com o passar dos tempos na sociedade e experimentadas pelo Brasil no presente século. Com a influência do mercado mundial, o capitalismo, o trabalho e o consumo desencadearam intensas e contrastantes modificações das condições de saúde na população, bem como o surgimento de desigualdades em saúde (MOREIRA, 2018, p. 107).

Estimativas globais, nacionais e regionais que versam sobre os indicadores de saúde são importantes, sobretudo por se avaliar, monitorar e validar, sob diversos aspectos, o progresso dos países e para se direcionar a alocação de recursos na perspectiva da melhora na saúde pública. Contudo, essas estimativas geralmente podem esconder diferenças substanciais entre subgrupos populacionais. Além disso, a promoção da igualdade entre esses subgrupos, priorizando a melhora dos indicadores entre os mais desfavorecidos, pode ser considerada uma estratégia eficiente para alavancar os indicadores nacionais (SILVA et al., 2018).

Assim sendo, quanto aos elementos conceituais (PAIM, 2009), às condições de vida, aliadas ao estilo de vida, surgem como um binômio associado a determinantes que influenciam nas condições socioeconômicas, ligadas às condições materiais necessárias à subsistência. Estas estão relacionadas não apenas à alimentação, mas, também, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente, quanto às formas social e culturalmente determinadas de vida, que se expressam no padrão alimentar, no dispêndio energético cotidiano, no trabalho e no esporte, nos hábitos, como uso de fumo e álcool, no lazer, entre outros.

Santos et al, (2014) apontam que os determinantes de saúde são múltiplos e podem ser estratificados em cinco categorias, nas quais se encontram os elementos que fazem as pessoas se manterem saudáveis; o ambiente social e econômico; o ambiente físico natural ou construído pelo homem; 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; e finalmente os serviços de promoção, manutenção e restauração da saúde.

A partir dessa premissa, a saúde e a qualidade de vida de um indivíduo ou de uma população devem ser avaliadas por diferentes ângulos. Logo, coloca-se definitivamente o sujeito e a sua relação com o ambiente no centro dessa temática.

Assim sendo, muito além do que se refere às condições objetivas de existência de cada grupo social, independentemente da sua vontade, enquanto o estilo de vida sugere opções que podem se traduzir em escolhas individuais, podendo, inclusive, existir vários modelos conceituais que expressam essas vontades, sendo o mais aceito pela OMS e defendido pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde pela facilidade do ponto de vista didático e da comunicação com a sociedade é o esquema elaborado por Dahlgren e Whitehead, denominado “Determinantes da Saúde”.

Esse é um modelo que reconhece os componentes individuais e fatores hereditários permitindo uma demonstração em diferentes níveis ou camadas de intervenção, podendo alcançar o contexto ou o âmbito estrutural e contribuir para o norteamento tanto de ações como concepções políticas públicas que visem ao rompimento com as desigualdades, ou seja, as diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais, e as iniquidades, que são as desigualdades na saúde evitáveis, injustas e desnecessárias. E esses determinantes sociais de saúde são importantes, pois têm impactos diretos na saúde, estruturam outros determinantes que

impactam de maneira indireta na saúde do indivíduo gerando comportamentos que podem contribuir tanto para a manutenção da saúde quanto para o risco à saúde (CNDSS, 2008).

2.6. Comportamentos de risco à saúde

O processo de transformação social em suas múltiplas atuações, sucedido nas últimas décadas, desencadeou profundas modificações quer na estrutura social da população, quer naqueles que residem nos grandes centros urbanos influenciando e determinando estilos de vida que buscassem atender as suas necessidades. Com isso, tornou-se o sujeito social cada vez mais predisposto a condições menos saudáveis.

Portanto, o condicionamento corporal e a prática de atividades físicas aliadas a uma alimentação considerada saudável e sem uso e/ou consumo de substâncias tóxicas proporcionam melhor qualidade de vida e reduzem significativamente o risco para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e doenças mentais, evitando discriminações (BASTOS, 2010).

Comportamento e saúde talvez sejam a área que mais se desenvolveu nos últimos vinte anos (KERBAUY, 2002). No Brasil, as pesquisas sobre comportamentos de saúde e seus determinantes, em especial entre jovens, ainda são escassas e se concentram em questões ligadas à gravidez precoce, ao uso de anticoncepcionais e ao uso de substâncias (CARLINI-COTRIM et al, 2000, p. 637).

Porém, os determinantes de saúde expressam, com maior ou menor nível de detalhe, um conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007).

Portanto, diversas e várias são as definições de comportamento de saúde, sendo que a mais frequentemente preconiza que o comportamento de saúde é uma atividade que o indivíduo adota com o propósito de prevenir a doença e se manter saudável (KASL; COBB, 1996). Assim sendo, alguns comportamentos têm impacto direto na saúde física, por exemplo, os cigarros; outros têm um impacto indireto por meio da sua associação com padrões de comportamento ou estilos de vida.

Loureiro et al (2012, p. 38) definiram três tipos de comportamento relacionados com a saúde: Comportamento de saúde é um comportamento cujo objetivo é impedir o

aparecimento de uma doença (dieta saudável); Comportamento de doença é um comportamento cujo objetivo é encontrar um tratamento (procurar um médico); e Comportamento de doente é uma atividade que tem como objetivo ficar saudável (tomar a medicação prescrita pelo médico, descansar). Os autores, além de demonstrarem com singularidade que o comportamento de saúde requer atitudes para esse fim, também mostraram que com a doença já instalada o foco é a busca da cura e, por fim, a busca pela ausência da doença.

Embora os fatores que determinam as práticas dos comportamentos tidos como saudáveis e as questões relacionadas às abordagens sociocognitivas sejam codependentes da informação para a formação de atitudes de mudanças de comportamentos, o comportamento não consiste tão somente na realização de escolhas, mas, sim, em um complexo processo que envolve fatores emocionais e motivacionais, firmados em traços de personalidade (GONZALEZ; RIBEIRO, 2004, p. 108).

Tem-se demonstrado que indivíduos que não dormem regularmente, têm precária alimentação, fazem uso de cigarro, álcool, drogas e não praticam com regularidade exercícios físicos no início de seus estudos têm progressivo risco de morte nos anos seguintes da graduação, com maior repercussão sobre a vida de indivíduos do sexo feminino (GONZALES; RIBEIRO, 2004, p. 109). Portanto, a ausência de um estilo de vida que favoreça uma melhor qualidade de vida beneficia efeitos nocivos sobre o organismo, predispondo-o a doenças psicossomáticas que incidem na vida do estudante.

Portanto, o desenvolvimento de mecanismos assertivos, que visem à múltipla perspectiva da saúde com o claro objetivo de municiar o indivíduo e assim o seu organismo contra agentes patológicos, decorrentes de escolhas mal formuladas, é importante para garantir a harmonia social e homeostática do organismo. Dessa forma, tem-se a possibilidade de fortalecer o comportamento preventivo.

Aspectos das crenças normativas ou normas subjetivas quais sejam, crenças familiares e crenças dos pares são importantes e devem ser exaustivamente discutidas, uma vez que se contribui para o clareamento das normas subjetivas (BRITO; CAMARGO, 2011). Para os autores, essas crenças são personificadas em figuras de singular importância para o indivíduo em construção. Familiares, amigos e a sociedade podem originar e exercer pressões em seu entorno social, contribuindo para a tomada de decisões errôneas e desnecessárias para uma decisão plenamente amadurecida.

Assim, existe uma renúncia à normatização institucional do paciente para o controle clínico baseado na intervenção médica. Portanto, o que se deve buscar é um

comportamento que supera a submissão do paciente ao médico, mas, colocá-lo também no processo de busca de resolução de conflitos tornando-o ativo no processo de restabelecimento de sua saúde psicossocial (KERBAUY, 2002, p. 17), sem, todavia, negligenciar o saber do profissional, tornando-o apto inclusive na percepção de aspectos relacionados não apenas ao estilo de vida, mas, também, à qualidade de vida e suas consequências fisiológicas e sociais do ser humano.

O estilo de vida de risco, ou comportamento de risco, definir-se-á como um conjunto de padrões comportamentais que constituem uma ameaça, nomeadamente ao bem-estar físico e psíquico, e que assim podem acarretar consequências negativas para a saúde e o pleno desenvolvimento do indivíduo (RODRIGO et al., 2004).

As crenças normativas ou normas subjetivas podem assim cooperar como arautos de ações ou procedimentos para a construção ou manutenção da saúde, estes podem também, de outro modo, contribuir como provocadores e propagadores de hábitos que causam doenças aos jovens, quando estes não possuem condutas que sejam saudáveis e apropriadas, com práticas distorcidas, provocando no indivíduo em construção prejuízos ao seu eu psicológico e também ao seu organismo biológico (CASTANHO et al., 2013).

Há, portanto, uma preocupação em escala global quanto aos comportamentos adotados pelos universitários. Estudos têm perscrutado de forma criteriosa essa população visando à compreensão, ao controle e ao monitoramento desses comportamentos, uma vez que estes têm influenciado o sedentarismo, distúrbios alimentares, acidentes de trânsito e favorecido o uso do tabaco, álcool e outras drogas, violência contra si e os outros (FREITAS et al., 2012; FARIA et al., 2014; LIMA, 2017), tornando-se necessária uma discussão profunda para não apenas sugerir, mas implementar ações que possibilitam a essa geração ser incluída em programas de saúde, desmitificando mitos e construindo e reforçando valores.

Ao iniciar o Ensino Superior, os estudantes passam por dificuldades na adaptação, o que causa estresse e ansiedade, tornando-os influenciáveis por modismos dietéticos, consumo de bebida alcoólica e tabaco principalmente (COSTA, VASCONSELOS, 2013; SILVA, 2015).

Hábitos alimentares inadequados relacionam-se tanto com o desenvolvimento de carências nutricionais como de excesso de peso e doenças correlacionadas, como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, as quais propiciam condições agravantes à saúde (MACIEL et al., 2012). Os alimentos mais comumente

ingeridos por adolescentes fora do lar são: bebidas alcoólicas, refrigerantes, doces, pizzas, salgados fritos, salgados assados e sanduíches (HOFFMANN, 2013), alimentos estes ricos em açúcar, sódio, gordura saturada e trans (MIRANDA et al., 2014). Em pesquisa no Brasil, constatou-se que 23,9% da população na faixa etária de 20 a 24 anos estão com excesso de peso e 47,9% na faixa etária de 25 a 29 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010).

Segundo Faria et al. (2014), em seu estudo, o consumo de álcool foi maior entre o sexo masculino, porém o envolvimento em brigas e tentativas de suicídio em sua maioria foi atribuído às mulheres, contudo ambos com traços indicativos de depressão, além de comportamentos sexuais que contribuem para a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o Human Immuno deficiency Vírus (FREITAS et al., 2012; BELEM, 2016; NETO 2016). Assim sendo, não apenas os universitários estão em risco permanente, mas também a sociedade, sobretudo considerando que na década passada eram largamente preponderantes as mortes de pedestres.

Em 2010, as mortes de motociclistas ultrapassaram as das restantes categorias, representando praticamente 1/3 das mortes no trânsito. E a tendência é a de continuar crescendo, uma vez que, por atitudes impensadas, sob fortes efeitos de alucinógenos, esses cidadãos têm seu acesso a veículos motorizados de maneira indiscriminada, apesar de que estes, por ter acesso à informação, fazem melhor uso do cinto de segurança, capacetes, mas negligenciam os limites de velocidade (NETO, 2016).

Esse acesso se dá, em especial, pela grande oferta de espaços de construção de conhecimento, sendo que o Brasil alcança o patamar de 2.391 Instituições de Ensino Superior, destas 301 são públicas, oferecendo 32 mil cursos de graduação (NETO, 2016, p. 16). Entretanto, esses problemas e seus enfrentamentos estão irrevogavelmente ligados a questões éticas e morais declara (KERBAUY, 2002).

Igualmente para Stocco et al (2000, p. 21), essa alta incidência de acidentes envolvendo a população jovem tem sido atribuída aos comportamentos próprios da idade, como impulsividade, confiança excessiva, ousadia, “busca por sensações fortes” e necessidade de afirmação perante o grupo de amigos. Devido a essas características de personalidade, os jovens tendem a transgredir as leis de trânsito, como desrespeitar limites de velocidade, fazer ultrapassagens proibidas, ingerir bebidas alcoólicas prévias à direção, entre outros. Além disso, outras características como envolvimento anterior em acidentes de trânsito, reações emocionais e opiniões sobre a conduta referidas pelo

próprio motorista também poderiam ser um prognóstico para a ocorrência de um acidente.

Portanto, aspectos relacionados a situações que levam a comportamentos de risco são condicionantes para práticas não saudáveis e oportunidade para situações de exposição ao risco de vida, não apenas de si, como de outros. Negligenciando regras, desvalorizando conceitos já estabelecidos em favor do prazer, da adrenalina, do não limite para ver no que “vai dar”. Banalizando, assim, todo um contexto pautado na aliança do bom senso, respeito e urbanidade, gerando distúrbios sociais e, dessa forma, comprometendo as novas e futuras gerações.

2.7. Consumo de álcool, tabaco, drogas e automedicação entre universitários

O consumo de drogas cresce continuamente, sendo considerado uma questão de saúde pública motivado por seus trágicos efeitos sobre a vida dos indivíduos, preocupando toda a sociedade mundial. Segundo estudo de Zeferino et al. (2015, p. 126), o consumo de drogas ilícitas supera a cifra de duzentos milhões de pessoas com idades que variam entre 15 e 65 anos em escala global; não diferente, são as lícitas que somadas ao álcool e tabaco alcançam um algarismo de novecentos milhões de pessoas no mundo, sendo que estas com idade superior a trinta anos morrem por consequências do uso crônico e indiscriminado dessas substâncias.

Ainda segundo o autor, esse consumo tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde, como acidentes de trânsito, agressões, distúrbios de conduta, comportamento de risco no âmbito sexual, transmissão do vírus HIV pelo uso de drogas injetáveis, além de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes das substâncias utilizadas e das vias de administração, como o álcool associado à cirrose e o cigarro (nicotina) ao câncer de pulmão.

Diversos autores concordam com essa linha de raciocínio e advertem as sociedades intelectuais e agentes responsáveis quanto ao uso dessa informação para promoção de saúde e construção de políticas efetivas e inclusivas desse segmento social, uma vez que este motivado/conduzido pelas constantes e não sucessivas transformações a que é submetido na construção de um ser social capaz e instrumentalizado se encontra vulnerável, requerendo uma atenção especial (FILHO et al., 2007; BASTOS et al., 2008; ZEFERINO; FERMO, 2012).

Uma pesquisa realizada em 2005, coordenada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), em parceria com o Ministério da Saúde com 5.040

indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 16 a 65 anos, apresenta-nos dados alarmantes ao afirmar que dessa população 86,7% consomem substâncias alcoólicas (BERQUÓ, 2000). Portanto, uma porcentagem significativa pode, sob influência dessas substâncias, adotar atitudes e ações nocivas a si e a outros, não significando, com isso, que estes possam ser responsabilizados e penalizados pelas atitudes tomadas, embora se tenha a presunção da inocência, mesmo considerando que o texto legal diz que não se deve assumir a direção de um veículo, por exemplo, sob efeito do álcool, sendo este um ato infracional.

Assim sendo, o abuso de drogas, em especial as lícitas, caracteriza-se como componente difundido em escala global com graves consequências. Esse consumo é preocupante, em particular na população jovem, por conter em seu contexto graves efeitos no âmbito geral da vida desses jovens, pelo consumo dessas substâncias, em especial considerando os altos custos sociais.

Freitas et al (2012, p. 83) apontou que a prevalência de abuso de álcool foi maior entre os universitários do que na população em geral, entretanto a dependência química apresentou maior prevalência entre os usuários da população em geral. Esses fatos mostram que se faz necessária a implantação de campanhas de conscientização desses jovens e futuros profissionais da saúde em relação à prevenção e combate ao uso dessas substâncias e sobre as suas consequências psicossociais. Peuker et al (2006, p. 199) mostra que, entre os vários fatores que apontam para o crescimento da distribuição e do consumo no país, encontra-se o quadro psicossocial do jovem que busca fugir da realidade difícil ou pelo prazer rápido e fácil obtido pelo uso de drogas.

Estima-se que o consumo de drogas ilícitas, seja da ordem de 200 milhões de consumidores e seus principais consumidores são jovens, com idade superior a 15 anos, perfazendo uma porcentagem de 4,7% da população mundial nessa faixa etária (GLOBAL ILLICIT DRUG TRENDS, 2003). Segundo Stempliuk (2004, p. 26), em seu estudo sobre uso de drogas ilícitas, entre alunos da Universidade de São Paulo, as mais utilizadas foram maconha (162, 8 milhões); estimulantes – tipo – anfetaminas (metanfetaminas, anfetaminas e ecstasy – 34, 3 milhões), opiáceos (14,9 milhões) e cocaína (14,1 milhões). Observou-se que o uso de estimulantes – tipo – anfetamina é o que mais aumentou e que o uso do ecstasy se disseminou para Ásia e para as Américas.

Embora a porcentagem, em relação às drogas lícitas, seja menor, o potencial deletério é tão ou mais devastador quanto as ilícitas, determinando condições e hábitos nocivos à saúde individual e coletivamente. Esses dados revelam mais que o

inacreditável consumo inadvertido dessas substâncias, mas também uma necessidade insana de “fugir” da realidade natural, representando, portanto, uma fuga da realidade com graves prejuízos individuais e coletivos.

Estudos têm apontado para um grave perigo que orbita em torno dessa questão, pois uma vez ingerida essas substâncias podem contribuir para a depressão ou excitação exacerbada de sistemas importantes do Sistema Nervo Central (NICASTRI, 2006; SANTOS, 2014), contribuindo em processos cognitivos, especialmente os relacionados à atenção e excitação, como deficit de atenção, as variações de humor e a ansiedade, refletindo na latência do sono, em vários aspectos comportamentais, provocando alterações de humor atingindo a área das emoções e ansiedade, bem como está relacionada a determinados quadros depressivos (SANTOS, 2014, p. 16).

Para Lopes e Da Mata (2017, p. 3), a automedicação é uma prática antiga e amplamente difundida em todas as partes do mundo, apresentando-se como uma forma de autodiagnóstico e tratamento realizado sem o aconselhamento de um profissional especializado (CRUZ; CARAMONA; GUERREIRO, 2015). É definida por Souza; Hoeller; Goetz, (2015) como o uso de medicamentos sem determinação de um profissional médico, farmacêutico, dentista ou outro especializado. Apesar de ser praticado por grande parte da população, esse costume oferece riscos e complicações à saúde.

O uso indiscriminado de substâncias químicas, em especialmente com finalidades terapêuticas, pode contribuir para alterações do quadro psicológico, uma vez que atua em sistemas importantes, que contribuem para o equilíbrio e harmonia do corpo e de suas relações com o outro (LOPES; DA MATA, 2017). Parte desses que consomem são estudantes universitários da área de saúde que, na graduação, têm noções de farmacologia e julgam esses conhecimentos suficientemente satisfatórios para se automedicarem, negligenciando todo o universo que envolve essa ciência.

No entanto, essa prática revela nuances importantes e que merecem ser discutidas exaustivamente, visto que uma parcela da população julga esse processo como sendo desnecessária a orientação e determinação de um profissional capacitado para avaliar e analisar o quadro clínico de maneira holística, e não apenas cartesiana quanto à prescrição e utilização de fármacos para finalidades terapêuticas.

Segundo Lopes e Da Mata (2017, p. 3), fatores socioeconômicos, familiares, gênero e ações de publicidade similarmente induzem os estudantes à automedicação. Nesse sentido, advertem Sousa e Sena (2017, p. 2) que este é um fator que merece

atenção, pois se tornou um ato comum para toda população devido à dificuldade de acesso ao serviço público de saúde. Segundo os autores, essa prática geralmente está associada a casos de intoxicação, além de agravar e mascarar doenças, podendo provocar, inclusive, a morte (TOMASINI et al., 2015; DOMINGUES et al., 2017).

Essa retórica não é fato novo, nem causa estranheza, pois os serviços públicos de saúde têm sido ao longo de algumas décadas sucateados com defasagem em investimentos quer sejam eles de ordem material e insumos, quer sejam recursos humanos. Castro et al., (2016) observou, em seu estudo com 219 estudantes, que 98% dos acadêmicos recorriam à automedicação. Achados mais expressivos foram encontrados por Silva et al (2011) em que 94,55% dos alunos de Medicina, 88,57% dos estudantes de enfermagem e 93,18% dos acadêmicos de odontologia realizavam automedicação.

A automedicação tem se tornado uma prática comum em quase todas as faixas etárias e esse aumento, sobretudo entre estudantes de curso superior, tem despertado atenção no Brasil, como também em vários outros países (LUKOVIC et al., 2014; QUINTAL et al., 2015). Assim sendo, faz-se necessário ter um olhar mais atencioso e objetivo para essa problemática de ordem e importância crescente, uma vez que esses jovens podem infligir sob a falsa ideia de busca de melhora e ir inversamente ao caminho contrário, trazendo prejuízos não apenas fisiológicos, mas também psicológicos a si próprio e também ao coletivo, uma vez que haverá necessidade de desintoxicação, internação hospitalar, recrutamento de profissionais da área para atendimento emergencial, além, e não menos importante, de aflições sendo infligidas aos familiares.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar o estilo de vida, a presença de ansiedade, depressão, automedicação e a prevalência de consumo de álcool, tabaco e outras drogas em estudantes de Medicina.

3.2. Específicos

- Caracterizar o estilo de vida e estimar a prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras drogas em estudantes de Medicina;

- Analisar a prevalência da automedicação em estudantes de Medicina e fatores associados a essa prática;
- Identificar a presença de características de ansiedade e depressão e fatores associados em estudantes de Medicina.

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório. O estudo abrangeu todos os 835 estudantes do primeiro ao sexto ano do curso de Medicina de uma faculdade na cidade de Maringá- PR. Foram excluídos os alunos que tinham menos de 18 anos e aqueles que não estiveram presente no dia da coleta. No total, 581 estudantes tiveram seus dados coletados.

Série	N
1	226
2	146
3	161
4	103
5	103
6	96
Total	835

Os dados foram coletados por seis acadêmicos do curso de Medicina através da aplicação de um questionário autoaplicável. O questionário foi apresentado às turmas de Medicina no final das aulas. Primeiramente, foi solicitada a autorização do professor responsável pela aula para realização da pesquisa. A explicação sobre o questionário e preenchimento do mesmo pelos alunos teve uma duração média de 10 minutos.

Como critério de inclusão foram selecionados todos os estudantes de Medicina da instituição pesquisada. Os critérios de exclusão adotados foram: estudantes menores de 18 anos e aqueles que não estiveram presentes no dia da coleta.

Os dados foram registrados no momento da coleta em um formulário único (APÊNDICE A). Durante o período da coleta dos dados, os formulários preenchidos foram revisados periodicamente pelo pesquisador responsável a fim de se detectar

eventuais falhas de preenchimento antes da elaboração e inserção das informações no banco de dados.

Para caracterização da qualidade de vida foi utilizado o questionário de “Estilo de vida Fantástico” (ANEXO A) (RODRIGUEZ ANEZ et al., 2008), que é um instrumento utilizado na atenção primária e apresenta estudo de tradução e validação para a língua portuguesa, especialmente na avaliação de adultos jovens (RODRIGUEZ ANEZ et al., 2008). A palavra “fantástico” vem do acrônimo FANTASTIC que representa as letras dos nomes de nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas as 25 questões ou itens: F= Family and friends (família e amigos); A = Activity (atividade física); N = Nutrition (nutrição); T = Tobacco & toxics (cigarro e drogas); A = Alcohol (álcool); S = Sleep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro); T = Type of behavior (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B); I = Insight (introspecção); C = Career (trabalho; satisfação com a profissão). O questionário “Estilo de vida fantástico” é um instrumento autoadministrado que considera o comportamento dos indivíduos no último mês cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde (RODRIGUEZ ANEZ et al., 2008).

As questões estão dispostas na forma de escala Likert. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos). É desejável que os indivíduos atinjam a classificação “Bom”. Quanto menor for o escore, maior será a necessidade de mudança (RODRIGUEZ ANEZ et al., 2008).

É desejável que os avaliados atinjam a classificação “Bom”. Os menores escores possuem maior necessidade de mudança. Os resultados podem ser interpretados como se segue: “Excelente” indica que o EV proporciona ótima influência para a saúde; “Muito bom” indica que o EV proporciona adequada influência para a saúde; “Bom” aponta que o EV proporciona muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o EV proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta também riscos; “Necessita melhorar” indica que EV apresenta muitos fatores de risco (RODRIGUEZ ANEZ et al., 2008; SANTOS et al., 2014)

Dados relativos à automedicação foram obtidos por meio de questionário semiestruturado (APÊNDICE B) contendo 13 questões, sendo estas de múltipla escolha e a maioria abertas.

Dentre as Escalas de Beck, para identificar características de ansiedade, foi utilizado o questionário BAI (Inventário de Ansiedade de Beck) (ANEXO B). O BAI foi utilizado por ter tradução e adaptação brasileiras, sendo que a sua consistência interna foi de 0,87 e sua correlação entre teste e reteste foi de 0,06 e 0,11. É uma escala autoaplicável que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. É composto por 21 afirmações que devem ser avaliadas pelo sujeito com referência a si mesmo, em uma escala Likert de quatro pontos, variando de 0 a 3. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. A soma dos escores individuais representa o escore total, que pode variar entre 0 e 63. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade. Utilizou como indicativo de sintomas de ansiedade a classificação recomendada para pacientes não psiquiátricos, sendo nível mínimo para escores de 0 a 7; leve para escores de 8 a 15; moderado, de 16 a 25; e grave para escores de 26 a 63 (CUNHA, 2001).

Para identificar características de depressão foi utilizado o questionário BDI (Inventário de depressão de Beck) (ANEXO C). O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira por Cunha (2001) e contém 21 afirmativas sobre tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e diminuição da libido. O grau de intensidade varia de 0 a 3 em cada afirmativa. O Center for Cognitive Therapy recomenda como pontos de corte para rastreamento: <15=normal, 15-19=disforia, >20=depressão moderada e >30=depressão grave (GORENSTEIN et al., 2000)

Os valores básicos são: 0-9 indicam que o indivíduo não está deprimido; 10-18 indicam depressão leve a moderada; 19-29 indicam depressão moderada a severa; e 30-63 indicam depressão severa. Valores maiores indicam maior severidade dos sintomas depressivos. São indicados para sujeitos de 17 a 80 anos, embora sejam citadas pesquisas desenvolvidas aquém e além desse período etário (VEIRA; COUTINHO, 2008).

4.1.

Variáveis de estudo

4.1.1 Variáveis sociodemográficas

- Idade (anos);
- Sexo (masculino, feminino);
- Cor/raça (Branco, Negro, Amarelo, Pardo, Indígena);
- Série do curso;
- Estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo);
- Escolaridade do pai (Nenhuma, 1-3 anos, 4-7 anos, 8-11 anos, 12 e mais anos);
- Escolaridade da mãe (Nenhuma, 1-3 anos, 4-7 anos, 8-11 anos, 12 e mais anos);
- Tipo de escola no ensino médio (Pública, Privada, Parcialmente em escola privada, outra);
- Local de moradia (Com pais, Pensionato/república, Casa dividida com amigos, Sozinho, Outros);
- Diagnóstico de depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica (sim, não);
- Uso de medicamentos psiquiátricos (sim, não);
- Diagnóstico de depressão na família (sim, não).

4.1.2 Variáveis relativas ao estilo de vida

- Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim (quase nunca, raramente, algumas vezes, com relativa frequência, quase sempre);
- Dou e recebo afeto (quase nunca, raramente, algumas vezes, com relativa frequência, quase sempre);
- Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.) (menos de 1 vez por semana, 1-2 vezes por semana, 3 vezes por semana, 4 vezes por semana, 5 ou mais vezes por semana);
- Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa) (menos de 1 vez por semana, 1-2 vezes por semana, 3 vezes por semana, 4 vezes por semana, 5 ou mais vezes por semana);
- Como uma dieta balanceada (Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Com relativa frequência, Quase sempre);
- Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal bobagens e salgadinhos (Quatro itens, Três itens, Dois itens, Um item, Nenhum);
- Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável (mais de 8 kg, 8 kg, 6 kg, 4 kg, 2 kg);
- Fumo cigarros (Mais de 10 por dia, 1 a 10 por dia, Nenhum nos últimos 6 meses, Nenhum no ano passado, Nenhum nos últimos cinco anos);
- Uso drogas como maconha e cocaína (Quase diariamente, Com relativa frequência, Ocasionalmente, Quase nunca, Nunca);
- Abuso de remédios ou exagero (Quase diariamente, Com relativa frequência, Ocasionalmente, Quase nunca, Nunca);

- Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou “colas”) (Mais de 10 vezes por dia, 7 a 10 vezes por dia, 3 a 6 vezes por dia, 1 a 2 vezes por dia, Nunca);
- Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (mais de 20, 13 a 20, 11 a 12, 8 a 10, 0 a 7);
- Bebo mais de quatro doses em uma ocasião (Quase diariamente, Com relativa frequência, Ocasionalmente, Quase nunca, Nunca);
- Dirijo após beber (Algumas vezes, Quase nunca, Nunca);
- Durmo bem e me sinto descansado (Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Com relativa frequência, Quase sempre);
- Uso cinto de segurança (Nunca, Raramente, Algumas vezes, A maioria das vezes, Sempre);
- Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia a dia (Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Com relativa frequência, Quase sempre);
- Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer (Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Com relativa frequência, Quase sempre);
- Pratico sexo seguro (Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Com relativa frequência, Sempre);
- Aparento estar com pressa (Quase sempre, Com relativa frequência, Algumas vezes, Raramente, Quase nunca);
- Sinto-me com raiva e hostil (Quase sempre, Com relativa frequência, Algumas vezes, Raramente, Quase nunca);
- Penso de forma positiva e otimista (Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Com relativa frequência, Quase sempre);
- Sinto-me tenso e desapontado (Quase sempre, Com relativa frequência, Algumas vezes, Raramente, Quase nunca);
- Sinto-me triste e deprimido (Quase sempre, Com relativa frequência, Algumas vezes, Raramente, Quase nunca);
- Estou satisfeito com meu trabalho ou função (Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Com relativa frequência, Quase sempre);
- Como você avaliaria sua qualidade de vida? (Muito ruim, Ruim, Nem ruim, nem boa, Boa, Muito boa).

4.1.3 Variáveis relativas à ocorrência de automedicação

- Já consumiu medicamentos sem receita médica? (sim e não);
- Você lê a bula dos medicamentos? (sim e não);
- Você tem conhecimentos dos possíveis efeitos adversos? (sim e não);
- Você já consumiu algum medicamento não sujeito à receita médica? (Ácido acetilsalicílico, Ácido ascórbico, Valeriana, Diclofenaco, Tirotricina, Ibuprofeno, Paracetamol, Outros medicamentos não sujeitos à receita médica);
- Qual motivo (clínico) o levou à prática da automedicação? (Dor de cabeça, Febre, Náusea/vômito, Dor de garganta, Prevenção/suplementação, Resfriado, Anticoncepção, Acne, Tosse, Alergia, Estresse, Gastrite, Diarreia, Dor muscular, Outro);

- Qual motivo o levou à prática da automedicação? (Demora em conseguir consulta médica, Custo de uma consulta médica, Não havia necessidade de consulta médica para o problema apresentado, Falta de tempo para ir ao médico, Outro);
- Quem compra o medicamento? (Própria pessoa, Familiares, Amigos, Outros);
- Quem aconselhou/influenciou o uso do medicamento? (Conhecimento próprio, Familiares, Amigos, Farmacêutico, Funcionário da farmácia, Internet, Professor, Prescrição antiga, Outros);
- Se a orientação for própria, em que se baseia para utilizá-los (Costume, uso crônico; Consultou uma vez, resolveu o problema e continuou o uso; Acredito ter conhecimento teórico para me automedicar; Todos meus familiares usam e sei que resolve meu problema; Outro motivo);
- Você utiliza sempre os mesmos medicamentos quando apresenta os mesmos sintomas (Sim, Não, Uso o que estiver disponível em casa);
- Os remédios utilizados sempre estão disponíveis em sua casa? (Sim, procuro sempre ter em casa; Não, mas compro quando preciso; Não, procuro uma unidade de saúde/médico para consultar e pegar receita);
- Qual(is) medicamento(s) mais utilizou nos últimos trinta dias? (Vitamina/antianêmico; Analgésico/antitérmico; AIN/antirreumático; Antibiótico/antimicótico/antiviral/antiparasitário de uso sistêmico; Preparações para tosse e resfriado; Antibiótico/antimicótico/corticoide de uso tópico; Antiasmático/descongestionante; Antidepressivo/ansiolítico/anticonvulsivante; Antiespasmódico; Hormônio sexual; Outros hormônios; Miorrelaxante; Expectorante; Anti-histamínico; Corticoide de uso sistêmico; Antiácido/antiúlcera; Anorexígeno; Anti-hipertensivo; Antiglicêmico; Outros);
- Quantas vezes foi consultado(a) por um médico no último ano? (Nenhuma; Uma; Duas; Mais de duas).

4.2. Análise

A princípio, foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência com o intuito de caracterizar os indivíduos. Para descrição dos resultados serão utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas. A frequência absoluta (n_i) é dada pelo número de vezes em que uma determinada variável assume um determinado valor/categoria em questão. A porcentagem (p_i) é o resultado da razão entre a frequência absoluta e o tamanho da amostra, multiplicado por 100, isto é, $100 \cdot \frac{n_i}{n} \%$.

Foram construídos gráficos de barras empilhados para avaliar a frequência de retorno à doação dos indivíduos de acordo com o grupo e as características socioeconômicas. O gráfico de barras é uma representação gráfica da distribuição de frequências de um conjunto de dados categóricos. As barras são divididas em segmentos de barra posicionados em cima uns dos outros. A altura total de uma barra mostra o número total de respondentes e as alturas dos segmentos de barra representam as frequências absolutas de indivíduos que responderam cada alternativa.

Com o intuito de investigar possíveis associações entre a ansiedade e depressão, determinadas pelos instrumentos BAI (Inventário de Ansiedade de Beck) e BDI (Inventário de depressão de Beck), respectivamente, com as características sociodemográficas dos estudantes, foram calculadas as *odds ratios* (razões de chances), assim como seus respectivos intervalos de confiança de 95% por meio da regressão logística univariada.

Posteriormente, utilizando a metodologia proposta em (HOSMER e LEMESHOW, 1989), foram selecionadas as variáveis que apresentaram associação ao menos moderada ($p < 0, 20$) com a variável que indica a aderência ao tratamento pelo teste qui-quadrado. Tais variáveis foram incluídas no modelo multivariado, que estima a razão de chances considerando possíveis interações entre as variáveis. A qualidade do ajuste do modelo multivariado foi avaliada por meio do teste de *Hosmer e Lemeshow*, utilizando o número de grupos $g = 10$, como proposto por Hosmer e Lemeshow (1980).

Para avaliar a discriminação dos modelos propostos, foram construídas as curvas ROC e TG-ROC. A Curva ROC é um gráfico de sensibilidade pela especificidade, sendo uma ferramenta para avaliar o desempenho do diagnóstico de um modelo de regressão logística. Quanto mais a curva ROC se aproxima da bissetriz (reta na qual a sensibilidade é igual ao complementar da especificidade), menor é a capacidade de discriminação do modelo, ao passo que quanto mais se aproxima do canto superior esquerdo do gráfico, maior é sua capacidade discriminatória.

A área sob a curva ROC foi utilizada para avaliar o desempenho do modelo para discriminar os indivíduos em dois grupos, os que têm ansiedade (ou depressão) e os que não têm. Uma medida discrimina perfeitamente os indivíduos se a área sob a curva é igual a 1. Por outro lado, quando a área sob a curva é igual a 0,5, a medida não permite a discriminação dos grupos. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do

ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.3.1.

Foi realizada a análise descritiva das tabelas de frequências univariadas, com distribuições percentuais para as variáveis qualitativas e com o cálculo de medidas de tendência central como medianas, médias e desvios-padrão para as variáveis quantitativas. A medida de proporcionalidade adotada será a razão de prevalência (RP), que constitui um sucedâneo do risco relativo (RR), geralmente estimado em estudos de corte transversal (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). A medida de significância observada será o teste de associação do qui-quadrado para as variáveis qualitativas, e quando apropriado, o teste de probabilidade exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas será utilizado o Teste t de Student, observando-se o nível de significância de 5% em todas as análises.

4.3. Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Unicesumar, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com número do Parecer: 2.022.114. Para a realização do trabalho de campo, foi obtida autorização da Instituição de Ensino. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), sendo assegurada aos participantes a liberdade de decidir pela participação ou não e que sua desistência não lhes acarretará nenhum tipo de prejuízo.

5. RESULTADOS

5.1. Características sociodemográficas

Tabela 1 - Distribuição de frequências das características socioeconômicas dos participantes da pesquisa

Variável	Frequência	%
Idade		
Menos de 20 anos	72	12,48%
De 20 a 24 anos	377	65,34%
De 25 a 29 anos	87	15,08%
De 30 a 34 anos	29	5,03%
De 35 a 40 anos	8	1,39%
Não respondeu	4	0,69%
Sexo		
Masculino	237	41,07%
Feminino	339	58,75%
Não respondeu	1	0,17%
Cor/raça		

Branca	500	86,66%
Negra	11	1,91%
Amarela	34	5,89%
Parda	30	5,20%
Indígena	1	0,17%
Não respondeu	1	0,17%
Série do curso		
Primeira	156	27,04%
Segunda	106	18,37%
Terceira	134	23,22%
Quarta	78	13,52%
Quinta	60	10,40%
Sexta	43	7,45%
Estado civil		
Solteiro	550	95,32%
Casado	21	3,64%
Divorciado	3	0,52%
Viúvo	2	0,35%
Não respondeu	1	0,17%
Tipo de escola no ensino médio		
Pública	58	10,05%
Privada	483	83,71%
Parcialmente em escola privada	32	5,55%
Não respondeu	4	0,69%
Local de moradia		
Com pais	114	19,76%
Pensionato/república	8	1,39%
Casa dividida com amigos	100	17,33%
Sozinho	309	53,55%
Outros	46	7,97%
Escolaridade do pai		
Nenhuma	1	0,17%
De 1 a 3 anos	2	0,35%
De 4 a 7 anos	37	6,41%
De 8 a 11 anos	111	19,24%
12 anos ou mais	424	73,48%
Não respondeu	2	0,35%
Escolaridade da mãe		
Nenhuma	2	0,35%
De 1 a 3 anos	3	0,52%
De 4 a 7 anos	21	3,64%
De 8 a 11 anos	67	11,61%
12 anos ou mais	482	83,54%
Não respondeu	2	0,35%
Diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica		
Sim	165	28,60%
Não	410	71,06%

Não respondeu	2	0,35%
Uso de medicamentos psiquiátricos		
Sim	153	26,52%
Não	423	73,31%
Não respondeu	1	0,17%
Diagnóstico de depressão na família		
Sim	319	55,29%
Não	256	44,37%
Não respondeu	2	0,35%

Pela Tabela 1, observa-se que quase dois terços dos participantes da pesquisa (65,34%) possuem de 20 a 24 anos de idade, mais da metade (58,75%) é do sexo feminino, 86,66% são da cor/raça branca e 95,32% são solteiros. Percebe-se que há um decréscimo na frequência de respondentes de acordo com a série do curso, sendo que 27,04% dos estudantes são da primeira série, enquanto apenas 7,45% são da sexta série. A grande maioria dos entrevistados (83,71%) cursou o ensino médio em escola privada e mais da metade (53,55%) mora sozinha. Em relação à escolaridade do pai e da mãe, constata-se que, respectivamente, 73,48% e 83,54% estudaram por 12 anos ou mais. Ainda, nota-se que 28,60% dos estudantes que participaram da pesquisa já foram diagnosticados com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica e 26,52% fazem uso de medicamentos psiquiátricos, enquanto mais da metade deles (55,29%) apresenta diagnóstico de depressão na família.

5.2. Automedicação

Tabela 2 - Distribuição de frequências das variáveis relativas à ocorrência de automedicação dos participantes da pesquisa.

Variável	Frequência	%
Já consumiu medicamentos sem receita médica?		
Sim	557	95,87%
Não	22	3,79%
Não respondeu	2	0,34%
Você lê a bula dos medicamentos?		
Sim	375	64,54%
Não	203	34,94%
Não respondeu	3	0,52%
Você tem conhecimentos dos possíveis efeitos adversos?		
Sim	490	84,34%
Não	83	14,29%
Não respondeu	8	1,38%
Você já consumiu algum medicamento não sujeito à receita		

médica? *		
Ácido acetilsalicílico	253	43,55%
Ácido ascórbico	189	32,53%
Valeriana	55	9,47%
Diclofenaco	295	50,77%
Tirotricina	4	0,69%
Ibuprofeno	488	83,99%
Paracetamol	543	93,46%
Não respondeu	11	1,89%
Qual motivo (clínico) o levou à prática da automedicação? *		
Dor de cabeça	531	91,39%
Febre	402	69,19%
Náusea/vômito	270	46,47%
Dor de garganta	432	74,35%
Prevenção/suplementação	97	16,70%
Resfriado	379	65,23%
Anticoncepção	121	20,83%
Acne	55	9,47%
Tosse	245	42,17%
Alergia	267	45,96%
Estresse	90	15,49%
Gastrite	176	30,29%
Diarreia	119	20,48%
Dor muscular	387	66,61%
Não respondeu	8	1,38%
Qual motivo o levou à prática da automedicação? *		
Demora em conseguir consulta médica	48	8,26%
Custo de uma consulta médica	52	8,95%
Não havia necessidade de consulta médica para o problema apresentado	448	77,11%
Falta de tempo para ir ao médico	173	29,78%
Outro	2	0,34%
Não respondeu	21	3,61%
Quem compra o medicamento? *		
Própria pessoa	480	82,62%
Familiares	223	38,38%
Amigos	16	2,75%
Outros	9	1,55%
Não respondeu	3	0,52%
Quem aconselhou/influenciou o uso do medicamento? *		
Conhecimento próprio	409	70,40%
Familiares	337	58,00%
Amigos	105	18,07%
Farmacêutico	149	25,65%
Funcionário da farmácia	40	6,88%
Internet	50	8,61%
Professor	57	9,81%

Prescrição antiga	123	21,17%
Não respondeu	19	3,27%
Se a orientação for própria, em que se baseia para utilizá-los? *		
Costume, uso crônico. Consultou uma vez, resolveu o problema e continuou o uso.	243	41,82%
Acredito ter conhecimento teórico para me automedicar.	210	36,14%
Todos meus familiares usam e sei que resolve meu problema.	120	20,65%
Outro motivo	73	12,56%
Não respondeu	53	9,12%
Você utiliza sempre os mesmos medicamentos quando apresenta os mesmos sintomas?		
Sim	347	59,72%
Não	118	20,31%
Uso o que estiver disponível em casa	115	19,79%
Não respondeu	1	0,17%
Os remédios utilizados sempre estão disponíveis em sua casa?		
Sim, procuro sempre ter em casa.	297	51,12%
Não, mas compro quando preciso.	263	45,27%
Não, procuro uma unidade de saúde/médico para consultar e pegar receita.	6	1,03%
Não respondeu	15	2,58%
Qual(is) medicamento(s) mais utilizou nos últimos trinta dias? *		
Vitamina/antianêmico	115	19,79%
Analgésico/antitérmico	350	60,24%
AIN/antirreumático	31	5,34%
Antibiótico/antimicótico/antiviral/antiparasitário de uso sistêmico	88	15,15%
Preparações para tosse e resfriado	101	17,38%
Antibiótico/antimicótico/corticoide de uso tópico	53	9,12%
Antiasmático/descongestionante	77	13,25%
Antidepressivo/ansiolítico/anticonvulsivante	107	18,42%
Antiespasmódico	18	3,10%
Hormônio sexual	129	22,20%
Outros hormônios	7	1,20%
Miorrelaxante	70	12,05%
Expectorante	30	5,16%
Anti-histamínico	147	25,30%
Corticoide de uso sistêmico	26	4,48%
Antiácido/antiúlcera	70	12,05%
Anorexígeno	3	0,52%
Anti-hipertensivo	4	0,69%
Antiglicêmico	4	0,69%
Não respondeu	51	8,78%
Quantas vezes foi consultado(a) por um médico no último ano?		
Nenhuma	54	9,29%
Uma	115	19,79%
Duas	143	24,61%
Mais de duas	257	44,23%

Não respondeu	12	2,07%
---------------	----	-------

* A questão admite mais de uma resposta.

Pela Tabela 2, observa-se que 95,87% dos estudantes entrevistados já consumiram medicamentos sem receita médica, 64,54% leem a bula dos medicamentos e 84,34% têm conhecimento dos possíveis efeitos adversos. Quando questionados sobre os medicamentos já consumidos, que não são sujeitos à receita médica, os mais citados foram Paracetamol (93,46%), Ibuprofeno (83,99) e Diclofenaco (50,77%). Em relação aos motivos clínicos que levaram à prática da automedicação, os mais citados foram dor de cabeça (91,39%), dor de garganta (74,35%), febre (69,19%), dor muscular (66,61%) e resfriado (65,23%), enquanto que o motivo não clínico mais frequente para a realização de tal prática foi que não havia necessidade de consulta médica para o problema apresentado, citado por 77,11 dos estudantes.

Observa-se que 82,62% dos entrevistados citaram que eles próprios compram o medicamento, enquanto que 70,40% referiram que utilizaram o medicamento por conhecimento próprio e 58,00% que receberam conselhos ou influências de familiares para o uso do medicamento. Ainda, os entrevistados foram questionados que se a orientação for própria, em que eles se baseiam para utilizá-los, sendo que 41,82% disseram que é por costume, uso crônico, consultaram uma vez, o problema foi resolvido e continuaram o uso.

Ainda, vê-se que 59,72% dos estudantes utilizam sempre os mesmos medicamentos quando apresentam os mesmos sintomas e 51,12% apontaram que procuram sempre ter em casa os remédios utilizados. Em relação aos medicamentos que mais utilizaram nos últimos trinta dias, nota-se que os citados com mais frequência foram analgésico/antitérmico (60,24%), anti-histamínico (25,30%) e hormônio sexual (22,20%). Por fim, observa-se que 44,23% dos estudantes foram consultados por um médico mais de duas vezes no último ano, ao passo que 9,29% e 19,79% se consultaram nenhuma ou apenas uma vez no último ano.

5.3. Estilo de vida

Tabela 3 - Distribuição de frequências das variáveis relativas à ocorrência de estilo de vida dos participantes da pesquisa

Questão	Frequência	%
Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim		

Quase nunca	4	0,69%
Raramente	8	1,39%
Algumas vezes	57	9,88%
Com relativa frequência	100	17,33%
Quase sempre	403	69,84%
Não respondeu	5	0,87%
Dou e recebo afeto		
Quase nunca	3	0,52%
Raramente	9	1,56%
Algumas vezes	67	11,61%
Com relativa frequência	123	21,32%
Quase sempre	363	62,91%
Não respondeu	12	2,08%
Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia		
Menos de 1 vez por semana	203	35,18%
1-2 vezes por semana	103	17,85%
3 vezes por semana	124	21,49%
4 vezes por semana	72	12,48%
5 ou mais vezes por semana	65	11,27%
Não respondeu	10	1,73%
Sou moderadamente ativo		
Menos de 1 vez por semana	157	27,21%
1-2 vezes por semana	154	26,69%
3 vezes por semana	78	13,52%
4 vezes por semana	65	11,27%
5 ou mais vezes por semana	85	14,73%
Não respondeu	38	6,59%
Como uma dieta balanceada		
Quase nunca	60	10,40%
Raramente	57	9,88%
Algumas vezes	172	29,81%
Com relativa frequência	185	32,06%
Quase sempre	88	15,25%
Não respondeu	15	2,60%
Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e salgadinhos		
Quatro itens	92	15,94%
Três itens	87	15,08%
Dois itens	189	32,76%
Um item	141	24,44%
Nenhum	56	9,71%
Não respondeu	12	2,08%
Estou no intervalo de ___ kg do meu peso considerado saudável		
Mais de 8 kg	67	11,61%
8 kg	32	5,55%
6 kg	61	10,57%
4 kg	101	17,50%
2 kg	270	46,79%
Não respondeu	46	7,97%
Fumo cigarros		

Mais de 10 por dia	11	1,91%
1 a 10 por dia	40	6,93%
Nenhum nos últimos 6 meses	72	12,48%
Nenhum no ano passado	25	4,33%
Nenhum nos últimos cinco anos	391	67,76%
Não respondeu	38	6,59%
Uso drogas como maconha e cocaína		
Algumas vezes	120	20,80%
Nunca	430	74,52%
Não respondeu	27	4,68%
Abuso de remédios ou exagero		
Quase diariamente	7	1,21%
Com relativa frequência	16	2,77%
Ocasionalmente	48	8,32%
Quase nunca	148	25,65%
Nunca	351	60,83%
Não respondeu	7	1,21%
Ingiro bebidas que contêm cafeína		
Mais de 10 vezes por dia	16	2,77%
7 a 10 vezes por dia	9	1,56%
3 a 6 vezes por dia	144	24,96%
1 a 2 vezes por dia	334	57,89%
Nunca	69	11,96%
Não respondeu	5	0,87%
Minha ingestão média por semana de álcool é ____ doses		
Mais de 20	12	2,08%
13 a 20	15	2,60%
11 a 12	23	3,99%
8 a 10	52	9,01%
0 a 7	466	80,76%
Não respondeu	9	1,56%
Bebo mais de quatro doses em uma ocasião		
Quase diariamente	5	0,87%
Com relativa frequência	88	15,25%
Ocasionalmente	217	37,61%
Quase nunca	145	25,13%
Nunca	115	19,93%
Não respondeu	7	1,21%
Dirijo após beber		
Algumas vezes	236	40,90%
Nunca	321	55,63%
Não respondeu	20	3,47%
Durmo bem e me sinto descansado		
Quase nunca	70	12,13%
Raramente	71	12,31%
Algumas vezes	214	37,09%
Com relativa frequência	148	25,65%
Quase sempre	73	12,65%
Não respondeu	1	0,17%
Uso cinto de segurança		

Nunca	1	0,17%
Raramente	10	1,73%
Algumas vezes	22	3,81%
A maioria das vezes	78	13,52%
Sempre	458	79,38%
Não respondeu	8	1,39%
Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia a dia		
Quase nunca	22	3,81%
Raramente	40	6,93%
Algumas vezes	158	27,38%
Com relativa frequência	232	40,21%
Quase sempre	121	20,97%
Não respondeu	4	0,69%
Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer		
Quase nunca	52	9,01%
Raramente	77	13,34%
Algumas vezes	198	34,32%
Com relativa frequência	140	24,26%
Quase sempre	109	18,89%
Não respondeu	1	0,17%
Pratico sexo seguro		
Quase nunca	61	10,57%
Raramente	20	3,47%
Algumas vezes	69	11,96%
Com relativa frequência	116	20,10%
Sempre	283	49,05%
Não respondeu	28	4,85%
Aparento estar com pressa		
Quase sempre	152	26,34%
Com relativa frequência	152	26,34%
Algumas vezes	187	32,41%
Raramente	63	10,92%
Quase nunca	20	3,47%
Não respondeu	3	0,52%
Sinto-me com raiva e hostil		
Quase sempre	32	5,55%
Com relativa frequência	88	15,25%
Algumas vezes	224	38,82%
Raramente	149	25,82%
Quase nunca	82	14,21%
Não respondeu	2	0,35%
Penso de forma positiva e otimista		
Quase nunca	27	4,68%
Raramente	50	8,67%
Algumas vezes	175	30,33%
Com relativa frequência	206	35,70%
Quase sempre	116	20,10%
Não respondeu	3	0,52%
Sinto-me tenso e desapontado		
Quase sempre	44	7,63%

Com relativa frequência	119	20,62%
Algumas vezes	255	44,19%
Raramente	114	19,76%
Quase nunca	45	7,80%
Não respondeu	0	0%
Sinto-me triste e deprimido		
Quase sempre	28	4,85%
Com relativa frequência	72	12,48%
Algumas vezes	200	34,66%
Raramente	185	32,06%
Quase nunca	91	15,77%
Não respondeu	1	0,17%
Estou satisfeito com meu trabalho ou função		
Quase nunca	13	2,25%
Raramente	44	7,63%
Algumas vezes	117	20,28%
Com relativa frequência	210	36,40%
Quase sempre	186	32,24%
Não respondeu	7	1,21%

OBS.: só foi possível calcular o escore EVF para 409 indivíduos, uma vez que os demais deixaram algumas questões sem resposta.

Foram consideradas as observações dos 577 estudantes que responderam ao instrumento EVF, sendo que se alguma questão foi deixada em branco ou respondida incorretamente a observação foi classificada como “Não respondeu”. Constata-se na Tabela 1 que a maioria dos estudantes entrevistados relatou que quase sempre tem alguém para conversar as coisas que são importantes para eles (69,84%) e quase sempre dão e recebem afeto (62,91%). Quanto à atividade física, 35,18% e 27,21% dos indivíduos apontaram ser vigorosamente e moderadamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia apenas menos de uma vez por semana, respectivamente.

Quase um terço dos estudantes afirmou que come uma dieta balanceada com relativa frequência (32,06%) ou ingere em excesso com frequência dois dos itens a seguir: (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e salgadinhos (32,86%). Pouco menos da metade dos entrevistados (46,79%) apontou que está no intervalo de 2 kg de seus respectivos pesos considerados saudáveis, 67,76% não fumaram cigarro algum nos últimos cinco anos, 74,52% nunca usam drogas como maconha e cocaína, 60,83% nunca abusam de remédios ou exageram e 57,89 ingerem de 1 a 2 vezes por dia bebidas que contêm cafeína.

Quanto ao consumo de álcool, 80,76% indicam que a ingestão média por semana de álcool é de 0 a 7 doses, enquanto que 37,61 bebem ocasionalmente mais de quatro doses em uma ocasião e 40,90% algumas vezes dirigem após beber. Também se

observa que 37,09% dos estudantes dormem bem e se sentem descansados apenas algumas vezes, 79,38% sempre usam cinto de segurança, 40,21% são capazes de lidar com o estresse do dia a dia com relativa frequência e 34,32% relaxam e desfrutam do momento de lazer apenas algumas vezes.

Ainda, percebe-se que quase metade dos respondentes (49,05%) indica que pratica sexo seguro. Em relação ao comportamento e introspecção, nota-se que 32,41% dos entrevistados algumas vezes aparentam estar com pressa, 38,82% algumas vezes sentem-se com raiva ou hostis, 35,70% pensam de forma positiva e otimista com relativa frequência, 44,19% algumas vezes sentem-se tensos e desapontados e 34,66% algumas vezes sentem-se tristes e deprimidos. Por fim, foi observado que 36,40% dos estudantes estão satisfeitos com seu trabalho ou função com relativa frequência. No escore final para a classificação do estilo de vida segundo o questionário “Fantástico”, 84,61% dos estudantes estão classificados segundo o questionário Estilo de Vida Fantástico como “Excelente”, “Muito bom” e “Bom”. Apenas 15,16% como “Regular” e 0,24% “Necessita Melhorar”.

5.4. Classificações de ansiedade e depressão pelos instrumentos BAI e BDI

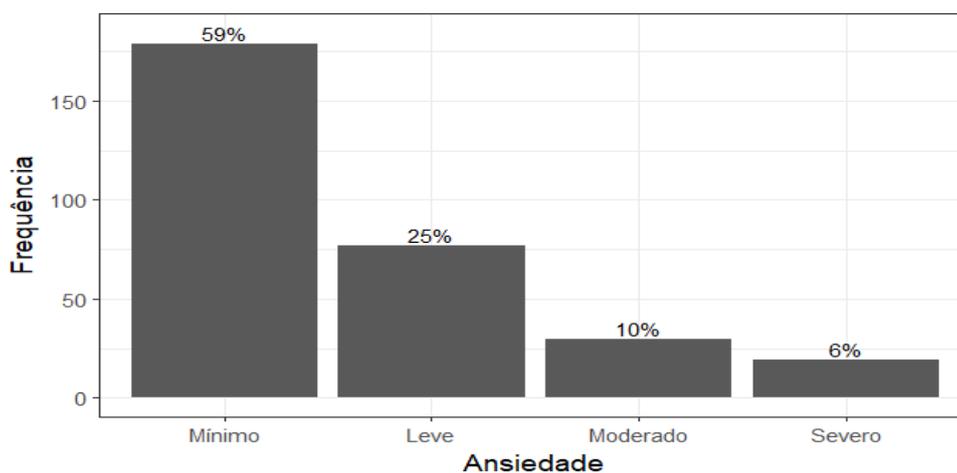


Figura 1 - Distribuição de frequências da classificação de ansiedade do instrumento BAI, obtida pelos participantes da pesquisa

Observa-se na Figura 1 que mais da metade dos estudantes entrevistados apresenta ansiedade mínima, de acordo com a classificação do instrumento BAI, ao passo que 25% deles apresentam ansiedade leve, 10% ansiedade moderada e apenas 6% são caracterizados com ansiedade severa.

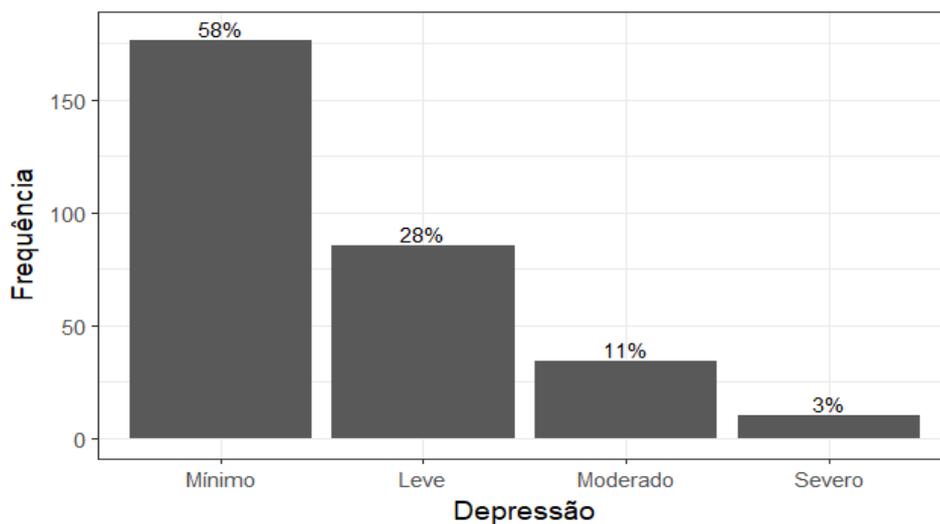


Figura 2 - Distribuição de frequências da classificação de depressão do instrumento BDI, obtida pelos participantes da pesquisa

Já em relação ao diagnóstico de depressão, nota-se na Figura 2 que 58% dos jovens que participaram da pesquisa possuem grau de depressão mínimo e 28% leve, considerando a classificação proposta para o instrumento BDI, enquanto que 11% e 3% apresentam depressão moderada ou severa, respectivamente.

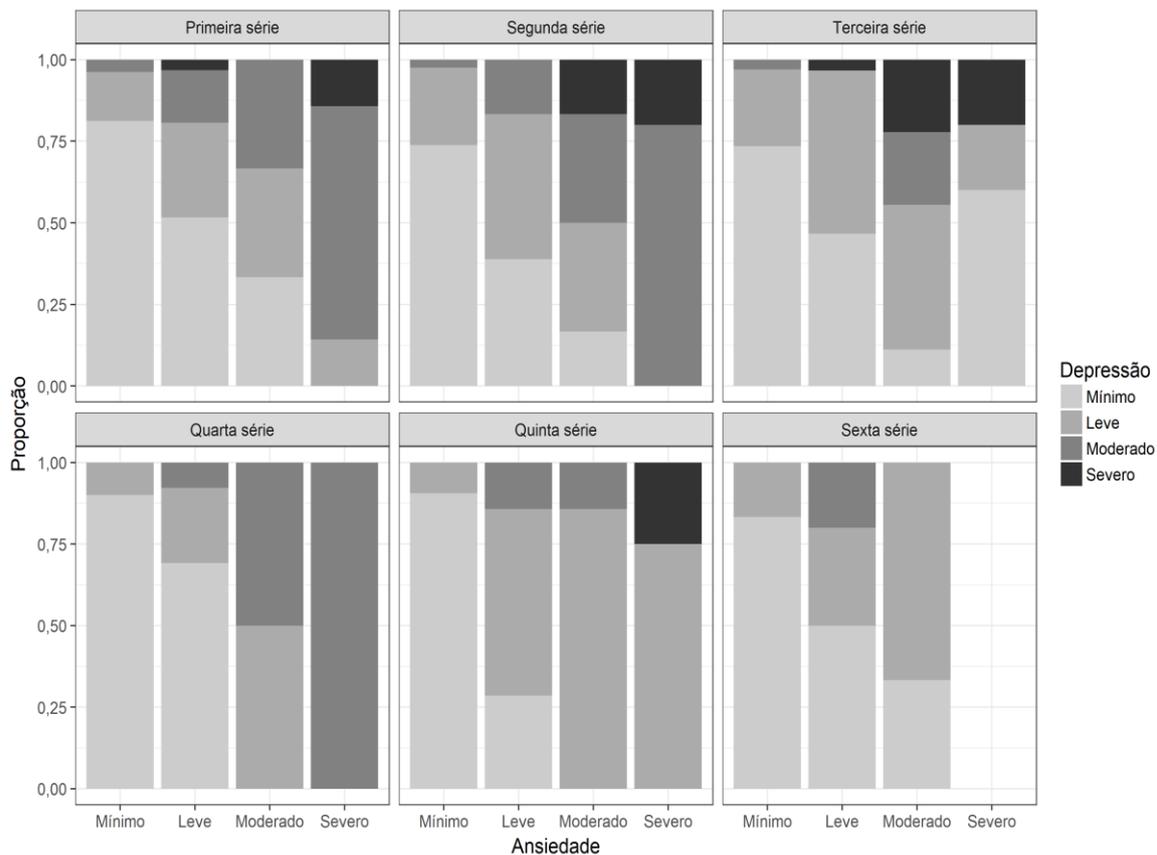


Figura 3 - Distribuição de frequências da classificação de ansiedade do instrumento BAI, de acordo com a classificação de depressão do instrumento BDI, obtidas pelos participantes da pesquisa, por série do curso

Nota-se na Figura 3 que a relação entre a classificação da ansiedade pelo instrumento BAI e a classificação de depressão pelo instrumento BDI é bastante similar entre os estudantes da primeira e segunda séries, enquanto que para os estudantes da terceira série, mais da metade daqueles classificados com depressão severa obteve classificação leve de depressão, assim como os da quinta série. Nota-se também que nenhum aluno que cursa a quarta série obteve classificação severa para a depressão, enquanto que nenhum da sexta série obteve tal classificação para a ansiedade.

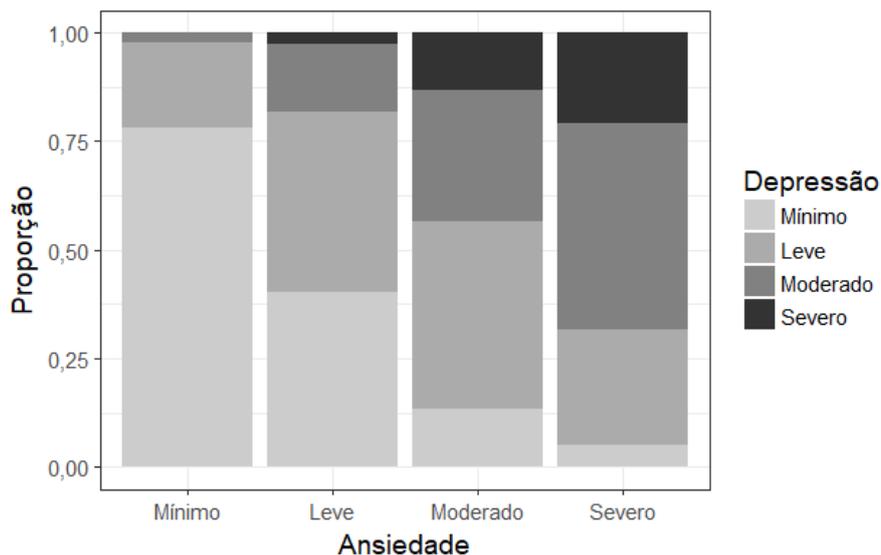


Figura 4 - Distribuição de frequências da classificação de ansiedade do instrumento BAI, de acordo com a classificação de depressão do instrumento BDI, obtidas pelos participantes da pesquisa

Pela Figura 4, nota-se que mais de três quartos dos estudantes que possuem grau mínimo de ansiedade também têm a mesma classificação em relação à depressão. Também é possível notar que a proporção de indivíduos que possuem depressão moderada ou severa aumenta à medida que o grau de ansiedade também aumenta, sendo que entre os que possuem ansiedade mínima nenhum possui depressão severa, enquanto que entre os que possuem ansiedade severa cerca de 20% também possuem depressão severa.

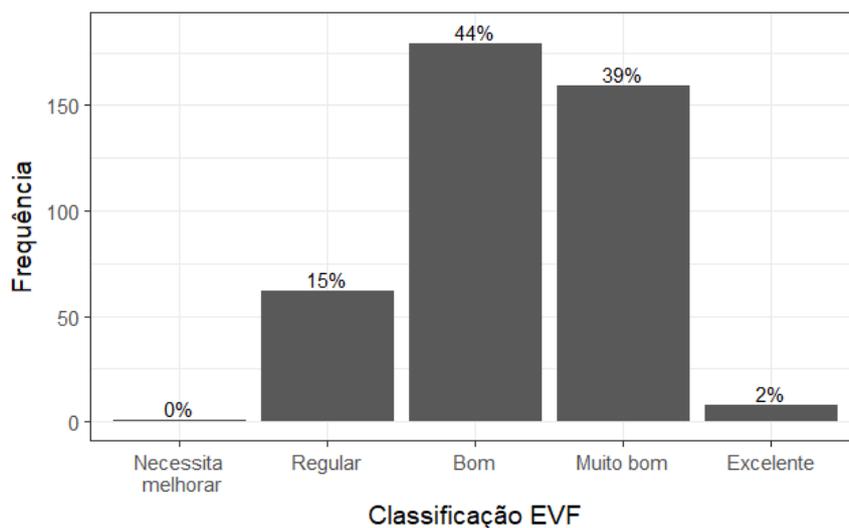


Figura 5 - Distribuição de frequências da classificação de qualidade de vida do instrumento EVF, obtida pelos participantes da pesquisa

De acordo com os resultados do instrumento EVF, vê-se na Figura 4 que nenhum dos estudantes entrevistados foi classificado na categoria “Necessita melhorar” em relação à qualidade de vida, enquanto apenas 2% apresentaram classificação excelente. A maior parte dos participantes da pesquisa teve sua qualidade de vida caracterizada como boa ou muito boa, abrangendo 44% e 39% deles, respectivamente.

5.5. Caracterização de acordo com o grau de Ansiedade

A distribuição de frequências dos fatores considerados, de acordo com o diagnóstico de ansiedade, assim como os resultados do teste de associação qui-quadrado (χ^2) e estimativas da OR bruta, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança e valor p, obtidos através do ajuste de modelos logísticos univariados, estão dispostos na Tabela 4.

Tabela 4 - Análise univariada da ansiedade em função de fatores em estudo e resultado do teste de associação qui-quadrado

Fatores	Ansiedade		OR Bruta	IC 95%	Valor p	Teste Valor p
	Não	Sim				
Sexo						0,083
Masculino	140 (27%)	71 (14%)	1,00	-	-	
Feminino	180 (35%)	126 (24%)	1,38	0,96 - 1,99	0,084	
Cor/raça						0,398
Branca	275 (53%)	176 (34%)	1,00	-	-	
Negra	9 (2%)	2 (0%)	0,35	0,05 - 1,37	0,179	
Amarela	19 (4%)	8 (2%)	0,66	0,27 - 1,49	0,333	
Parda	17 (3%)	12 (2%)	1,10	0,50 - 2,35	0,801	
Série do curso						0,070
Primeira	95 (18%)	50 (10%)	1,00	-	-	
Segunda	47 (9%)	47 (9%)	1,90	1,12 - 3,24	0,018	
Terceira	74 (14%)	49 (9%)	1,26	0,76 - 2,07	0,366	
Quarta	46 (9%)	19 (4%)	0,78	0,41 - 1,47	0,454	
Quinta	38 (7%)	18 (3%)	0,90	0,46 - 1,72	0,753	
Sexta	20 (4%)	16 (3%)	1,52	0,72 - 3,19	0,268	
Estado civil						0,245
Solteiro	309 (60%)	187 (36%)	1,00	-	-	
Outros	11 (2%)	11 (2%)	1,65	0,69 - 3,93	0,250	
Tipo de escola no ensino médio						0,209
Pública	39 (8%)	15 (3%)	1,00	-	-	
Privada	259 (50%)	171 (33%)	1,72	0,94 - 3,30	0,091	

Parcialmente em escola privada	21 (4%)	11 (2%)	1,36	0,52 - 3,49	0,520	
Local de moradia						0,486
Com pais	67 (13%)	35 (7%)	1,00	-	-	
Pensionato/república	3 (1%)	3 (1%)	1,91	0,34 - 10,82	0,441	
Casa dividida com amigos	62 (12%)	31 (6%)	0,96	0,53 - 1,73	0,885	
Sozinho	161 (31%)	115 (22%)	1,37	0,86 - 2,21	0,195	
Outros	27 (5%)	15 (3%)	1,06	0,49 - 2,24	0,873	
Escolaridade do pai						0,124
Menos de 12 anos	99 (19%)	49 (9%)	1,00	-	-	
12 anos ou mais	220 (43%)	149 (29%)	1,37	0,92 - 2,05	0,125	
Escolaridade da mãe						0,037
Menos de 12 anos	59 (11%)	23 (4%)	1,00	-	-	
12 anos ou mais	260 (50%)	175 (34%)	1,73	1,04 - 2,95	0,039	
Diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica						< 0,01
Sim	66 (13%)	91 (18%)	1,00	-	-	
Não	254 (49%)	107 (21%)	0,31	0,21 - 0,45	< 0,01	
Uso de medicamentos psiquiátricos						< 0,01
Sim	58 (11%)	82 (16%)	1,00	-	-	
Não	262 (51%)	116 (22%)	0,31	0,21 - 0,47	< 0,01	
Diagnóstico de depressão na família						< 0,01
Sim	159 (31%)	133 (26%)	1,00	-	-	
Não	160 (31%)	66 (13%)	0,49	0,34 - 0,71	< 0,01	
Idade						0,016
Menos de 20 anos	41 (8%)	25 (5%)	1,00	-	-	
De 20 a 24 anos	198 (38%)	143 (28%)	1,18	0,69 - 2,06	0,540	
De 25 a 40 anos	80 (16%)	29 (6%)	0,59	0,31 - 1,15	0,119	
Já consumiu medicamentos sem receita médica?						0,120
Sim	301 (58%)	194 (38%)	1,00	-	-	
Não	17 (3%)	5 (1%)	0,46	0,15 - 1,18	0,129	
Você lê a bula dos medicamentos?						0,102
Sim	201 (39%)	138 (27%)	1,00	-	-	
Não	118 (23%)	59 (11%)	0,73	0,5 - 1,06	0,102	
Você tem conhecimentos dos possíveis efeitos adversos?						0,289
Sim	267	170	1,00	-	-	

	(52%)	(33%)				
Não	50 (10%)	24 (5%)	0,75	0,44 - 1,26	0,290	
Tabagismo (fuma 1 ou mais cigarros por dia)						0,564
Não	267 (56%)	166 (35%)	1,00	-	-	
Sim	31 (6%)	16 (3%)	0,83	0,43-1,54	0,565	
Usa drogas como maconha e cocaína (algumas vezes)						0,142
Não	248 (50%)	137 (28%)	1,00	-	-	
Sim	63 (13%)	48 (10%)	1,38	0,9-2,12	0,142	
Álcool (ingestão média de mais de 7 doses por semana)						0,796
Não	261 (51%)	162 (32%)	1,00	-	-	
Sim	53 (10%)	35 (7%)	1,06	0,66-1,7	0,796	
Trabalho (está satisfeito quase sempre ou com relativa frequência com o trabalho ou função)						< 0,01
Sim	247 (48%)	105 (20%)	1,00	-	-	
Não	70 (14%)	91 (18%)	3,06	2,08-4,51	< 0,01	
Remédios (abusa de remédios ocasionalmente, com relativa frequência ou quase diariamente)						< 0,01
Não	290 (56%)	160 (31%)	1,00	-	-	
Sim	28 (5%)	36 (7%)	2,33	1,37-3,99	< 0,01	

OR: *odds ratio*;

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança para OR.

Os resultados apresentados na Tabela 4 mostram que apenas 38% dos estudantes avaliados foram caracterizados como tendo ansiedade (leve, moderada ou severa), de acordo com a classificação do instrumento BAI. Nota-se que os estudantes do segundo ano apresentam 90% de chances a mais de ter ansiedade em relação àqueles do primeiro ano (OR = 1,90), assim como aqueles cujas mães estudaram por 12 anos ou mais têm 73% de chances a mais (OR = 1,73).

Nota-se que para os jovens que nunca foram diagnosticados com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica, não usam medicamentos psiquiátricos e que não apresentam diagnóstico de depressão na família, as chances de ter ansiedade são menores do que para aqueles que apresentam tais características (OR de 0,31; 0,31 e 0,49; respectivamente). Para as demais características, não houve evidências suficientes de que as diferenças observadas na razão de chances de ter ansiedade são significativas.

Ainda, observa-se que os estudantes que não estão satisfeitos com seu trabalho têm o triplo de chances de ter ansiedade em relação aos que estão satisfeitos (OR = 3,06), enquanto os que abusam de remédios têm 133% de chances a mais se comparados com os que nunca ou quase nunca abusam de remédios (OR = 2,33). Para as demais características, não houve evidências suficientes de que as diferenças observadas na razão de chances de ter ansiedade são significativas.

De acordo com os resultados do teste de associação qui-quadrado, também dispostos na Tabela 3, é possível notar que os fatores escolaridade da mãe, diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica, uso de medicamentos psiquiátricos, diagnóstico de depressão na família e idade apresentam associação significativa com a ansiedade, considerando um nível de 5% de significância. Além dessas variáveis, sexo, série do curso, escolaridade do pai, já consumiu medicamentos sem receita médica e você lê a bula dos medicamentos também foram incluídos no modelo de regressão logística multivariado, pois apresentaram associação ao menos moderada, com valor p menor que 0,20.

Assim, a Tabela 5 apresenta os resultados das estimativas da razão de chances (OR ajustada), com seus respectivos intervalos de 95% de confiança e valores p, obtidos através do ajuste de um modelo logístico multivariado.

Tabela 5 - Análise multivariada da ansiedade em função de fatores em estudo

Fatores	OR Ajustada	IC 95%	Valor p
Sexo			
Masculino	1,00	-	-
Feminino	1,20	0,78 - 1,86	0,409
Série do curso			
Primeira	1,00	-	-
Segunda	1,64	0,87 - 3,12	0,126
Terceira	1,13	0,59 - 2,15	0,718
Quarta	0,70	0,31 - 1,56	0,383
Quinta	0,90	0,38 - 2,07	0,807
Sexta	1,96	0,73 - 5,23	0,178
Escolaridade do pai			
Menos de 12 anos	1,00	-	-
12 anos ou mais	1,19	0,71 - 2,02	0,506
Escolaridade da mãe			
Menos de 12 anos	1,00	-	-
12 anos ou mais	1,38	0,71 - 2,71	0,348
Diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica			
Sim	1,00	-	-
Não	0,52	0,29 - 0,91	0,023

Uso de medicamentos psiquiátricos			
Sim	1,00	-	-
Não	0,53	0,3 - 0,96	0,037
Diagnóstico de depressão na família			
Sim	1,00	-	-
Não	0,58	0,37 - 0,9	0,015
Idade			
Menos de 20 anos	1,00	-	-
De 20 a 24 anos	0,86	0,44 - 1,69	0,650
De 25 a 40 anos	0,42	0,18 - 1	0,051
Já consumiu medicamentos sem receita médica?			
Sim	1,00	-	-
Não	1,05	0,29 - 3,23	0,938
Você lê a bula dos medicamentos?			
Sim	1,00	-	-
Não	0,70	0,44 - 1,1	0,126
Usa drogas como maconha e cocaína (algumas vezes)			
Não	1,00	-	-
Sim	1,00	0,6 - 1,65	0,986
Trabalho (está satisfeito quase sempre ou com relativa frequência com o trabalho ou função)			
Sim	1,00	-	-
Não	2,21	1,40-3,50	< 0,01
Remédios (abusa de remédios ocasionalmente, com relativa frequência ou quase diariamente)			
Não	1,00	-	-
Sim	2,03	1,05 - 3,92	0,034

OR: *odds ratio*;

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança para OR.

Como pode ser visto na Tabela 5, cursar a segunda série do curso se manteve como fator que aumenta as chances de ansiedade, assim como nunca ter sido diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica, não usar medicamentos psiquiátricos e não apresentar diagnóstico de depressão na família se mantiveram como fatores que diminuem significativamente as chances de ter ansiedade, quando as variáveis são analisadas conjuntamente.

Ainda, observa-se que os estudantes que não estão satisfeitos com seu trabalho têm mais que o dobro de chances de ter ansiedade em relação aos que estão satisfeitos (OR =2,21), enquanto os que abusam de remédios têm 103% de chances a mais se comparados com os que nunca ou quase nunca abusam de remédios (OR =2,03). Para as demais características, não houve evidências suficientes de que as diferenças observadas na razão de chances de ter ansiedade são significativas.

De acordo com o teste de *Hosmer e Lemeshow* para a verificação da adequação do modelo (com número de grupos $g = 10$), não há evidências suficientes que apontem que o modelo está mal ajustado (valo p de 0,1544).

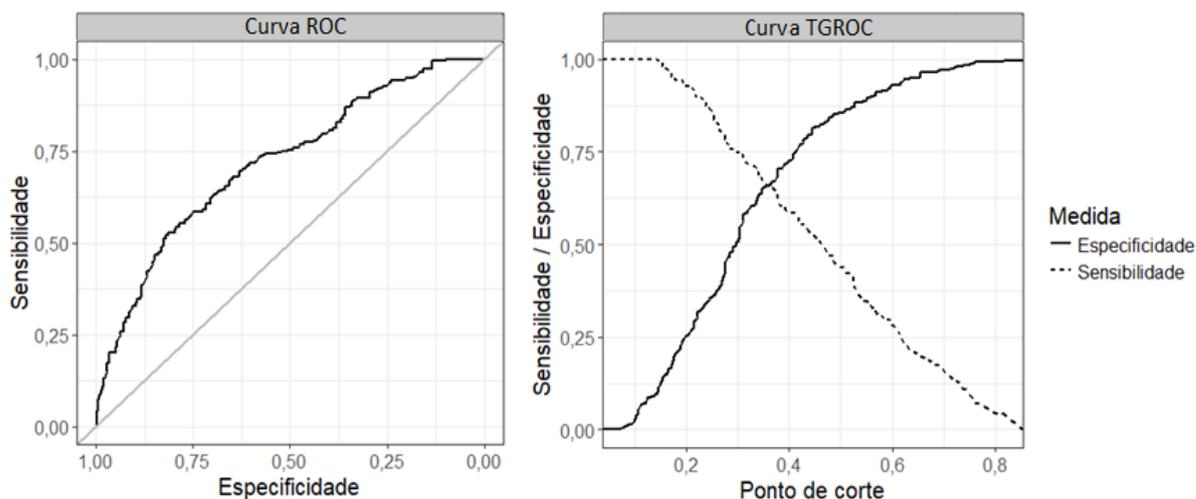


Figura 6 – Curva ROC e curva TG-ROC do modelo de regressão logística multivariado para a ansiedade

A Figura 5 apresenta a curva ROC e TG-ROC do modelo proposto para a ansiedade. A área sob a curva ROC obtida para esse modelo foi de 0,7176, considerada aceitável de acordo com os critérios propostos por Hosmer e Lemeshow (1989). Já o ponto ótimo de classificação apresentado na curva TG-ROC é de 0,3559.

5.6. Caracterização de acordo com grau de depressão

Assim como para a ansiedade, a Tabela 5 apresenta a distribuição de frequências dos fatores considerados, de acordo com o diagnóstico de depressão, e também os resultados do teste de associação qui-quadrado (χ^2) e estimativas da OR bruta, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança e valor p, obtidos através do ajuste de modelos logísticos univariados.

Tabela 6 - Análise univariada da depressão em função de fatores em estudo e resultado do teste de associação qui-quadrado

Fatores	Depressão		OR Bruta	IC 95%	Valor p	Teste Valor p
	Não	Sim				
Sexo						< 0,01
Masculino	146 (30%)	47 (10%)	1,00	-	-	
Feminino	170 (35%)	125 (26%)	2,28	1,54-3,44	< 0,01	
Cor/raça						0,560
Branca	276	152	1,00	-	-	

	(56%)	(31%)				
Negra	6 (1%)	4 (1%)	1,21	0,31-4,3	0,770	
Amarela	19 (4%)	6 (1%)	0,57	0,21-1,39	0,246	
Parda	15 (3%)	11 (2%)	1,33	0,58-2,96	0,484	
Série do curso						< 0,01
Primeira	89 (18%)	44 (9%)	1,00	-	-	
Segunda	45 (9%)	41 (8%)	1,83	1,06-3,23	0,031	
Terceira	73 (15%)	46 (9%)	1,27	0,76-2,14	0,357	
Quarta	54 (11%)	12 (2%)	0,45	0,21-0,9	0,030	
Quinta	33 (7%)	20 (4%)	1,23	0,63-2,37	0,547	
Sexta	22 (4%)	11 (2%)	1,01	0,44-2,24	0,978	
Estado civil						0,405
	303	163				
Solteiro	(62%)	(33%)	1,00	-	-	
Outros	13 (3%)	10 (2%)	1,43	0,6-3,32	0,407	
Tipo de escola no ensino médio						0,267
Pública	36 (7%)	15 (3%)	1,00	-	-	
	262	143				
Privada	(54%)	(29%)	1,31	0,71-2,54	0,405	
Parcialmente em escola privada	17 (3%)	15 (3%)	2,12	0,85-5,38	0,110	
Local de moradia						0,126
Com pais	70 (14%)	25 (5%)	1,00	-	-	
Pensionato/república	3 (1%)	2 (0%)	1,87	0,24-11,9	0,508	
Casa dividida com amigos	54 (11%)	32 (7%)	1,66	0,88-3,14	0,116	
	166	93 (19%)				
Sozinho	(34%)		1,57	0,94-2,68	0,091	
Outros	23 (5%)	22 (4%)	2,68	1,28-5,67	< 0,01	
Escolaridade do pai						0,084
Menos de 12 anos	99 (20%)	42 (9%)	1,00	-	-	
	215	132				
12 anos ou mais	(44%)	(27%)	1,45	0,95-2,22	0,085	
Escolaridade da mãe						0,656
Menos de 12 anos	51 (10%)	31 (6%)	1,00	-	-	
	263	143				
12 anos ou mais	(54%)	(29%)	0,89	0,55-1,47	0,656	
Diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica						< 0,01
Sim	67 (14%)	78 (16%)	1,00	-	-	
	249	95 (19%)				
Não	(51%)		0,33	0,22-0,49	< 0,01	
Uso de medicamentos psiquiátricos						< 0,01
Sim	61 (12%)	64 (13%)	1,00	-	-	
	254	110				
Não	(52%)	(22%)	0,41	0,27-0,63	< 0,01	
Diagnóstico de depressão na família						< 0,01
Sim	159	124				
	(33%)	(25%)	1,00	-	-	
Não	156	50 (10%)	0,41	0,28-0,61	< 0,01	
	(32%)					
Idade						0,277

Menos de 20 anos	37 (8%)	25 (5%)	1,00	-	-	
	207	118	0,84	0,49-1,48	0,549	
De 20 a 24 anos	(43%)	(24%)				
De 25 a 40 anos	71 (15%)	29 (6%)	0,60	0,31-1,18	0,139	
Já consumiu medicamentos sem receita médica?						0,175
	299	170	1,00	-	-	
Sim	(61%)	(35%)				
Não	15 (3%)	4 (1%)	0,47	0,13-1,32	0,185	
Você lê a bula dos medicamentos?						0,473
	201	116	1,00	-	-	
Sim	(41%)	(24%)				
	114	57 (12%)	0,87	0,58-1,28	0,473	
Não	(23%)					
Você tem conhecimentos dos possíveis efeitos adversos?						0,760
	265	147	1,00	-	-	
Sim	(55%)	(30%)				
Não	47 (10%)	24 (5%)	0,92	0,53-1,55	0,760	
Tabagismo (fuma 1 ou mais cigarros por dia)						0,722
	269	147	1,00	-	-	
Não	(59%)	(32%)				
Sim	26 (6%)	16 (3%)	1,13	0,57-2,15	0,722	
Usa drogas como maconha e cocaína (algumas vezes)						0,742
	237	132	1,00	-	-	
Não	(51%)	(28%)				
Sim	66 (14%)	34 (7%)	0,92	0,58-1,46	0,742	
Álcool (ingestão média de mais de 7 doses por semana)						0,828
	260	142	1,00	-	-	
Não	(54%)	(29%)				
Sim	52 (11%)	30 (6%)	1,06	0,64-1,72	0,828	
Trabalho (está satisfeito quase sempre ou com relativa frequência com o trabalho ou função)						< 0,01
	45 (9%)	94 (19%)	1,00	-	-	
Sim	267	79 (16%)	7,06	4,60-10,99	< 0,01	
Não	(55%)					
Remédios (abusa de remédios ocasionalmente, com relativa frequência ou quase diariamente)						< 0,01
	283	139	1,00	-	-	
Não	(58%)	(29%)				
Sim	31 (6%)	32 (7%)	2,10	1,23-3,6	< 0,01	

OR: *odds ratio*;

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança para OR.

Os resultados apresentados na Tabela 6 mostram que 35% dos participantes da pesquisa foram diagnosticados com depressão (leve, moderada ou severa), de acordo

com a classificação do instrumento BDI. Nota-se que as estudantes do sexo feminino apresentam mais do que o dobro de chances de terem depressão em relação aos homens (OR = 2,28). Ainda, é possível observar que os estudantes do segundo ano apresentam 83% de chances a mais de ter depressão, enquanto que os da quarta série têm a metade das chances em relação àqueles do primeiro ano (OR de 1,83 e 0,45, respectivamente). As chances de depressão dos indivíduos que apontaram outros como local de maioria são maiores se comparados aos que moram com os pais (OR = 2,68).

Ainda, observa-se que os estudantes que não estão satisfeitos com seu trabalho têm a sétupla chance de ter ansiedade em relação aos que estão satisfeitos (OR = 7,06), enquanto os que abusam de remédios têm 110% de chances a mais se comparados com os que nunca ou quase nunca abusam de remédios (OR = 2,10). Para as demais características, não houve evidências suficientes de que as diferenças observadas na razão de chances de ter ansiedade são significativas.

Também se observa que para os jovens que nunca foram diagnosticados com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica, que não usam medicamentos psiquiátricos e que não apresentam diagnóstico de depressão na família, as chances de ter depressão são menores do que para os que apresentam tais características (OR de 0,34; 0,41 e 0,41, respectivamente). Para as demais características, não houve evidências suficientes de que as diferenças observadas na razão de chances de ter depressão são significativas.

Ainda, observa-se que os estudantes que não estão satisfeitos com seu trabalho têm 7 vezes as chances de ter depressão em relação aos que estão satisfeitos (OR = 7,06), enquanto os que abusam de remédios têm o dobro de chances se comparados com os que nunca ou quase nunca abusam de remédios (OR = 2,10). Para as demais características, não houve evidências suficientes de que as diferenças observadas na razão de chances de ter depressão são significativas.

De acordo com os resultados do teste de associação qui-quadrado, também dispostos na Tabela 6, é possível notar que os fatores sexo, série do curso, diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica, uso de medicamentos psiquiátricos e diagnóstico de depressão na família apresentam associação significativa com a depressão, considerando um nível de 5% de significância. Além dessas variáveis, o local de moradia, escolaridade do pai e se já consumiram medicamentos sem receita médica também foram incluídos no modelo de regressão logística multivariado, pois apresentaram associação ao menos moderada, com valor p menor que 0,20.

Assim, a Tabela 7 apresenta os resultados das estimativas da razão de chances (OR ajustada), com seus respectivos intervalos de 95% de confiança e valores p, obtidos através do ajuste de um modelo logístico multivariado.

Tabela 7 - Análise multivariada da depressão em função de fatores em estudo

Fatores	OR Ajustada	IC 95%	Valor p
Sexo			
Masculino	1,00	-	-
Feminino	2,67	1,63 - 4,44	< 0,01
Série do curso			
Primeira	1,00	-	-
Segunda	1,41	0,71 - 2,8	0,322
Terceira	0,99	0,52 - 1,87	0,968
Quarta	0,31	0,12 - 0,73	< 0,01
Quinta	0,82	0,36 - 1,82	0,623
Sexta	0,75	0,27 - 2	0,573
Local de moradia			
Com pais	1,00	-	-
Pensionato/república	4,52	0,42 - 37,25	0,172
Casa dividida com amigos	1,87	0,87 - 4,08	0,111
Sozinho	1,20	0,65 - 2,28	0,565
Outros	2,61	1,04 - 6,67	0,042
Escolaridade do pai			
Menos de 12 anos	1,00	-	-
12 anos ou mais	1,29	0,77 - 2,18	0,345
Diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica			
Sim	1,00	-	-
Não	0,50	0,26 - 0,94	0,032
Uso de medicamentos psiquiátricos			
Sim	1,00	-	-
Não	0,82	0,42 - 1,59	0,552
Diagnóstico de depressão na família			
Sim	1,00	-	-
Não	0,40	0,24 - 0,66	< 0,01
Já consumiu medicamentos sem receita médica?			
Sim	1,00	-	-
Não	0,81	0,18 - 2,94	0,768
Trabalho (está satisfeito quase sempre ou com relativa frequência com o trabalho ou função)			
Sim	1,00	-	-
Não	6,30	3,81 - 10,59	< 0,01
Remédios (abusa de remédios ocasionalmente, com relativa frequência ou quase diariamente)			
Não	1,00	-	-
Sim	1,73	0,86 - 3,5	0,123

OR: odds ratio;

-IC 95%: Intervalo de 95% de confiança para OR.

Como pode ser visto na Tabela 7, o sexo feminino e ter outros por local de moradia se mantiveram como fatores de risco, que aumentam significativamente as chances de depressão, sendo que pela análise multivariada, ter a casa dividida com amigos também aumenta as chances de tal diagnóstico (OR = 2,08). Ainda, observa-se que os estudantes que não estão satisfeitos com seu trabalho têm a sêxtupla chance de ter ansiedade em relação aos que estão satisfeitos (OR = 6,30), enquanto os que abusam de remédios têm 73% de chances a mais se comparados com os que nunca ou quase nunca abusam de remédios (OR = 1,73). Para as demais características, não houve evidências suficientes de que as diferenças observadas na razão de chances de ter ansiedade são significativas.

Por outro lado, na análise conjunta, estar na quarta série do curso, nunca ter sido diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica e não apresentar diagnóstico de depressão na família se mantiveram como fatores que diminuem significativamente as chances de ter depressão.

De acordo com o teste de *Hosmer e Lemeshow* para a verificação da adequação do modelo (com número de grupos $g = 10$), não há evidências suficientes que apontem que o modelo está mal ajustado (valor p de 0,9451).

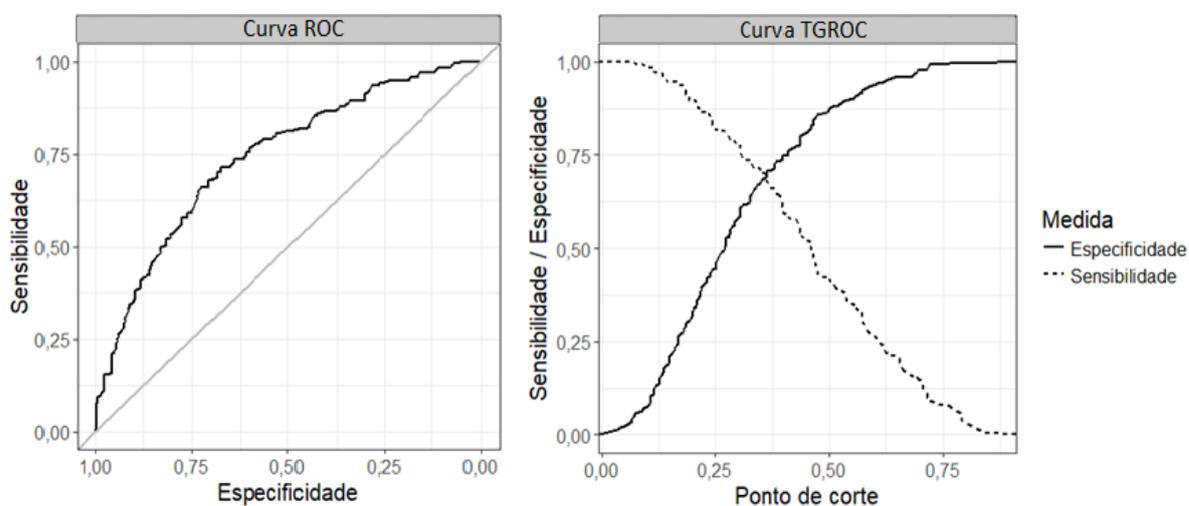


Figura 7 – Curva ROC e curva TGROC do modelo de regressão logística multivariado para a depressão

A área sob a curva ROC, apresentada na Figura 6, obtida para o modelo proposto foi de 0,7407, considerada aceitável de acordo com os critérios propostos por

Hosmer e Lemeshow (1989). Já o ponto ótimo de classificação apresentado na curva TG-ROC é de 0,3797.

6 DISCUSSÃO

A idade média dos universitários foi de 20 a 24 anos, dado também observado nos trabalhos de Teh et al (2015), Kunwar et al (2015), Wahed et al (2016) e Heinen et al (2017), visto que é a idade rotineira, mas não exclusiva, em que as pessoas estão na universidade. Os dados também revelam uma disparidade existente entre as demais faixas etárias, com menor participação daqueles que estão entre 35 e 40 anos de idade (1,39%) e entre os menores de 20 anos representando 12,48% dos universitários.

Assim como neste estudo, Teh et al. (2015) e Filho et al. (2017) verificaram que o estado civil dos estudantes é majoritariamente solteiro, possuindo independência financeira, e sem filhos. Santos et al (2014) encontrou valores mais elevados ainda, totalizando 84,21% dos estudantes sendo solteiros.

O estado civil pode influenciar na falta de apoio social dos pares durante a adolescência, o que representa um fator de risco para sintomas depressivos durante a adolescência e a adultez emergente (GORE; ASELTINE, 2003; PETTIT et al., 2011). Agolla e Ongori (2008), em seu estudo, verificaram que 42% dos alunos referiram que seus relacionamentos não estavam causando algum nível de estresse. Sendo assim, associações entre relacionamentos românticos e sintomas depressivos são muito raros e relativamente difíceis de interpretar (VILLATTE et al., 2017). Portanto, os estudos apontam que tanto o ingresso, permanência e a não evasão acadêmica quanto o perfil dessa população vêm acompanhado de inúmeros significados, pois representam um período repleto de inúmeras transformações psicossociais e, também, uma fase acentuada por uma autoafirmação (VIEIRA, 2006).

No que se refere ao sexo, assim como neste estudo, outros resultados estão de acordo com uma parcela importante do sexo feminino. De acordo com o Censo da Educação Superior do Brasil de 2017, de um total de 6.058.623 matrículas, a presença majoritária é do sexo feminino com 71,7% das matrículas. Vários outros resultados semelhantes foram encontrados por Santos et al (2014); Barbosa et al (2015); Vasconcelos et al (2015); Kulsoom e Afsar (2015); Sousa e Borges (2016) e Villatte (2017). No estudo de Wallace et al (2017), 68% eram mulheres e cerca de metade

(55%) nunca foi casada e 80% não tinham filhos. Resende et al (2008) também encontrou em seu estudo predominância de acadêmicas do sexo feminino e atribuiu tal fato no Brasil a um processo de aumento marcante de mulheres na profissão médica.

Bernardi (2012) sugere que, embora o perfil dos estudantes seja predominantemente de famílias com alto capital intelectual, demonstrado pelo tipo de escola no ensino médio, com 83,71%, sendo privada, a média de 12 anos ou mais de estudo de seus genitores (mais de 70%), a grande maioria ser de cor branca (86,66%), (WALLACE et al.,2017) e morarem sozinhos (53,55%), quadros de ansiedade severa podem e devem ser trabalhados com muita cautela, visto que poderão representar distúrbios importantes, infligindo fobias sociais e bloqueios psicológicos aos estudantes. Corroborando com tais dados está o estudo de Agolla e Ongori (2008), no qual concluíram que 75% dos estudantes apontaram que as pessoas em casa ou no campus fazem com que eles se sintam ansiosos.

Teh et al (2015) afirma que os estudantes com menor renda familiar total por mês podem encontrar problemas com as despesas diárias (AGOLLA; ONGORI, 2008) e, assim, contribuir para os fatores precipitantes para a depressão. Assim sendo, os autores postularam que tal fato se deva à adição de estressores à vida dos alunos, em particular para sustentar os gastos diários, bem como a educação médica já dispendiosa.

Outro dado diferente ao encontrado na presente pesquisa e na de Villatte et al (2017) está na educação dos pais. As autoras encontraram que 36,2% dos participantes disseram que a educação de seu pai era equivalente a um nível de ensino secundário, 33,7% que a educação de sua mãe era equivalente a um nível de faculdade e uma pequena proporção disse que sua mãe (5,1%) e seu pai (7,5%) tinham um nível de ensino primário. Em relação à classificação de ansiedade, uma prevalência de 59% dos estudantes apresentou ansiedade mínima neste estudo, seguida de 25% leve, 10% moderada e 6% severa. Diferente do estudo realizado por Teh et al (2015), em que a prevalência de ansiedade de moderada a extremamente grave foi de 55,5%. Ibrahim e Abdelreheem (2015), em seu estudo, na cidade de Alexandria, com número total de 164 alunos da Faculdade de Medicina, encontraram uma prevalência de ansiedade na faixa de 92 (56,1%), 55 (33,5%) e 17 (10,4%), classificadas como muito baixos, moderados e graves, respectivamente.

Wahed e Hassan (2016) apontaram um valor ainda maior em seu estudo com 442 alunos, em que a prevalência de ansiedade entre os estudantes ficou em 64,3%. Moreira e Furegato (2013) consideram este um dos fatores que podem desencadear o

estresse, levando ao agravamento do sistema imune (LYRA et al., 2010), com consequente aumento de quadros depressivos (SOUSA E BORGES, 2016). Contrapondo-se aos nossos achados, Rezendei et al (2008), em seu estudo, verificou além de uma certa homogeneidade quanto aos graus sugestivos de depressão, uma maior frequência em torno da classificação leve a moderada.

A frequência de depressão é uma condição de altíssima gravidade, mesmo sendo diagnosticada em classificação mínima (58%), seguida de 28% leve, 11% moderada e 3% severa, no presente estudo, pois é condição inicial para ideações suicidas (CAVESTRO E ROCHA, 2006).

Ansiedade e depressão são problemas mundiais que refletem a saúde mental da população (MITCHELL et al., 1983), sendo que a presença de sintomas ansiosos também contribui para a presença de sintomas depressivos na adultez emergente (VILLATTE et al., 2017).

Cavestro e Rocha (2006) e Heinen (2017) apontaram que os estudantes de Medicina relataram níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que amostras de referência. Estudos realizados por Vasconcelos et al (2015) indicam uma prevalência nos estudantes de quadros sugestivos de ansiedade e depressão. Ainda segundo o autor, a ocorrência de distúrbios de humor e ansiedade ainda na graduação, quando não detectada e adequadamente tratada, pode se perpetuar ou agravar durante a residência médica e na atividade profissional.

Para Villatte et al (2017), a presença de sintomas depressivos nesses alunos é resultado de uma combinação simultânea de múltiplos fatores de risco, sejam sociodemográficos, pessoais, familiares ou acadêmicos. A comorbidade entre depressão e ansiedade é muito marcante, implicando gravidade de sintomas (APÓSTOLO et al., 2011), além do desenvolvimento de outras psicopatologias (GROLLI et al., 2017). Dados da literatura apontam, com frequência, sintomas comórbidos entre depressão, ansiedade e uso de substâncias psicoativas, principalmente (PFEIFER et al., 2011).

Dentro da população estudantil, certos subgrupos correm particularmente um risco maior de sofrer sintomas depressivos (VILLATTE et al., 2017). Muitas pesquisas relataram ansiedade e depressão entre os estudantes de Medicina, especialmente no seu primeiro ano letivo, uma vez que estes sofrerão mais com estressores acadêmicos, como sobrecarga de informação, falta de tempo de lazer e avaliação acadêmica (IBRAHIM E ABDELREHEEM, 2015).

Na representação da relação entre a classificação da ansiedade pelo instrumento BAI e a classificação de depressão pelo instrumento BDI do primeiro ao sexto ano, nota-se que os graus de ansiedade e de depressão são bastante similares e mais altos entre os estudantes da primeira e segunda séries. No estudo realizado por Jadoon et al (2010), sobre a prevalência de ansiedade e depressão entre estudantes de Medicina na Nishtar Medical College, Multan, a prevalência de ansiedade e depressão entre os estudantes do primeiro, segundo, terceiro, quarto e último anos foi de 45,86%, 52,58%, 47,14%, 28,75% e 45,10%, respectivamente, corroborando com os dados deste trabalho.

Kulsoom e Afsar (2015), em seu estudo para avaliar os traços de depressão, ansiedade e estresse entre os alunos em relação a razões subjacentes potenciais, encontraram resultados que sugerem que, entre os estudantes de Medicina da Universidade Alfaisal, existe um alto nível de depressão, ansiedade e estresse, que tende a permanecer muito maior se um grande exame estiver próximo. Os níveis de ansiedade apresentaram-se maiores no 4º ano.

Aguiar et al (2009), em seu estudo no Ceará, para identificar o perfil sociodemográfico dos acadêmicos de Medicina e avaliar a prevalência de sintomas de estresse nesses estudantes, encontrou como sendo o quarto semestre o período com níveis mais altos desses sintomas ($p = 0,002$). Amaral et al (2008), em seu estudo, que teve como objetivo investigar a prevalência de sintomas depressivos em alunos de Medicina da Universidade Federal de Goiás, comparando com a população em geral e verificando a possibilidade de determinado período do curso atuar como fator de risco, obteve como achado que em relação ao ano em curso houve maior prevalência entre os alunos do terceiro e quarto anos.

Brantdner e Bardagi (2009) avaliaram sintomas de ansiedade e depressão em 200 estudantes universitários, iniciantes e finalistas, de uma Universidade privada do Rio Grande do Sul. Os resultados apontaram índices significativamente mais altos de depressão entre alunos de início de curso do que entre os de final de curso. Em seu estudo, Pereira e Gonçalves (2009) investigaram a ocorrência desses transtornos em 18 alunos ao longo dos seis anos de um curso de Medicina e encontraram como resultados que os transtornos foram mais intensos no terceiro e quarto anos.

Estilo de vida é uma construção difícil de definir, no entanto há uma coincidência de que ele é composto por variáveis psicológicas, sociais, culturais e econômicas relacionadas à saúde (GONZÁLES-CANTERO et al., 2017), sendo caracterizado por padrões de comportamento identificáveis que podem ter um efeito

profundo na saúde da população e que está relacionado com diversos aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (WHO, 1998).

Neste estudo, os estudantes avaliaram de forma positiva seu estilo de vida. Do mesmo modo, Souza e Borges (2016) verificaram em seu estudo sobre a associação entre o perfil do estilo de vida, nível de atividade física com o coeficiente acadêmico dos graduandos em enfermagem do interior do Amazonas-Brasil que os acadêmicos apresentaram um estilo de vida adequado (92,15%), sendo classificados como fisicamente ativos (74,50%) e apresentando um coeficiente acadêmico médio de $7,86 \pm 0,58$ pontos. Um elevado coeficiente acadêmico apresentou associação com elevados níveis de atividade física e correlação com hábitos de dieta balanceada, sexo seguro e a utilização de cinto de segurança.

Barbosa et al (2015), ao avaliar o estilo de vida, os níveis de estresse, as doenças e os fatores de risco cardiovascular de estudantes de Medicina, verificou que houve piora considerável do estilo de vida e dos níveis de estresse a partir do 5º período, com melhora parcial nos dois últimos anos do curso. Observou-se também uma expressiva prevalência de dislipidemia, hipertensão e transtorno depressivo.

Ao analisar o estilo de vida de estudantes universitários de uma instituição privada de ensino superior brasileira, bem como as diferenças entre os acadêmicos ingressantes e concluintes, Santos et al (2014) aferiu que os valores obtidos nos escores da variável estilo de vida não foram diferentes entre os grupos quando avaliados globalmente. Porém, quando os domínios foram avaliados individualmente, os ingressantes obtiveram melhores resultados nos níveis de atividade física, na questão de dirigir e conduzir veículo automotor sob efeito de bebidas alcólicas e agitação.

Tassini et al (2017), em seu estudo sobre a comparação dos determinantes de qualidade de vida a partir do questionário Fantástico entre estudantes da área da saúde, encontraram valores de 28 (15%) para o curso de Fisioterapia e 29 (50,8%) para o curso de Medicina, sendo de 1,6% para “Necessita Melhorar”, 79,6% “Regular”, 15,2% “Bom” e nenhum participante apresentou pontuação na categoria “Muito Bom” e “Excelente”, o que pode significar um estilo de vida que determina ações/atitudes que despertem fatores de risco à própria saúde. Os domínios que mais necessitam de mudança do curso de Medicina estão relacionados com cigarro, drogas e álcool para ambos os sexos.

Os dados obtidos com o Questionário de Estilo de Vida Fantástico, neste estudo, divergem dos achados da pesquisa supracitada, podendo-se sugerir, portanto, uma

mudança de comportamento dos estudantes, entre os dois estudos, uma vez que houve polarização dos resultados sendo aferidos entre 1,96%, 38,88% e 43,77% para “excelente”, “muito bom” e “bom”, respectivamente. Apenas 15,16% como “Regular” e 0,24% “Necessita Melhorar”. Esses valores podem ser explicados analisando os domínios do questionário individualmente. Quando questionados sobre “ter alguém para conversar as coisas que são importantes para mim”, 87,17% dos universitários disseram ter “quase sempre” e “com relativa frequência” alguém para conversar. Para a questão “dou e recebo afeto”, 84,23% responderam “com relativa frequência” e “quase sempre”. Entretanto, a maioria dos universitários relatou morar sozinho e serem solteiros, além de um alto tempo dos pais dedicados aos estudos.

Heinen et al (2017), em seu estudo, encontrou que os níveis de estresse e estresse emocional percebidos pelos estudantes de Medicina são geralmente altos, com recursos pessoais atuando como um amortecedor, apoiando, assim, o modelo de estresse geral.

Os domínios que mais necessitam de mudança do curso de Medicina pesquisado estão relacionados com a atividade física, dieta balanceada, ingestão de álcool, sono, lazer, estresse e trabalho. Para Almojali et al (2017), os estudantes de Medicina tendem a reduzir o sono em um esforço para ajustar e lidar com seu ambiente de trabalho e estressante.

Um dos domínios que mais chamou a atenção foi o relacionado à ingestão de álcool. Segundo os universitários, a ingestão média por semana de álcool em 93,76% dos jovens vai de 0 até 12 doses, sendo que destes, 40,90% dirigem após beber algumas vezes. Uma dose padrão contém aproximadamente de 10 g a 12 g de álcool puro, o equivalente a uma lata de cerveja (330 ml) ou uma dose de destilados (30 ml) ou ainda a uma taça de vinho (100 ml) (WHO, 2000), sendo que não existe um limite considerado seguro para o seu consumo. Os riscos de problemas de saúde aumentam especialmente se o indivíduo bebe mais de 2 doses por dia e não deixa de beber ao menos 2 dias na semana.

A pesquisa de Pugach (2017) mostrou que os anos de faculdade são marcados por um aumento nas taxas de uso de álcool. No entanto, no presente estudo, não é possível aferir tal dado. O autor citou a própria natureza da transição do Ensino Médio para a faculdade como facilitador dessa condição. Pode-se inferir, então, que os alunos tendem a recorrer de estratégias de enfrentamento quando confrontadas com situações complexas na vida deles. (AGNOLLA; ONGORI, 2008).

Embora seja alarmante o índice declarado pelos estudantes quanto à automedicação (95,87%), neste estudo dados superiores a 80% foram encontrados em outros estudos (GALATO et al., 2012; SILVA et al., 2012; PIRZADEH E MOSTAFAVI, 2014; LATIFI et al., 2017). Sheena et al (2017), Dilie et al (2017), Mosaddek et al (2017), Pal et al (2017).

Os altos índices de automedicação (95,87%), encontrados no meio acadêmico em que foi realizada a pesquisa, parecem não provocar maiores preocupações quanto às consequências e possíveis efeitos adversos, visto que os dados revelam que 84,34% dos estudantes “possuem conhecimento dos possíveis efeitos adversos”, além de se declararem “possuir conhecimento sobre o medicamento (70,40); embora uma significativa parcela (58%) tenha reconhecido que a influência familiar também é determinante.

Estudo de Dilie et al (2017) mostrou que 64,6% dos respondentes tinham um bom nível de conhecimento em relação à automedicação e a maioria, 88,8%, dos participantes estava ciente de que a administração de medicamentos requer conhecimento básico sobre a ação da droga.

Quando perguntados sobre “qual seria o motivo que os levou à prática da automedicação” (múltipla escolha), foram quase unânimes em responder que, primeiro, “não havia necessidade de consulta médica” (77,11%), o que prediz ser um problema recorrente unindo-se a afirmativa de “usar sempre o mesmo medicamento quando apresentam as mesmas sintomatologias” (59,72%); e segundo, havia a “falta tempo para ir ao médico” (29,78%). Pirzadeh e Mostafavi (2014) elencaram em sua pesquisa os fatores mais comuns que levavam à automedicação dos estudantes: experiência anterior (60,7%); disponibilidade simples dos medicamentos (50,5%); doenças leves (45,5%); bom resultado (48,5%); e falta de tempo (42,3%).

Outros autores também apontam a “experiência anterior” e o “resultado positivo da medicação anterior” (ZAFAR et al., 2008; LATIFI, et al., 2017), “disponibilidade simples dos medicamentos” e “doenças leves” (ZAFAR et al., 2008; MOSADDEK et al., 2017; LATIFI, et al., 2017). Galato et al (2012) aponta ainda a “praticidade”, a “facilidade de compra”, a “falta de acesso ao serviço de saúde”, a “falta de crença para com os médicos” (LATIFI et al., 2017) e a “busca por alívio” (MOSADDEK et al., 2017).

Sheena et al (2017) encontrou em seu estudo que as automedicações são comuns no ano final (74,2%) e quarto ano (73,7%), nos quais os estudantes de Medicina se

sentem mais confiantes de seus conhecimentos sobre as drogas. Estudo de Zafar et al (2008) verificou que um terço dos estudantes de Medicina pensava estar certo ao diagnosticar de forma independente uma doença, enquanto uma grande maioria (78,3%) achava que estava certa ao prescrever medicamentos para outros.

Lopes e Da Mata (2017) apontam que os acadêmicos são relapsos no conhecimento quando se trata da automedicação. Para as autoras, o fato desses acadêmicos serem estudantes da área da saúde, com noções de biofarmacodinâmica, farmacocinética e biodisponibilidade não é suficiente para justificar esta prática.

A dor de cabeça, dor de garganta, febre, dor muscular, resfriado, náusea/vômito, alergia e tosse foram os motivos clínicos mais relatados para os quais os medicamentos foram utilizados.

Outros autores relatam as “dores” como motivo clínico mais encontrado para a prática da automedicação (ZAFAR et al., 2008; PIRZADEH E MOSTAFAVI, 2014; SHEENA et al., 2017; DILIE et al., 2017; LATIFI et al., 2017), seguidas de “febre” (SHEENA et al., 2017; DILIE et al., 2017), “resfriados”, “tosse” (LATIFI et al., 2017; DILIE et al., 2017), “diarreia”, “náuseas” e “vômitos”, “dismenorreia” e “coceira”, respectivamente, como razões para tomar a automedicação (DILIE et al., 2017), corroborando com este estudo.

Sheena et al (2017) aponta os analgésicos (ZAFAR et al., 2008; DILIE et al., 2017) e antipiréticos como os medicamentos mais comuns utilizados pela maioria dos participantes em seus estudos; antialérgicos e antiácidos foram os tipos mais comuns de medicamentos consumidos na automedicação.

Embora os jovens julguem ter o conhecimento necessário dos efeitos dos medicamentos, uma profunda conscientização e orientação devem ser realizadas para advertir com veemência os efeitos potenciais dos medicamentos e sua capacidade de, não usando de maneira correta ou inadvertidamente, poder causar danos por vezes irreversíveis no organismo.

Sheena et al (2017) aponta o uso irracional de drogas como motivo de preocupação pública e profissional, havendo sempre o risco de usar medicamentos expirados, compartilhá-los com amigos e familiares ou tomar medicamentos que foram originalmente prescritos para algum outro problema. O uso irracional de drogas pode resultar em intoxicação por drogas acidentais. Outros problemas relacionados à automedicação são o desperdício de recursos e riscos graves para a saúde, tais como dependência de drogas, reações adversas e prolongamento de sofrimento.

Em relação à ansiedade, o aumento nos níveis desse distúrbio pode ter um efeito negativo sobre a proficiência do programa de estudo acadêmico, os cursos sugeridos pelas escolas, assim como a deterioração da prática clínica e distúrbios induzidos pelo estresse (IBRAHIM; ABDELREHEEM, 2015).

Teh et al (2015) encontrou em seu estudo uma variação de 8,6% a 30,5% dos entrevistados tendo ansiedade leve a extremamente grave. Kunwar et al (2016) descobriu que a prevalência global de ansiedade foi de 41,1%, um dado semelhante ao encontrado neste estudo. Jadoon et al (2010) e Hakim et al, (2017) encontraram uma alta prevalência de ansiedade (43,89% e 47,41%, respectivamente) entre estudantes de Medicina.

Em seu estudo, Teh et al (2015) apontou não haver associação significativa entre os fatores sociodemográficos e a ansiedade, dado este que não está de acordo com esta pesquisa. Jadoon et al (2010) observaram que a idade, estado civil, localidade e renda familiar total não afetaram significativamente a prevalência de ansiedade. Aqueles universitários que afirmaram não ser diagnosticados com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica e como não usuários de medicamentos psiquiátricos, e serem negros, são os correlatos que apresentam menores chances de o universitário apresentar ansiedade.

As variáveis sociodemográficas, da automedicação e do estilo de vida que apresentaram valor $P < 0,1$ na análise univariada foram incluídas na análise de regressão logística múltipla (OR ajustada). Nesse modelo multivariado, “não estar satisfeito quase sempre ou com relativa frequência com o trabalho ou função”, “abusar de remédios ocasionalmente, com relativa frequência ou quase diariamente” e “estar na sexta série do curso” são fatores que aumentam as chances dos universitários de terem ansiedade (OR=2,21; OR=2,03; OR=1,96, respectivamente).

Parece que um grande número de variáveis ou correlatos está ligado à presença de sintomas depressivos na idade adulta emergente e, mais especificamente, nos estudantes de pós-secundário. Ao reconhecer a etiologia multifatorial da depressão, a pesquisa concentrou-se muito pouco na combinação desses diferentes tipos de correlatos (VILLATTE et al, 2017).

Os dados apresentados em relação à caracterização, de acordo com o grau de depressão no modelo univariado, mostram uma prevalência de 36% dos participantes da pesquisa sendo diagnosticados com depressão (leve, moderada ou severa), conforme com a classificação do instrumento BDI. Castillo et al (2000), em seu estudo, confirma

os dados encontrados na presente pesquisa. Todavia, o mesmo autor também correlaciona uma predisposição neurobiológica para a depressão, que pode estar presente em 9% a 15%, respectivamente, de crianças e adultos. Nessa linha de pensamento, Resendel et al (2008) defende que a atuação de fatores patogênicos sobre disposições preexistentes ou não podem resultar em quadros de neuroses e depressões.

Kunwar et al (2016), em seu estudo, descobriu que a prevalência global de depressão foi de 29,9%.

Quanto à influência de fatores sociodemográficos relacionados à família, os resultados são mais contraditórios (VILLATTE et al., 2017). Teh et al (2015) não encontrou associação significativa entre fatores sociodemográficos e depressão. Entretanto, para Villatte et al (2017), todas as variáveis relacionadas ao funcionamento da família foram significativamente associadas aos sintomas depressivos, especialmente para o nível de educação da mãe (PARK et al., 2013). Nos estudos de Wahed e Hassan (2016), identificou-se associação significativa entre depressão e “aulas acadêmicas superiores”; Wallace et al (2017) e Almojali et al (2017), entre quantidade de sono; e no de Kulsoom e Afsar (2015), entre o hábito de fumar.

Não apresentar diagnóstico de depressão na família e não consumir medicamentos sem receita médica são os fatores que levam a uma menor chance de os universitários apresentarem depressão. De acordo com Smith & Blackwood (2004) e Gourion et al (2008), a presença de um pai deprimido é um dos principais fatores de risco para sintomas depressivos na idade adulta emergente, especialmente para mulheres.

Neste estudo, não estar satisfeito quase sempre ou com relativa frequência com o trabalho ou função, morar em pensionato/república e ser do sexo feminino são correlatos que apresentam as maiores chances de os universitários apresentarem depressão.

No estudo de Teh et al (2017), não foi encontrada associação significativa entre outros fatores sociodemográficos e depressão. Kunwar et al (2016) concluíram que a depressão estava associada apenas com condições de vida, “vivendo sozinho em uma casa alugada ou no albergue” (OR 2,23, IC 95%: 1,43-3,47, $p < 0,001$). Nos estudos de Wahed e Hassan (2016), não foi encontrada diferença significativa entre homens e mulheres para a depressão, dado diferente dos resultados encontrados por Jadoon et al (2010), Ibrahim e Abdelreheem (2015) e Kulsoom e Afsar (2015) e Kunwar et al (2016) no de Abdallah e Gabr, em que os homens eram mais propensos à depressão do que as

mulheres.

7. CONCLUSÃO

Os estudantes de Medicina experimentam repetidamente diferentes estresses que os tornam mais vulneráveis a problemas psicológicos que podem afetar sua saúde emocional, psicossocial e física. Esses estressores se apresentam de forma específica para a educação médica, sendo além do normal da vida cotidiana. Este poderia ser um dos fatores para tentar explicar a alta prevalência de doenças psicológicas entre eles (Jadoon et al., 2010).

A realização deste trabalho possibilitou identificar e caracterizar o estilo de vida adotado pelos estudantes universitários, bem como alguns padrões de comportamento no exercício da vida acadêmica que podem refletir de maneira significativa tanto no processo de internalização do conhecimento como, também, no desenvolvimento ou desencadeamento de psicopatologias quer sejam elas motivadas pelo estilo de vida, como também pelo uso inadvertido de fármacos sem prescrições, assim como pelo uso de substâncias lícitas e ilícitas, podendo gerar transtornos mentais comuns, como a Ansiedade e a Depressão.

Quando considerados os dados sociodemográficos, observa-se que quase dois terços dos participantes da pesquisa são adultos jovens, mais da metade é do sexo feminino, são da cor/raça branca e solteiros, moram sozinhos, estudaram em escola privada e seus genitores têm mais de 12 anos de estudo. Na classificação do estilo de vida dos estudantes, a maioria considera como excelente e muito boa. A ocorrência de automedicação foi elevada e boa parte dos estudantes disse ter conhecimento dos possíveis efeitos adversos. O motivo clínico mais citado foram as “dores” e o medicamento mais utilizado foram o Paracetamol e o Ibuprofeno. A ansiedade e a depressão leves foram as doenças mais frequentes. A regressão logística multivariada mostrou associações significativas entre “não estar satisfeito quase sempre ou com relativa frequência com o trabalho ou função”, “abusar de remédios ocasionalmente, com relativa frequência ou quase diariamente” e “estar na sexta série do curso”, com ansiedade” e “não estar satisfeito quase sempre ou com relativa frequência com o trabalho ou função”, “ter como local de moradia pensionato/república” e ser do “sexo feminino” com depressão.

Portanto, políticas inclusivas e de promoção à saúde multiprofissionais dentro das universidades com o intuito de incluir esses alunos que estão, não apenas em processo de (re)adaptação, mas também de construção de sua própria identidade, em processo de sofrimento psicológico, favorece a discussão e a construção de ações voltadas a estabelecer pontes que possam contribuir para a superação das barreiras criadas e mesmo desenvolvidas ao longo do acesso universitário.

8. REFERÊNCIAS

- ABDALLAH. A.R; GABR. H.M. Depression, anxiety and stress among first year medical students in an Egyptian public university. *Int Res J Med Med Sci* 2014;2(1):11–9
- ADEWUYA, Abiodun O. et al. Depression amongst Nigerian university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 41, n. 8, p. 674-678, 2006.
- AFONSO, Almerindo Janela et al. A redefinição do papel do Estado e as políticas educativas: elementos para pensar a transição. 2001.
- AGUIAR, Fernando Henrique Rezende; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. Expectativas de futuro e escolha vocacional em estudantes na transição para o ensino médio. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 10, n. 2, p. 105-115, 2009.
- AGUIAR, Sâmia M. et al. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **J Bras Psiquiatr**. 2009;58(1):34-8.
- AGOLLA, Joseph E; ONGORI, Henry. An assessment of academic stress among undergraduate students: The case of University of Botswana Educational Research and Review Vol. 4 (2), pp. 063-070, February 2008.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M, Z. Introdução à Epidemiologia. 4. ed. Rio de Janeiro. Guanabara- **Koogan**, 2006.
- ALMEIDA, Christiana G. M. de, et al. Comportamento verbalmente controlado: algumas questões de investigação do controle por estímulos textuais e pela palavra ditada. In: VALLE, TGM., org. Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções [online]. São Paulo: **Cultura Acadêmica**, 2009. 222 p.
- ALMOJALI, Abdullah I. et al. The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. **Journal of Epidemiology and Global Health** 7 (2017) 169–174.
- AMARAL, Geraldo F. do. et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Rev Psiquiatr RS**. 2008;30(2):124-130
- American College Health Association. (2013). American College Health Association—National College Health Assessment II: Canadian reference group executive summary spring 2013. Hanover, MD: Author.
- AÑEZ, Ciro Romélio Rodriguez et al. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 2, p. 102-9, 2008.

- ANTUNES, Ana Bárbara Veiga et al. **Estilos de vida, stresse, ansiedade, depressão e adaptação acadêmica em alunos universitários de 1ºano**. 2016. Dissertação de Mestrado.
- APÓSTOLO, João Luís Alves. Et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar-abr 2011;19(2):[06 telas].
- ARAÚJO, Adelita Campos et al. Transição da adolescência para a fase adulta na ótica de adolescentes. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 280-285, 2011.
- ASCARI, R. A. et al. Estratégia Saúde da Família: Automedicação entre os usuários. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, v. 18, n. 2, 2018.
- ASSIS, Graciano Júnior de; DE LIMA, Edenilson Ernesto-FURG. Escola, família e sociedade: Diferentes espaços na construção da cidadania. In: **Congresso Nacional de Educação e Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetivas e Educação**. 2011. p. 13109-13119.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Comportamento suicida: conhecer para prevenir. 1. ed. Rio de Janeiro: ABP, 2009. Disponível em: . Acesso em: 20 marc. 2018.
- ASSUMPCÃO, Gláucia L. S. et al. Depressão e suicídio: uma correlação. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas* v. 3, n. 5, jan./jun. 2018 – ISSN 2448-0738.
- BAPTISTA, R. N. A Representação Social do Consumo de Bebidas Alcoólicas em Estudantes do Ensino Superior de Coimbra. Dissertação de Mestrado, 2004, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal
- BARBOSA, Roberto Ramos et al. Estudo sobre estilos de vida e níveis de estresse em estudantes de medicina. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 28, n. 4, p. 313-9, 2015.
- BARRETO, M. L.; Almeida N Filho. Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara **Koogan**; 2012.
- BASTOS, João Luiz Dornelles. Desigualdades raciais em saúde: medindo a experiência de discriminação auto relatada no Brasil. 2010.
- BRANDTNER, Maríndia; BARDAGI, Marucia. Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (2), 81 – 91. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministro da Saúde. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BECK, A. T., STEER, R. A., & BROWN, G. K. (1996). **Manual for the Beck Depression Inventory-II**. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- BECK, A. T; et al. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56(6), 893–901.
- BELEM, Isabella Caroline. Associação entre comportamentos de risco para a saúde e fatores sociodemográficos em universitários de educação física. **Motricidade**, 2016.
- BERDINARDI, Tamires Pastore. Inibição Intelectual em Psicanálise: O caso de uma adolescente. Campinas, 2012. 61p.

- BERQUÓ, Elza et al. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**, v. 4, 2000.
- BONDAN, A. P.; BARDAGI, M. P. Comprometimento profissional e estressores percebidos por graduandos regulares e tecnológicos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 18, n. 41, p. 581-590, 2008. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/17085/16424>>.
- BRANDTNER, Maríndia; BARDAGI, Marucia. Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 81-91, 2009.
- BRITO, Annie Mehes Maldonado; CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia** - 2011, Vol. 19, no 1, 283 – 303.
- BUBLITZ, S. et al. Estresse em estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Enferm UFSM.**; 2(3): 530-8. 2012.
- BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 7ª Edição. São Paulo: **Saraiva**, 2012.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CANAS, P.N.M. Atividade Física dos Estudantes do Ensino Superior: Determinantes sociodemográficos e psicológicos. Disponível em:< https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/7709/1/msc_pnmcanas.pdf>. Consultado em 05 de janeiro de 2018.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz et al. Revista de Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 636-645, 2000.
- CASTILHO, Ana Regina GL; RECONDO, Rogéria; ASBAHR, Fernando R.; MANFRO, Gisele G. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000.
- CASTRO, C. *et al.* A automedicação nos Alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. **Millenium**, v. 2, n. 1, 2016, p. 123-130. Disponível em: < http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/automedica%C3%A7%C3%A3o-nos-alunos-da-escola-superior-saude-do-instituto-politecnico/id/68902249.html>.
- CARNEIRO, Virginia Teles; SAMPAIO, Sonia Maria Rocha. Adulterez emergente: um fenômeno normativo? **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 4, n. 1, p. 32-40, 2015.
- CASTANHO, Gabriela Kaiser Fullin et al. Consumo de frutas, verduras e legumes associado à Síndrome Metabólica e seus componentes em amostra populacional adulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 385-392, 2013.
- CAVESTRO, Julio de Melo. ROCHA, Fabio Lopes. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **J Brasileiro de Psiquiatria**, 55(4): 264-267, 2006.
- CASARIN, Nelson Elinton Fonseca. Família e aprendizagem escolar. 2007. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- COMAS, Domingo et al. Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2003.
- COMIN, Márcia Terezinha Sacon. Problemas Afetivos e de Condutas em Sala de Aula. v.5 - n.10 - Janeiro - Junho 2010.

COELHO, Maria Thereza Á. D.; et al. Relação entre a autopercepção do estado de saúde e a automedicação entre estudantes universitários. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. 2017 Fev;6(1):5-13.

CONNER, Mark; NORMAN, Paul. Predicting health behaviour. McGraw-Hill Education (UK), 2005.

COOPER ML. Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a fourfactor model. **Psychological Assessment**. 1994; 4:117–128.

COSTA, L. D. C.; VASCONSELOS, F. A. G. Prevalência e fatores associados ao estado nutricional de universitárias ingressantes em Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 15, n. 3, p. 326-227, 2013.

CUNHA, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: **Casa do Psicólogo**.

CUSTÓDIO, I.M., Influências da Alimentação na Aprendizagem. 28p. disponível em:< <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1674-8.pdf> > Consultado em 20 de janeiro de 2018.

CRUZ, Pedro Soares; CARAMONA, Margarida; GUERREIRO, Mara Pereira. Uma reflexão sobre a automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. **Revista Portuguesa de Farmacoterapia**, v. 7, n. 2, p. 83-90, 2015.

DAMASCENO, Victória. Casos de suicídio e depressão deixam universidades em alerta. Disponível em:< <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/casos-de-suicidio-e-depressao-deixam-universidades-em-alerta>>. Acesso em 22 dez 2017.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up, Part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

DESSEN, M. A. & POLONIA, A. C. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, 2007, 17(36), 21-32.

DILIE et al. Knowledge, attitude and practice of self-medication among health science students at Debre Markos University, Northwest Ethiopia. **J. Public Health Epidemiol**. Vol. 9(5), pp. 106-113, May 2017 DOI: 10.5897/JPHE2017.0926.

DINIZ, A. M.; ALMEIDA, L. S. Adaptação à universidade em estudantes de primeiro ano: Estudo diacrónico da interação entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. **Análise Psicológica**, 1(24),29-38. 2006.

DOMINGUES, Maria Paula Santos et al. Automedicação entre os acadêmicos da área de saúde. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.18, n.2, Abr. - Jun./2017

DUTRA, Elza Maria Do Socorro (2010). Ideação e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina em uma capital do Nordeste do Brasil. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. **Facultad de Psicología** - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

ENNS, Sylvia Claassen; et al. Medical Students' Perception of Their Educational Environment and Quality of Life: Is There a Positive Association?**Academic Medicine**, Vol. XX, No. X / XX XXXX, 2016.

FARIA, Yone de Oliveira, et al. Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário. 2014.

FERNANDES, Karina Ribeiro; ZANELLI, José Carlos. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 55-72, 2006.

FERNANDES, Chrislayne Martins Pinheiro. **Os efeitos da cooperação da família no desenvolvimento da criança na infância: a importância da participação da família no processo de aprendizagem da criança**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

FILHO, Antônio José de Almeida. et al. O Adolescente e as drogas: consequências para a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 2007 dez; 11 (4): 605 – 10.

FILHO, Cesario Rui Callou et al. Hábitos de vida e autoimagem corporal em homens universitários. **Revista Inspirar Movimento & Saúde**, v. 14, n. 3, 2017.

FINOTTI, Marcelo Abib. Estilos de vida: uma contribuição ao estudo da segmentação de mercado. **São Paulo: FEA/USP**, 2004.

FREITAS, Rivelilson Mendes de; et al. 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. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 8, n. 2, p. 79-86, 2012.

FREITAS, Valéria Pires; et al. Automedicação em Universitários do curso de Graduação da área de Saúde em uma Instituição de Ensino Superior Privada em Vitória da Conquista. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 39, p. 25-37, 2018.

FREITAS, Paula L.; MARBACK, Roberta F. Identidade na adolescência: compreendendo a sua formação e repercussões. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, v. 16, 2018.

FRÍAS-ARMENTA, Martha; et al. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. **Estudios de Psicología (Natal)**, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2003.

FRIZON, F. et al. Uso de esteróides andrógenos anabólicos por praticantes de atividade física das principais academias de Erechim e Passo Fundo/RS. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 26, n.3, p. 227-232, 2005.

GALATO, D et al. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(12):3323-3330, 2012.

GALLINARO, Alinne Q.; CAMPOS, Simone M. B de. Reação Anafilática a Medicamentos Injetáveis em Farmácias de Maringá: Avaliação Sobre a Frequência, Manejo e o Conhecimento dos Profissionais Farmacêuticos. **Revista Uningá Review**, v. 18, n. 2, 2018.

GLOBAL ILLICIT DRUG TRENDS, 2003. Disponível em:< https://www.unodc.org/pdf/trends2003_www_E.pdf> Consultado em 20 de janeiro de 2018.

GOMES, M.M.D., et al. Perfil do Bem-estar e a Incapacidade Funcional dos Idosos em Atendimento na Clínica Escola de Fisioterapia do Unipê. 4º CIEH. 21 a 26 de setembro de 2015.

GONZALEZ, Barbara; RIBEIRO, J. Pais. Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitários. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2004, 5 (1), 107-127.

GONZÁLEZ-CANTERO, Joel Omar et al. Capital psicológico y su relación con el estilo de vida de universitarios mexicanos. **Nutrición Hospitalaria**, v. 34, n. 2, 2017.

GORE, S.; ASELTINE, R. H. (2003). Race and ethnic differences in depressed mood following the transition from high school. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 370–382.

GORENSTEIN, C. et al. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: **Lemos**; 2000.

GROLLI, Verônica et al. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, vol. 9, n. 1, p. 87-103, Jan.-Jun. 2017 - ISSN 2175-5027.

GUERRA, Marina Prista et al. Problemas biopsicossociais dos estudantes do 1º ano da faculdade de ciências da universidade do Porto. 2002.

HAKIM, A. et al. Assessment of prevalence of depression and anxiety and factors associated with them in undergraduate medical students of Dr. S. N. Medical College, Jodhpur. **International Journal of Community Medicine and Public Health** Hakim A et al. Int J Community Med Public Health. 2017 Sep;4(9):3267-3272.

HEINEN et al. **Perceived stress in first year medical students - associations with personal resources and emotional distress**. BMC Medical Education (2017) 17:4 DOI 10.1186/s12909-016-0841-8.

HOFFMANN, R. Comparando a alimentação dentro e fora do domicílio, no Brasil, em 2008-2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2013.

HOSMER, D. W., LEMESHOW, S. A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. **Communications in Statistics**, A10:1043-1069, 1980.

HOSMER, D. W., LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**, Wiley, New York, 1989.

IBRAHIM, A. K. et al. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of Psychiatric Research**, 47(3), 391–400, 2013.

IBRAHIM, Motaz B. ABDELREHEEM, Moataz H. **Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University**. Alexandria Journal of Medicine (2015) 51, 167–173.

INEP. Panorama do sistema educacional brasileiro: Notas Estatísticas com base no Censo da Educação Superior 2016 Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2016/notas_sobre_o_censo_da_educacao_superior_2016.pdf>. Consultado em 20 de janeiro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. ISBN 978-85-240-4131-0. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

JACQUES, M.G.C., et al. org. Relações sociais e ética [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. 210 p.

JADOON, N. A, et al. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. **J Pak Med Assoc** 2010;60(8):699–702.

KANT, Immanuel. Crítica da Razão Pura. Fundação Calouste Gulbenkian. 5 ed. 694p. 1985.

KASL, S. V., & Cobb, S. (1996). Health behavior, illness behavior and sick role behaviour. **Archives of Environmental Health** 12, 246-541.

KERBAUY, Rachel Rodrigues. Comportamento e Saúde: Doenças e Desafios. Psicologia USP, 2002, Vol. 13, N° 1, 11-28.

KULSOOM, Bibi; AFSAR, Nasir ali. **Stress, anxiety, and depression among medical students**. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2015:11.

KUNWAR, D. et al. Study of depression, anxiety and stress among the medical students in two medical colleges of nepal. **Kathmandu Univ Med J** 2016;53(1):22-6.

LAMEU, J. do N. et al. Prevalência de sintomas de stress entre graduandos de uma universidade pública. **Psicologia da Educação**, n. 42, p. 13-22, 2016.

LANTYER, Angélica da Silva et al. Ansiedade e Qualidade de Vida entre Estudantes Universitários Ingressantes: Avaliação e Intervenção. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, 2016, Volume XVIII no 2, 4-19.

LATIFI, Arman; et al. Prevalence and associated factors of self-medication among the college students in Tehran. **Journal of Applied Pharmaceutical Science** Vol. 7 (07), pp. 128-132, July, 2017.

LIBÂNEO, José Carlos. A aprendizagem escolar e a formação de professores na perspectiva da psicologia histórico-cultural e da teoria da atividade. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 113-147, 2004. Editora UFPR.

LIMA, Celina Aparecida Gonçalves et al. Prevalência e fatores associados a comportamentos de risco à saúde em universitários no norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (2): 183-191.

LOPES, Alzira Das Mercês; DA MATA, Liliane Cunha Campos. Automedicação entre graduandos das áreas de saúde e exatas da Faculdade de Ciências da Vida na cidade de Sete Lagoas /MG. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, [S.l.], v. 5, n. 1, jul. 2017.

LOPES et al. Aspectos da Motivação Intrínseca e Extrínseca: Uma Análise com Discentes de Ciências Contábeis da Bahia na Perspectiva da Teoria Da Autodeterminação. **Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade**, ISSN 2238-5320, UNEB, Salvador, v. 5, n. 1, p. 21-39, Edição Especial: 5º ano da RGFC, 2015.

LOPES, Maria das Virgens Rodrigues; DAIUTO, Priscila Regina. O Programa BPC na Escola e as Políticas Públicas: Uma Breve Análise sobre sua Implantação. **Revista Uningá Review**, v. 24, n. 3, 2018.

LOUREIRO, Liliana Almeida. Consumo de substâncias psicoativas e estilos de vida nos estudantes do ensino superior. **Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**, 2012.

LYRA, C.S. de et al. Eficácia da aroma terapia na redução de níveis de estresse e ansiedade em alunos. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.17, n.1, p.13-7, jan/mar. 2010.

LUKOVIC, Jasminka Adzic et al. Self-medication practices and risk factors for self-medication among medical students in Belgrade, Serbia. **PloS one**, v. 9, n. 12, p. e114644, 2014.

MAAS, Lucas Wan Der. Análise comparativa da base social da Medicina e Enfermagem no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00199116, 2018.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MACHADO, J. N. S. et al. Consumo de álcool entre acadêmicos de medicina. **RBPcCS**. 2015;2(2):46-51

MACIEL, E. S; et al. Food intake, nutritional status and level of physical activity in a Brazilian university community. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 6, p 707-718, 2012.

- MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>.
- MATARAZZO, J.D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). US: John Wiley & Sons, Inc.
- MARTINS, Roseli de S.; et al. Estudo do perfil estilo de vida individual de estudantes de Proeja e sua associação com características pessoais e socioeconômicas. **Revista Thêma et Scientia** – Vol. 2, no 2, jul/dez 2012.
- MARTINS, Alda. et al. Estilos de vida de estudantes do ensino superior. **Mudanças [periódico na Internet]**, v. 16, n. 2, 2008.
- MATOS, M., Simões. et al. Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses. *Relatório do estudo da Rede Europeia HBSC/OMS*, 1-73. 1996.
- MATSUDO, Sandra Mahecha et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev Bras Ciênc Mov**, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.
- MENDOZA, R.; SAGRERA, M. Los escolares y la Salud—avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud. **Madrid: Ministerio de Educación e Cultura**, 1990.
- MELLO, Júlio Brugnara et al. Aptidão física relacionada ao desempenho motor de adolescentes de Uruguaiana, Rio Grande do Sul DOI: <http://dx.doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v23n4p72-79>. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 23, n. 4, p. 72-79, 2015..
- MENEZES, Ana Maria Baptista et al. Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 223-8, 2004.
- MÉSZÁROS, István. El desafío y la carga del tiempo histórico: El socialismo del siglo XXI Edición cedida por: Vadell Hermanos/CLACSO. Valencia-Venezuela, 2008.
- MITCHELL, R. E. et al. The question of stress among first year medical students. **J Med Educ** 1983;58:367–72
- MIRANDA, P.S.C; QUEIROZ, E. A. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. **Rev. ABP-APAL**, 13(4): 157-60, 1991.
- MIRANDA, M. L. P.; et al. Avaliação antropométrica e análise do consumo alimentar de universitários da Faculdade de Ciências Aplicadas – UNICAMP. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 21, n. 2, p. 461-468, 2014.
- MOORE, Torcuato Pérez de G. Estilos de vida y teoría social. In: Valores y estilos de vida de nuestras sociedades en transformación: II Jornadas de Sociología, abril de 1993, Facultad de CC. PP. y Sociología. **Servicio de Publicaciones**, 1994. p. 129-146.
- MONFREDINI, Ivanise. As possibilidades de formação de sujeitos na universidade. In: _____. A Universidade como espaço de formação de sujeitos [e-book] / Ivanise Monfredini (Organizadora). – Santos (SP): Editora Universitária Leopoldianum, 2016. p.:120.

MOREIRA, Ana Elisa da Costa. Relações entre as estratégias de ensino do professor, com as estratégias de aprendizagem e a motivação para aprender de alunos do ensino fundamental. 2014.

MOREIRA, Camila Brasil et al. Social determinants of health related to adhesion to mammography screening. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 97-103, 2018.

MORENO, Pedro Fabião; BENEVIDES SOARES, Adriana. O que vai acontecer quando eu estiver na universidade: Expectativas de jovens estudantes brasileiros. **Aletheia**, n. 45, 2014.

MOSADDEK, Abu Syed Md; et al. Practice of Self-Medication among Students of a Selected Medical College of Dhaka City, Bangladesh. **International Medical Journal** Vol. 24, No. 2, pp. 225 - 229 , April 2017.

NEPOMUCENO, Ricardo Ferreira; WITTER, Geraldina Porto. Influência da família na decisão profissional: opinião de adolescentes. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 14, n. 1, p. 15-22, 2010.

NETO, E.C. de Andrade. Fatores sociodemográficos e comportamentos de risco para a saúde em universitários. Mossoró – RN, 2016.

NICASTRI, Sérgio. Unidade 1. Drogas: classificação e efeitos no organismo. Texto adaptado do original do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, realizado pela Senad, em 2006.

NOGUEIRA, Juliana Maltoni; NEUFELD, Carmem Beatriz. Caracterização de Ansiedade e Depressão em Estudantes Universitários. SIICUSP 2014 – 22º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP.

NUNES, Raquel. et al. Sintomatologia depressiva e conflitos no contexto das relações íntimas de estudantes universitários . Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. 25, 26 e 27 Janeiro de 2018, Lisboa: ISPA – **Instituto Universitário**.

OGAWA AI, K G, et al. Estudo comparativo sobre automedicação em estudantes do segundo ano de enfermagem e medicina e moradores do bairro Vila Nova. **Espaço Saúde** [periódico na internet]. 2001; 3(2):[13p]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v3n2/doc/automedicacao.doc.>> Acessado em 20 jan 2018.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de et al. Adaptação acadêmica e coping em estudantes universitários brasileiros: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 15, n. 2, p. 177-186, 2014.

OVIEDO, Eddie Alfonso Almario. As Consequências do uso indevido dos esteroides anabolizantes androgênicos nas esferas civil, penal e administrativa: conhecer, prevenir, fiscalizar e punir. 58p. 2013.

PACHECO, José Eusébio. A pessoa humana e a doença. **Educação**, v. 28, n. 1, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Determinantes sociais de saúde. SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, v. 1, p. 29-37, 2009.

PAIXÃO, Leticia Antunes; DIAS, Raphael Mendes Ritti; DO PRADO, Wagner Luiz. Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do Recife/PE. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 3, p. 145-150, 2012.

PAL, Jayita; et al. Prevalence and pattern of self-medication among undergraduate students in a medical college of Kolkata. **International Journal of Community Medicine and Public Health** | October 2017 | Vol 4 | Issue 10.

PAÚL, Maria Constança; FONSECA, António Manuel da. **Psicossociologia da saúde**. 2001.

PELEGRINI, Andreia; PETROSKI, Edio Luiz. Inatividade física e sua associação com estado nutricional, insatisfação com a imagem corporal e comportamentos sedentários em adolescentes de escolas públicas. **Revista paulista de pediatria**, v. 27, n. 4, p. 366-373, 2009.

PEREIRA, Débora Silva de Castro. O ato de aprender e o sujeito que aprende. **Construção psicopedagógica**, v. 18, n. 16, p. 112-128, 2010.

PEREIRA, Ana Maria T. B.; GONÇALVES Maria B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica** 33 (1) : 10 – 23 : 2009.

PEUKER, AC, Fogaça J, Bizarro L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicol Teoria Pesqui**. 2006;22(2):193-200.

PFEIFER, J. H. et al. Entering adolescence: resistance to peer influence, risky behavior, and neural changes in emotion reactivity. **Neuron**, 69, 1029-1036. 2011.

PIRZADEH, Asiyeh; MOSTAFAVI, Firoozeh. Self-medication among students in Isfahan University of Medical Sciences based on Health Belief Model. **Journal of Education and Health Promotion** | Vol. 3 | Nov 2014

PORTES, Leslie Andrews. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. **Life Style**, v. 1, n. 1, p. 8-10, 2011.

PUGACHC, P. Alcohol Use, Drinking Motivations, and Depression Among College Students: The Roles of Sociotropy and Autonomy. (2017).CUNY Academic Works. http://academicworks.cuny.edu/jj_etds/27.

QUINTAL, C. et al. Fatores Explicativos do Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica em Portugal. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, Coimbra, Portugal. v. 4, n. 1, p.53-66, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/60>>. Acesso em: 21 fev 2018.

RAMÍREZ, Raya et al. Cambios de estilo de vida em el transcurso de la carrera de licenciatura em nutrición de la Universidad de Guanajuato, Campus Celayasalvatierra. Vol. 2 no. 1, **Verano de la Investigación Científica**, 2016.

REASON, R. D. et al. First things first: Developing academic competence in the first year of college. **Research in Higher Education**, 47, 149-175. 2006.

REBELO, H. M. Discursos de Pais e Filhos em torno da Transição para o Ensino Superior. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento. **Universidade de Coimbra - FPCE**. 2002.

RESENDEL, Carlos Henrique Alves de. et al. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica** 316 32 (3) : 315 – 323 ; 2008.

RODRIGUEZ-ANEZ et al. Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: Tradução e Validação para Adultos Jovens. **Arq Bras Cardiol** 2008;91(2):102-109.

RODRIGO, Ma José et al. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. **Psicothema**, v. 16, n. 2, 2004.

- SHEENA, A Aslam, M Aslam. Frequency of self-medication among medical students and their choice of medicine; a descriptive cross-sectional survey. **Pak J Surg** 2017; 33(3):218-221.
- SANTOS, Romulo Moreira dos. Perfil de ansiedade em Estudantes Universitários de cursos da área da saúde [manuscrito]/ Rômulo Moreira dos Santos. – 2014. 84p. : il.
- SANTOS, Jefferson J. A. dos S. et al. Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. **ABCS Health Sci.** 2014; 39(1):17-23.
- SANTOS, L. R. dos; TONIOSSO, J. P. A importância da relação escola-família. **Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade, Bebedouro-SP**, v. 1, n. 1, p. 122-134, 2014.
- SANTOS, Deise de Azevedo Ajala dos. et al. (a) Prevalência de Ansiedade e a Associação com Comportamentos de Risco à Saúde em Acadêmicos de uma Faculdade Privada. 2011, Maringá – PR. Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional. Anais... Universidade Estadual de Maringá – Maringá – PR. 2011. p. 2975-2993.
- SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena et al. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia (Natal)**, 2003.
- SHEENA; et al. Frequency of self-medication among medical students and their choice of medicine; a descriptive cross-sectional survey. **Pak J Surg** 2017; 33(3):218-221
- SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e000100017, 2018.
- SILVA, Lucas Salles Freitas et al. Automedicação em acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde de uma universidade privada do Sul do estado de Minas Gerais. **Odontologia Clínica Científica (Online)**, v. 10, n. 1, p. 57-63, 2011.
- SILVA, Leonardo V. E et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 280-288, 2006.
- SILVA, M. R. B. Perfil antropométrico e hábitos alimentares dos estudantes de nutrição. (Trabalho de conclusão de curso de Nutrição). – Universidade Federal da Paraíba, PB, 2015.
- SILVA, S.L. Adaptação Acadêmica, Pessoal e Social do Jovem ao Ensino Superior. Contributos do ambiente familiar e do autoconceito. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2003.
- SILVA, M.G.C da; et al. Selfmedication in university students from the city of Rio Grande, Brazil. **BMC Public Health**. 2012 May 8;12:339.
- SOARES, Adriana Benevides et al. O impacto das expectativas na adaptação acadêmica dos estudantes no Ensino Superior. **Psico-USF**, v. 19, n. 1, p. 49-60, 2014.
- SOUSA, Keroléen Jamile Queiroz de; BORGES, Grasiely Faccin. Estilo de Vida, Atividade Física e Coeficiente Acadêmico de Universitários do Interior do Amazonas-Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 277-284, 2016.
- SOUZA, Luciana Karine de; MCCARTHY, Sherri Nevada. Ritos de passagem da adolescência à vida adulta: diferenças etárias e de gênero. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 124-135, 2010.
- SOUZA, Marli Adelina; HOELLER, Bruna; GOETZ, Everley Rosane. Estudo Comparativo da Automedicação Praticada Por Estudantes dos Cursos das Áreas de Ciências da Saúde, Humanas, Exatas e Sociais Da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC. **Infarma Ciências Farmacêuticas: Conselho Federal de Farmácia, Brasília, DF**, v. 27, n. 2, p.142148, 06 jun. 2015.

Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article=756>>. Acesso em: 02 sep. 2017.

STEMPLIUK, Vladimir de Andrade. **Uso de drogas entre alunos da Universidade de São Paulo: 1996 versus 2001**. 2004. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

STOCCO, Caroliny et al. Comportamentos de risco no trânsito entre estudantes universitários em Ponta Grossa-PR, 2005. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2007.

TASSINI, Carolina Campos et al. Avaliação do Estilo de Vida em Discentes Universitários da Área da Saúde através do Questionário Fantástico. **Int. j. cardiovascular. sci.** (Impr.), v. 30, n. 2, p. f: 117-1: 122, 2017.

TEH, Choon Khim et al. **Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students: A Cross Sectional Study**. Open Journal of Epidemiology, 2015, 5, 260-268 Published Online November 2015 in SciRes. <http://www.scirp.org/journal/ojepi> <http://dx.doi.org/10.4236/ojepi.2015.54030>.

TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. et al. Adaptação à universidade em jovens calouros. **Psicologia escolar e educacional**, v. 12, n. 1, 2008.

TENÓRIO, Leila Pereira et al. Saúde mental de Estudantes de Escolas médicas com Diferentes modelos de Ensino medical Students' mental Health under Different Educational models. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 574-582, 2016.

TEODORO, Wagner Luiz G. *Depressão: corpo, mente e alma* Uberlândia, MG: 2010. 3º ed. ISBN: 978-85-61353-01-8

TOMASINI, A. A. et al. Prevalência e fatores da automedicação entre estudantes universitários no Norte do Paraná. **Biosaúde**, Londrina, v. 17, n. 1, 2015.

VASCONCELOS et al., Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39 (1) : 135-142; 2015.

VANZUITA, Alexandre et al. Uma discussão sobre trajetórias escolares na atualidade: Do ensino médio ao ensino superior. **Revista ESPACIOS**| Vol. 37 (Nº 33) Año 2016, 2016.

VIANA, E. M., SILVA, V.N. Ingresso por Cotas na Universidade: Resistência, Afirmação e Construção Democrática. 29, 30 junho, 1º julho, 2016. Disponível em:< http://www.congressods.com.br/anais/gt_03/INGRESSO%20POR%20COTAS%20NA%20UNIVERSIDADE.pdf>. Acessado em: 05 de janeiro de 2018.

VIEIRA, Valéria Cristina Ribeiro et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Rev. nutrição**, v. 15, n. 3, p. 273-282, 2002.

VIEIRA, Joice Melo. Reflexões sobre a transição para a vida adulta: o caso do Estado de São Paulo. **Anais**, p. 1-21, 2006.

VIEIRA, K.F.L.; COUTINHO, M. da Penha de Lima. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, vol.28 no.4, p. 714-727, 2008.

VILLATTE. Aude et al. Correlates of Depression in College Students. **CJHE / RCES** Volume 47, No. 1, 2017.

VIZZOTTO, Marília Martins, et al. Saudades de casa: indicativos de depressão, ansiedade, qualidade de vida e adaptação de estudantes universitários. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 59-73, 2017.

ZAFAR, Syed Nabeel; et al. Prescription of medicines by medical students of Karachi, Pakistan: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2008, 8:162 doi:10.1186/1471-2458-8-162.

ZEFERINO, MT, et al. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderado a influências dos pares. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015; 24 (Esp): 125-35.

ZEFERINO, MT; FERMO, VC. Prevenção ao uso/abuso de drogas. In: PROENF. Saúde do Adulto v.2. Porto Alegre (RS): *Artmed/Panamericana*; 2012. p. 9-42.

ZUBARAN, C. et al. Aspectos clínicos e neuropatológicos da síndrome de Wernicke-Korsakoff. *Rev. Saúde Pública*, 30 (6): 602-8, 1996.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil*. São Paulo, **Instituto Sangari**, 2012.

WALLACE et al. Multilevel analysis exploring the links between stress, depression, and sleep problems among two-year college students. *J Am Coll Health* . 2017 April ; 65(3): 187–196. doi:10.1080/07448481.2016.1269111.

WAHED, W.Y. Abdel; HASSAN, S.K. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression. *Alexandria Journal of Medicine* (2016) xxx, xxx–xxx.

WOLF, Thia; et al. Being and Becoming A College Student: Pedagogy as Rite of Passage. **Change: The Magazine of Higher Learning**, v. 48, n. 3, p. 6-13, 2016.

WHO. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004.

_____. Global status report on alcohol and health. Geneva; 2011. Available from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf.

_____. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: WHO, 2000.

_____. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. The Hague: World Health Organization [Internet document] 1998. Available from: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/who-dap-98-13.pdf>.

_____. Global report on trends in prevalence of tobacco smoking. Geneva; 2014.

_____. WHO report on the global tobacco epidemic 2008: the MPOWER package. Geneva; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en>. Acessado em: 15 mar 2018.

_____. Alcohol. Geneva, Switzerland: Author. 2015.

_____. Guidelines for the regular assessment of medical products for use in Self medication 2000. Available: <http://www.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e.pdf>. Acessado em: 26 fev 2018.

_____. Health promotion glossary. Geneva; 1998.

9 ANEXOS

Quadro 1 - Questionário de estilo de vida Fantástico.

Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Dou e recebo afeto.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Freqüentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável.	Mais de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
Cigarro e drogas	Fumo cigarros.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos.
	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas").	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Álcool	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Uso cinto de segurança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Pratico sexo seguro (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Instropeção	Penso de forma positiva e otimista.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Sinto-me tenso e desapontado.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me triste e deprimido.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

Escala de ansiedade de Back- BAS

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensação de calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tremores nas pernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relaxar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medo que aconteça o pior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atordoado ou tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palpitação ou aceleração do coração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sem equilíbrio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aterrorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensação de sufocação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tremores nas mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trêmulo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medo de perder o controle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade de respirar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Medo de morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Assustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sensação de desmaio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rosto afogueado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Suor (não devido ao calor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de depressão de Beck - BDS

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ **Score Total.**

10 APÊNDICES

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Perfil sócio demográfico**

- 1 - Idade (anos): _____
- 2 - Sexo: masculino feminino
- 3 - Cor/raça: Branco Negro Amarelo Pardo Indígena
- 4 - Série do curso: _____
- 6- Estado civil: solteiro(a) casado(a) divorciado(a) viúvo(a)
- 7- Tipo de escola no ensino médio:
 Pública Privada Parcialmente em escola privada outra
- 8- Local de moradia:
 Com pais Pensionato/república Casa dividida com amigos
 Sozinho Outros
- 5 - Escolaridade do pai:
 Nenhuma 1-3 anos 4-7 anos 8-11 anos 12 e mais anos
- 9- Escolaridade da mãe:
- 10- Nenhuma 1-3 anos 4-7 anos 8-11 anos 12 e mais anos
- 11- Já foi diagnosticado com depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica?
 sim não
- 12- Faz uso de medicamentos psiquiátricos?
 sim não
- 13- Há diagnóstico de depressão na família?
 sim não

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO SOBRE AUTOMEDICAÇÃO**

AUTOMEDICAÇÃO: é definida como a prática do uso de medicamentos sem prescrição médica

1. Já consumiu medicamentos sem receita médica?
 Sim
 Não

2. Você lê a bula dos medicamentos?
 Sim
 Não

3. Você tem conhecimentos dos possíveis efeitos adversos?
 Sim
 Não

4. Você já consumiu algum medicamento não sujeito a receita médica?
 Ácido acetilsalicílico
 Ácido ascórbico
 Valeriana
 Diclofenaco
 Tirotricina
 Ibuprofeno
 Paracetamol
 Outros medicamentos não sujeitos a receita médica.
Qual?

5. Qual motivo (clínico) o levou a prática da automedicação?
 Dor de cabeça
 Febre
 Náusea/vômito
 Dor de garganta
 Prevenção/suplementação
 Resfriado
 Anticoncepção
 Acne
 Tosse
 Alergia
 Estresse
 Gastrite
 Diarréia
 Dor muscular
 Outro

Qual?

6. Qual motivo o levou a prática da automedicação?

- Demora em conseguir consulta médica
- Custo de uma consulta médica
- Não havia necessidade de consulta médica para o problema apresentado
- Falta de tempo para ir ao médico
- Outro

Qual?

7. Quem compra o medicamento?

- Própria pessoa
- Familiares
- Amigos
- Outros

8. Quem aconselhou/influenciou o uso do medicamento?

- Conhecimento próprio
- Familiares
- Amigos
- Farmacêutico
- Funcionário farmácia
- Internet
- Professor
- Prescrição antiga
- Outros

Qual?

9. Se a orientação for própria, em que se baseia para utilizá-los:

- Costume, uso crônico. Consultou uma vez, resolveu o problema e continuou o uso.
- Acredito ter conhecimento teórico para me automedicar.
- Todos meus familiares usam e sei que resolve meu problema.
- Outro motivo

10. Você utiliza sempre os mesmos medicamentos quando apresenta os mesmos sintomas:

- Sim.
- Não.
- Uso o que estiver disponível em casa.

11. Os remédios utilizados, sempre estão disponíveis em sua casa?

- Sim, procuro sempre ter em casa.
- Não, mas compro quando preciso.
- Não, procuro uma unidade de saúde/médico para consultar e pegar receita.

12. Qual(is) medicamentos mais utilizou nos últimos trinta dias? (ASSINALE QUANTOS PRECISAR)

- () Vitamina/antianêmico
- () Analgésico/antitérmico
- () AIN/antirreumático
- () Antibiótico/antimicótico/antiviral/antiparasitário de uso sistêmico
- () Preparações para tosse e resfriado
- () Antibiótico/antimicótico/corticoide de uso tópico
- () Antiasmático/descongestionante
- () Antidepressivo/ansiolítico/anticonvulsivante
- () Antiespasmódico
- () Hormônio sexual
- () Outros hormônios
- () Miorrelaxante
- () Expectorante
- () Anti-histamínico
- () Corticóide de uso sistêmico
- () Antiácido/antiúlcera
- () Anorexígeno
- () Anti-hipertensivo
- () Antiglicêmico.
- () Outros*

Qual(is)?

13. Quantas vezes foi consultado(a) por um médico no último ano?

- () Nenhuma
- () Uma
- () Duas
- () Mais de duas

Obrigado por sua participação

APÊNDICE C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE****Estilo de vida, transtornos mentais comuns e consumo de álcool, tabaco e outras drogas em estudantes universitários: prevalência e fatores associados**

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisador(es) Marcela Demitto Furtado, Fernanda Nishida, Ana Carolina Tomiyoshi, Bruna Buhner, Brendo Costa, Isabella Cardoso, Thaís Barrionuevo e Natália Garcia, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado “Estilo de vida, transtornos mentais comuns e consumo de álcool, tabaco e outras drogas em estudantes universitários: prevalência e fatores associados”, cujo objetivo é Analisar o estilo de vida, presença de transtornos mentais comuns e prevalência de consumo de álcool, tabaco e outras drogas em estudantes de medicina.

Os dados serão coletados por meio de questionários, os quais são autoaplicáveis, não acarretando nenhum desconforto ou risco. Uma cópia do TCLE ficará com o sujeito e uma cópia com o pesquisador. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a professora ou pesquisador _____, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do estudo.

Maringá / PR, _____, _____, 2017.

Continuação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, **Viviani Betiati**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Viviani Betiati
 Endereço: Av. Guedner, 1610
 Bairro: Jd. Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 E-mail: mar_demitto@hotmail.com

Nome: Fernanda Nishida
 Endereço: Av. Guedner, 1610
 Bairro: Jd. Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 E-mail: fernanda_nishida@hotmail.com

Nome: Ana Tomiyoshi
 Endereço: Av. Guedner, 1610
 Bairro: Jd. Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 E-mail: carol_tomiyoshi@hotmail.com

Nome: Bruna Buhrer
 Endereço: Av. Guedner, 1610
 Bairro: Jd. Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 E-mail: brunabuhrer@hotmail.com

Nome: Brendo Costa
 Endereço: Av. Guedner, 1610
 Bairro: Jd. Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 E-mail: mar_demitto@hotmail.com

Nome: Isabella Cardoso
 Endereço: Av. Guedner, 1610
 Bairro: Jd. Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 E-mail: mar_demitto@hotmail.com

Nome: Thaís Barrionuevo
 Endereço: Av. Guedner, 1610
 Bairro: Jd. Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 E-mail: mar_demitto@hotmail.com

Nome: Natália Garcia
 Endereço: Av. Guedner, 1610
 Bairro: Jd. Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 E-mail: mar_demitto@hotmail.com

APÊNDICE D**OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA À
COORDENAÇÃO DO CEP**

Maringá, 29 de março de 2017.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Nilce Marzolla Ideriha

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Cesumar)

CESUMAR – Centro Universitário de Maringá

Senhor Coordenador,

Encaminhamos a V. Sa. o projeto de pesquisa intitulado “**ESTILO DE VIDA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**” sobre a minha responsabilidade, solicitando deste comitê a apreciação ética do mesmo. Aproveito para informá-lo que os conteúdos descritos no corpo do projeto podem ser utilizados no processo de avaliação do mesmo, e que:

- (a) Estou ciente das minhas responsabilidades frente à pesquisa, conforme a resolução 466/12 CNS-MS e, que a partir da submissão do projeto ao CEP, será estabelecido diálogo formal entre o CEP e o pesquisador;
- (b) Declaro que a coleta dos dados não foi iniciada, aguardando o parecer deste CEP para iniciar a pesquisa
- (c) Estou ciente que devo acompanhar a tramitação do meu protocolo de pesquisa, por minha própria conta, junto à Plataforma Brasil;
- (d) Estou ciente de que as avaliações, possivelmente, desfavoráveis deverão ser, por mim, retomadas para correções e alterações;
- (e) Estou ciente de que os relatores, a coordenação do CEP e eventualmente a CONEP, terão acesso a este protocolo e que este acesso será utilizado exclusivamente para a avaliação ética.

Sem mais para o momento, agradecemos.

Atentamente,

Marcela Demitto Furtado
CPF 050.188349-51

