



Perfil alimentar e inatividade física em mulheres universitárias na cidade de Brasília

Food profile and physical inactivity in university women in the city of Brasília

Perfil alimentario y la inactividad física en mujeres universitarias de la ciudad de Brasília

Luciana Zaranza Monteiro¹

Divina Marcia Soares de Oliveira²

Mayara Vinnie Souza Soares Parente³

Esther de Oliveira Silva²

Andrea Ramírez Varela⁴

1. Centro Universitário do Distrito Federal, Departamento de Educação Física e Fisioterapia. Brasília, DF, Brasil.

2. Centro Universitário do Distrito Federal, Departamento de Enfermagem. Brasília, DF, Brasil.

3. Escola Superior de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Brasília, DF, Brasil.

4. Universidade de los Andes, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Pública.

Bogotá, Colômbia.

Autor correspondente:

Luciana Zaranza Monteiro

E-mail: lucianazaranza@hotmail.com

Recebido em 14/12/2020.

Aprovado em 02/06/2021.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0484>

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre perfil alimentar, atividade física e estado nutricional entre mulheres universitárias. **Método:** Estudo transversal com 1500 mulheres. O questionário abordava questões sobre a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. As associações foram analisadas pelo teste qui-quadrado e análise de correspondência múltipla. **Resultados:** Das 1500 mulheres, 64,3% tinham entre 20 e 29 anos. Aquelas fisicamente ativas consumiram mais frutas ($p<0,01$), salada ($p<0,01$) e vegetais/verduras ($p<0,01$), enquanto as fisicamente inativas consumiram mais refrigerantes ($p<0,01$), carne com gordura visível ($p=0,03$) e leite com gordura ($p=0,04$). As mulheres fisicamente inativas também apresentaram maior prevalência de diabetes mellitus ($p<0,01$), colesterol elevado ($p<0,01$) e dislipidemia ($p=0,04$). **Conclusão e implicação para a prática:** As universitárias apresentaram comportamentos de risco a sua saúde, onde o consumo de álcool, baixo consumo de alimentos saudáveis e a alta prevalência de inatividade física contribuíram para o aumento dos fatores de risco para doenças crônicas. Ações preventivas com a participação de uma equipe multidisciplinar ajudará na melhora da saúde no ambiente acadêmico.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Exercício Físico; Continuidade da Assistência ao Paciente; Consumo de Alimentos; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the food profile, physical activity and weight status among university women. **Method:** This cross-sectional study, included 1.500 Brazilian women. We used a self-administered questionnaire. All questions were obtained from the surveillance of risk and protection factors for chronic diseases survey through telephone interviews. The association was analyzed using chi-square tests and multiple correspondence analysis. **Results:** The sample included 1.500 college women, 64.3% aged 20-29 years. Physically active participants consumed more fruit ($p<0.01$), salad ($p<0.01$) and vegetables/greens ($p<0.01$), whereas physically inactive participants consumed more soft drinks ($p<0.01$), meat with visible fat ($p=0.03$) and full fat milk ($p=0.04$). Physically inactive women also had a higher prevalence of diabetes mellitus ($p<0.01$), high cholesterol ($p<0.01$) and dyslipidemia ($p=0.04$). **Conclusion and implication for practice:** The students showed behaviors that put their health at risk, where alcohol consumption, low consumption of healthy foods and high prevalence of physical inactivity contributed to an increase in risk factors for chronic diseases. Preventive actions with the participation of a multidisciplinary team will help to improve health in the academic environment.

Keywords: Women's Health; Exercise; Continuity of Patient Care; Food Consumption; Health Promotion.

RESUMEN

Objetivo: Analisar la asociación entre el perfil alimentario, la actividad física y el estado nutricional en mujeres universitarias. **Método:** Estudio transversal con 1500 mujeres. El cuestionario abordó preguntas sobre la vigilancia de factores de riesgo y protección para las enfermedades crónicas. Las asociaciones se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado y análisis de correspondencia múltiple. **Resultados:** De las 1500 mujeres, el 64,3% tenía entre 20 y 29 años. Las fisicamente activas consumieron más frutas ($p<0,01$), ensalada ($p<0,01$) y verduras ($p<0,01$), mientras que las fisicamente inactivas consumieron más refrescos ($p<0,01$), carne con grasa visible ($p=0,03$) y leche con grasa ($p=0,04$). Las mujeres fisicamente inactivas también tenían una mayor prevalencia de diabetes mellitus ($p<0,01$), colesterol alto ($p<0,01$) y dislipidemia ($p=0,04$). **Conclusión e implicación para la práctica:** Las estudiantes universitarias mostraron conductas de riesgo para su salud, donde el consumo de alcohol, el bajo consumo de alimentos saludables y la alta prevalencia de inactividad física contribuyeron al aumento de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas. Las acciones preventivas con la participación de un equipo multidisciplinario ayudarán a mejorar la salud en el entorno académico.

Palabras claves: Salud de la Mujer; Ejercicio Físico; Continuidad de la Atención al Paciente; Consumo de Alimentos; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

A alimentação inadequada está entre os fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e à obesidade¹. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013 mostrou a prevalência de sobrepeso, estimada em 56,9%, e obesidade, em 20,8%, no Brasil^{2,3}.

Estudos anteriores realizados com a população universitária mostraram uma diminuição no consumo de frutas, vegetais, cereais, leguminosas e peixes, juntamente com um aumento no consumo de carnes, doces, alguns salgadinhos e bebidas açucaradas, o que sugere uma diminuição na adesão à dieta mediterrânea tradicional na população adulta jovem⁴.

Com a transição nutricional, os preparos culinários feitos em casa e geralmente baseados em alimentos in natura e minimamente processados foram substituídos por produtos prontos e ultraprocessados, como pizzas, sanduíches e refrigerantes⁵. A oferta reduzida de alimentos frescos e a distribuição global das redes de supermercados padronizou o consumo de alimentos no mundo⁵. Dentre os efeitos sobre a dieta, destacamos: aumento da ingestão de carboidratos refinados, óleos comestíveis, bebidas açucaradas e alimentos de origem animal, além da redução do consumo de leguminosas, frutas e vegetais⁶.

O período de tempo entre o final da adolescência e o início da idade adulta é um momento importante para o estabelecimento de padrões de comportamento de longo prazo⁴. Mudanças no ambiente doméstico e escolar / trabalho, nas influências sociais, nas circunstâncias financeiras e no estabelecimento de relações de parceria também são comuns⁷. Muitos desses fatores se mostraram associados à dieta e aos comportamentos alimentares nessa faixa etária⁸.

A universidade constitui um ambiente importante na configuração da realidade de vida dos universitários. Vários hábitos adquiridos ao longo dos anos estudados nas universidades continuam a ser incorporados ao cotidiano dos alunos, mesmo após a saída desse ambiente⁹.

A relação entre atividade física (AF) e alimentação balanceada com a saúde demonstra que a combinação desses fatores atua diretamente na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), na promoção da saúde e na melhor capacidade para realizar as atividades da vida diária¹⁰. A atividade física, neste campo do conhecimento, é acompanhada de recomendações e protocolos sobre como prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida, buscando mitigar e combater os efeitos deletérios do tempo e estressores no organismo humano⁸⁻¹⁰.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015, do total de 56 milhões de mortes, pode-se notar que 45% foram relacionadas a doenças cardiovasculares, 22% a neoplasias, 10% a doenças respiratórias crônicas e 4% a diabetes¹¹. Ainda de acordo com estimativas da OMS, cerca de 42% das mortes anuais por doenças crônicas são prematuras, ou seja, antes dos 70 anos^{11,12}.

Sabe-se que dois terços das mortes de mulheres estão relacionadas a causas crônicas e a violência^{12,13}. Além disso, o número absoluto de mortes de mulheres por DCNT, em 2012,

totalizou cerca de 16,2 milhões, sendo bastante semelhante ao dos homens, um número alarmante, uma vez que as DCNT eram consideradas doenças masculinas¹². Ainda em estudos realizados em 2012, a estimativa de óbitos de mulheres por doenças crônicas foi de 18,1 milhões, sendo 8,8 milhões relacionadas a causas cardiovasculares^{14,15}.

Nesse sentido, o binômio alimentação-atividade física é apenas mais um entre outros fatores que compõem o bem-estar, qualidade de vida, longevidade, estilo de vida e outros aspectos de um conceito maior denominado saúde¹⁵. Autoimagem, relacionamentos, controle do estresse, finanças, adoção de comportamento preventivo e sono restaurador são fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais que também influenciam a saúde⁵.

Acredita-se que, para garantir a supervisão da saúde da mulher de forma mais ampla, é importante monitorar os indicadores que avaliam os fatores de risco¹⁶, e devem ser monitorados, pois servem como parâmetro para avaliar o perfil de morbimortalidade associado às DCNT¹⁷, bem como, pode contribuir para o aparecimento de doenças que precedem as DCNT, denominadas fatores de risco intermediários ou metabólicos¹⁸.

A faculdade é um momento crítico em que os alunos enfrentam uma série de desafios, incluindo mudanças nos ambientes sociais e construídos, desenvolvimento de novas redes sociais, maior autonomia comportamental e adaptação a novos horários¹⁹. Durante esse período da vida, os alunos universitários são mais propensos a se envolver em comportamentos de risco para a saúde conhecidos por afetar negativamente o bem-estar, como sedentarismo, estresse e hábitos alimentares inadequados¹⁹.

Os comportamentos saudáveis desempenham um papel importante no bem-estar; onde o exercício foi observado como tendo benefícios psicológicos e físicos, e o desempenho acadêmico foi relacionado positivamente aos hábitos da prática de exercício²⁰. Portanto, investigar a saúde dos alunos é vital para o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde destinadas a melhorar sua qualidade de vida. O fato de alunos dos cursos da saúde serem expostos a currículos nos quais são ensinados a manter a saúde, acreditaria que os alunos das áreas da saúde apresentariam um nível mais alto de adesão a estilos de vida saudáveis do que aqueles alunos não relacionados à saúde.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre perfil alimentar, atividade física e estado nutricional entre mulheres universitárias.

MÉTODOS

Estudo transversal, sendo realizado com estudantes de graduação na área da saúde (Enfermagem, Educação Física e Farmácia) de uma instituição privada de Brasília, Brasil.

Amostra por conveniência composta por 1.500 alunos de graduação (maiores de 18 anos) matriculados no programa durante o ano letivo de 2018. Uma segunda tentativa de inclusão dos alunos que perderam o primeiro dia de coleta de dados foi

feita em outro dia. Se a aluna perdesse as duas oportunidades, ela não seria incluída no estudo.

A população do estudo foi composta por alunos do primeiro ao oitavo semestre que se encontravam em sala de aula no dia da coleta de dados. O instrumento foi aplicado no intervalo entre as aulas, em uma sala de aula com capacidade para 60 alunos.

Antes de distribuir o questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido, os pesquisadores se apresentaram e explicaram os objetivos e métodos do estudo ao professor responsável por aquela turma. Em seguida, os pesquisadores apresentaram o projeto de estudo aos alunos e os convidaram a participar. Foi obtido o consentimento de cada participante, bem como a aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário do Distrito Federal (protocolo número 1.794.275).

Utilizou-se um questionário autoaplicável sobre hábitos de vida relacionados à saúde. Todas as perguntas foram obtidas a partir do inquérito de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por meio de entrevistas telefônicas (VIGITEL)¹³. O questionário monitora os principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre adultos maiores de 18 anos e é aplicado de forma anual e contínua em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal¹³.

As seguintes variáveis demográficas foram incluídas no estudo: idade; nível socioeconômico (com base no questionário da ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)²¹; consumo de álcool (consumo elevado foi definido como consumo de quatro ou mais doses em uma mesma ocasião); tabagismo (sim / não); e autopercepção de saúde (excelente, muito boa, boa, regular ou ruim).

O consumo alimentar foi avaliado por meio de marcadores de dieta saudável e não saudável de acordo com a nomenclatura utilizada no VIGITEL¹³. Consumo regular de frutas e vegetais (5 ou mais dias / semana), consumo recomendado de frutas e vegetais (consumo de 5 porções em pelo menos 5 dias / semana) e o consumo regular de feijão (5 ou mais dias / semana) são considerados marcadores de dieta saudável.

Os marcadores de dieta não saudável incluíram o consumo de carne com excesso de gordura (carne vermelha com gordura visível e frango com pele); consumo de leite com gordura; consumo regular de refrigerante ou/suco artificial (5 ou mais dias / semana).

O estado nutricional foi avaliado pelo cálculo do índice de massa corporal (IMC) [peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros]. Peso e altura autorreferidos, bem como pontos de corte foram utilizados no cálculo. Os participantes foram classificados como: baixo peso (<18,5), peso normal (18,5-24,9), sobrepeso (25-29,9), obeso (≥30)²².

O uso de medidas autorreferidas é um instrumento fácil e de baixo custo, e tem sido utilizado em diversos inquéritos de saúde nacionais (VIGITEL¹³, por exemplo) e internacionais para avaliação do estado nutricional de populações^{23,24}. Essas informações podem ser obtidas por meio de entrevistas pessoais ou por telefone e por meio de questionários autoaplicáveis enviados por correio²⁵.

O nível de atividade física foi classificado como inativo (menos de 150 minutos de atividade física de intensidade

moderada por semana ou menos de 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa por semana acumulada no trabalho, casa, transporte ou domínios discricionários) ou ativo (150 ou mais minutos de atividade física de intensidade moderada por semana). A OMS²⁶ recomendou que adultos de 18 a 64 anos realizassem pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana.

Os dados são apresentados como frequências absolutas e relativas e exibidos com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A associação entre atividade física, estado nutricional e comportamentos alimentares foi analisada por meio de testes do qui-quadrado. A associação entre o peso corporal e as demais variáveis foi analisada por meio do teste do qui-quadrado.

Uma análise de correspondência múltipla foi conduzida para testar a relação conjunta entre estado nutricional, atividade física e comportamentos alimentares. O tamanho da amostra foi calculado com base na prevalência de consumo insuficiente de frutas (81,2%), considerando uma população finita de tamanho 1000000, um erro absoluto de 5pp e um coeficiente de confiança de 99,99%, gerando um $n = 924$. Consideramos 60% como uma alta taxa de perda de resposta ($924 \times 1,6 = 1478$).

Todas as análises estatísticas foram realizadas no software SAS, versão 9.2, enquanto a análise de correspondência foi realizada no SPSS, versão 21. O nível de significância foi 5%.

RESULTADOS

A maioria das mulheres tinha entre 20-29 anos (64,3%), autopercepção de saúde - boa (44,9%), fazia uso de álcool (65,7%), sobrepeso (33,8%) e não atingiram 150 minutos ou mais de AF por semana (48,4%) (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a prevalência estimada de comportamentos de proteção e risco para DCNT em mulheres.

A Tabela 3 mostra a associação entre AF e comportamentos de risco à saúde. Participantes fisicamente ativos consumiram mais frutas ($p < 0,01$), salada ($p < 0,01$) e vegetais/verduras ($p < 0,01$), enquanto participantes fisicamente inativos consumiram mais refrigerantes ($p < 0,01$), carne com gordura visível ($p = 0,03$) e leite com gordura ($p = 0,04$). As mulheres fisicamente inativas também apresentaram maior prevalência de diabetes mellitus ($p < 0,01$), colesterol elevado ($p < 0,01$) e dislipidemia ($p = 0,04$).

A Tabela 4 mostra a associação entre o estado nutricional e o consumo de frutas ($p < 0,01$), saladas ($p < 0,01$), verduras ($p < 0,01$), feijão ($p < 0,01$), refrigerantes ($p = 0,04$) e carnes com gordura ($p = 0,01$).

A Figura 1 mostra a relação conjunta entre dieta, estado nutricional e AF, avaliada por análise de correspondência múltipla. A proximidade dos pontos referentes à linha e à coluna indicam associação e a distância não associação. O gráfico indica que participantes com peso normal consumiram carne com gordura visível, leite integral e refrigerantes, enquanto participantes obesos não consumiram leite integral, carne com gordura visível, feijão e refrigerantes. A proximidade dos dados no gráfico indica uma associação das variáveis, portanto, fica claro que: indivíduos fisicamente ativos (150 min ou mais /

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com as características dos estudantes. Brasília, Brasil, 2018 (n=1.500).

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
≤ 19	234	15,6
20-29	965	64,3
≥ 30	301	20,0
Nível socioeconômico		
A	66	4,4
B	421	28,0
C	841	56,0
D	172	11,4
Curso de graduação		
Enfermagem	767	51,1
Educação Física	518	34,5
Farmácia	215	14,4
Autopercepção de saúde		
Excelente	169	11,2
Muito boa	335	22,3
Boa	674	44,9
Regular	288	19,2
Ruim	34	2,2
Fuma		
Sim	348	23,2
Não	1.152	76,8
Usa álcool		
Sim	986	65,7
Não	514	34,2
Estado nutricional		
Abaixo do peso	78	5,20
Peso normal	839	55,9
Sobrepeso	508	33,8
Obeso	75	5,0
AF >150 min/semana		
Sim	773	51,5
Não	727	48,4
Total	1.500	100

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

semana) tendiam a consumir regularmente vegetais / verduras, frutas e salada, enquanto seus aqueles fisicamente inativos não consumiam esses alimentos regularmente.

O gráfico representa duas dimensões gerando quatro quadrantes. As duas dimensões, juntas, separam as características

situadas no quadrante superior esquerdo das do quadrante inferior direito e as do quadrante superior direito das do quadrante inferior esquerdo, caracterizando grupos com perfis extremamente opostos. O método não estabelece a significância estatística das associações nem avalia o efeito independente de cada

Tabela 2. Prevalence de fatores de risco e proteção para DCNT em mulheres universitárias. Brasília, Brasil, 2018 (n=1.500).

Variáveis	n	%	IC 95%
Fatores de Proteção			
Consumo 5 ou mais vezes na semana			
Fruta	787	52,4	49,94 - 54,99
Salada crua	626	41,7	39,24 - 44,23
Verduras ou vegetais	779	51,9	49,4 - 54,46
Feijão	1.066	71,0	68,77 - 73,36
Fatores de Risco			
Consumo de refrigerantes (≥ 5 vezes/semana)	421	28,0	25,79 - 30,34
Consumo de leite com gordura	622	41,4	38,97 - 43,96
Consumo de carne com gordura visível	483	32,2	29,84 - 34,56
Sedentarismo (< 150 min de AF por semana)	727	48,4	45,94 - 51,00
Fuma	348	23,2	21,06 - 25,34
Usa álcool	986	65,7	63,33 - 68,14
Sobrepeso (IMC ≥25 e < 30 kg/m ²)	508	33,8	30,81 - 36,92
Obesidade (IMC ≥30 kg/m ²)	75	5,0	3,59 - 6,41
Doenças autorreferidas			
Hipertensão Arterial	47	3,13	2,25 - 4,01
Diabetes Mellitus	85	5,67	4,5 - 6,84
Colesterol elevado	225	15,0	13,19 - 16,81
Dislipidemia	83	5,5	4,38 - 6,69

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

Tabela 3. Associação entre atividade física e fatores de estilo de vida relacionados entre mulheres universitárias. Brasília, Brasil, 2018 (n = 1.500).

Variável	Atividade Física > 150 min/semana						p
	Não (n=727)			Sim (n=773)			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Estado nutricional							
Abaixo do peso	47	6,4	4,1 - 8,7	31	4,0	2,2 - 5,7	0,1
Peso normal	389	53,5	48,8 - 58,1	45	58,2	53,7 - 62,6	
Sobrepeso	253	34,8	30,3 - 39,2	25	32,9	28,7 - 37,2	
Obeso	38	5,2	3,1 - 7,2	37	4,7	2,8 - 6,7	
Consumo de álcool							
Não	257	35,3	31,8 - 38,8	25	33,2	29,9 - 36,5	0,39
Sim	470	64,6	61,1 - 68,1	51	66,7	63,4 - 70,0	
Fuma							
Não	551	75,7	72,6 - 78,9	60	77,7	74,8 - 80,6	0,37
Sim	176	24,2	21,1 - 27,3	17	22,2	19,3 - 25,1	

Fonte: Dados de pesquisa, 2018. * Teste qui-quadrado.

Tabela 3. Continuação...

Variável	Atividade Física > 150 min/semana						p
	Não (n=727)			Sim (n=773)			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Consumo de fruta							
Não	402	55,3	51,6 - 58,9	31	40,2	36,7 - 43,6	<0,01*
Sim	325	44,7	41,0 - 48,3	46	59,7	56,3 - 63,2	
Consumo de salada							
Não	460	63,2	59,7 - 66,7	41	53,5	50,0 - 57,0	<0,01*
Sim	267	36,7	33,2 - 40,2	35	46,4	42,9 - 49,9	
Consumo de vegetais							
Não	406	55,8	52,2 - 59,4	31	40,7	37,2 - 44,2	<0,01*
Sim	321	44,1	40,5 - 47,7	45	59,2	55,7 - 62,7	
Consumo de feijão							
Não	220	30,2	26,9 - 33,6	21	27,6	24,5 - 30,8	0,27
Sim	507	69,7	66,4 - 73,0	55	72,3	69,1 - 75,4	
Consumo de refrigerantes							
Não	498	68,5	65,1 - 71,8	58	75,1	72,1 - 78,2	<0,01*
Sim	229	31,5	28,1 - 34,8	19	24,8	21,7 - 27,8	
Consumo de leite com gordura							
Não	406	55,8	52,2 - 59,4	47	61,0	57,6 - 64,5	0,04*
Sim	321	44,1	40,5 - 47,7	30	38,9	35,5 - 42,3	
Consumo de carne com gordura							
Não	473	65,0	61,6 - 68,5	54	70,3	67,1 - 73,5	0,03*
Sim	254	34,9	31,4 - 38,4	22	29,6	26,4 - 32,8	
Hipertensão Arterial							
Não	698	96,0	94,5 - 97,4	75	97,6	96,6 - 98,7	0,07
Sim	29	3,9	2,5 - 5,4	18	2,3	1,2 - 3,3	
Diabetes Mellitus							
Não	671	92,3	90,3 - 94,2	74	96,2	94,9 - 97,5	<0,01*
Sim	56	7,7	5,7 - 9,6	29	3,7	2,4 - 5,0	
Colesterol Elevado							
Não	587	80,7	77,8 - 83,6	68	89	86,8 - 91,2	<0,01*
Sim	140	19,2	16,3 - 22,1	85	11	8,7 - 13,2	
Dislipidemia							
Não	678	93,2	91,4 - 95,0	73	95,6	94,1 - 97,0	0,04*
Sim	49	6,7	4,9 - 8,5	34	4,4	2,9 - 5,8	

Fonte: Dados de pesquisa, 2018. * Teste qui-quadrado.

Tabela 4 - Associação entre estado nutricional, comportamentos alimentares e fatores de estilo de vida relacionados. Brasília, Brasil, 2018 (n = 1.500).

	Abaixo do peso (n=78)		Peso normal (n=839)		Sobrepeso (n=508)		Obeso (n=75)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Álcool									
Não	30	38,4	280	33,3	171	33,6	33	44	0,25
Sim	48	61,5	559	66,6	337	66,3	42	56	
Fuma									
Não	63	80,7	638	76,0	399	78,5	52	69,3	0,24
Sim	15	19,2	201	23,9	109	21,4	23	30,6	
Fruta									
Não	43	55,1	373	44,4	270	53,1	27	36	<0,01*
Sim	35	44,8	466	55,5	238	46,8	48	64	
Salada									
Não	50	64,1	509	60,6	283	55,7	32	42,6	<0,01*
Sim	28	35,9	330	39,3	225	44,2	43	57,3	
Vegetais									
Não	49	62,8	428	51,0	220	43,3	24	32	<0,01*
Sim	29	37,1	411	48,9	288	56,6	51	68	
Feijão									
Não	10	12,8	251	29,9	139	27,3	34	45,3	<0,01*
Sim	68	87,1	588	70,0	369	72,6	41	54,6	
Refrigerante									
Não	57	73,0	623	74,2	342	67,3	57	76	0,04*
Sim	21	26,9	216	25,7	166	32,6	18	24	
Leite com gordura									
Não	42	53,8	493	58,7	293	57,6	50	66,6	0,40
Sim	36	46,1	346	41,2	215	42,3	25	33,3	
Carne com gordura									
Não	46	58,9	568	67,7	341	67,1	62	82,6	0,01*
Sim	32	41,0	271	32,3	167	32,8	13	17,3	
AF >150 min/semana									
Não	47	60,2	389	46,3	253	49,8	38	50,6	0,10
Sim	31	39,7	450	53,6	255	50,2	37	49,3	

Fonte: Dados de pesquisa, 2018. *Teste qui-quadrado

característica; no entanto, combina as vantagens dos métodos não lineares e multidimensionais.

DISCUSSÃO

O estilo de vida é um elemento determinante da promoção da saúde. Existem fatores no estilo de vida que podem afetar

negativamente a saúde, sobre os quais se pode ter o controle, como fumo, álcool e estresse. No entanto, existem fatores positivos, como alimentação, atividade física e comportamento preventivo, que, se bem administrados, contribuem para a prevenção e controle de diversas doenças²⁷. Na atenção à saúde da mulher, saber o grau de importância atribuído a esses fatores pode ser útil no planejamento de ações de saúde que incentivem a adoção

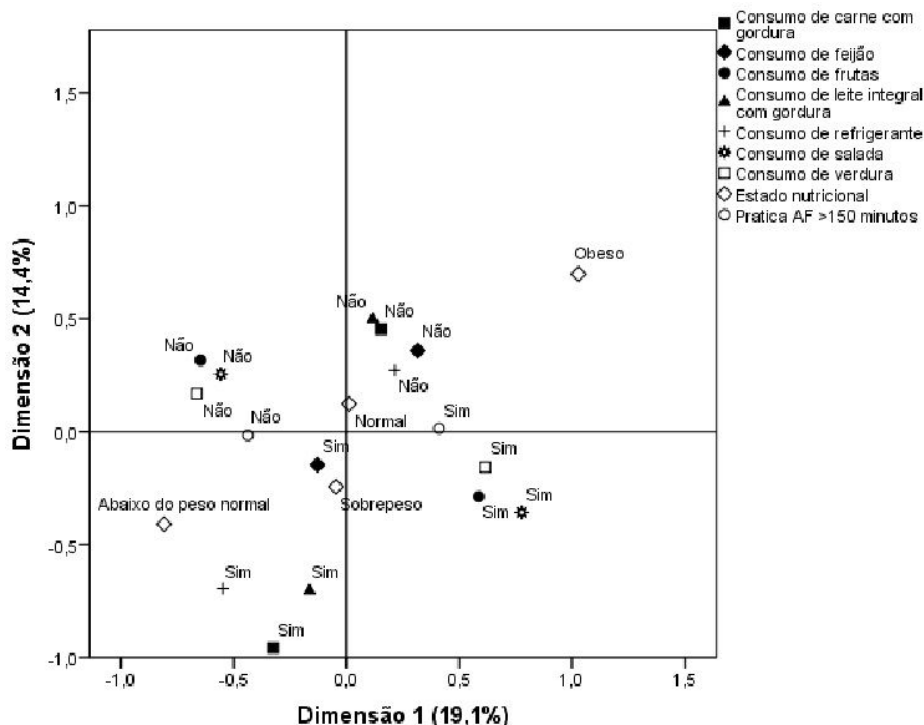


Figura 1. Relação entre comportamentos alimentares, estado nutricional e atividade física de mulheres universitárias. Brasília, Brasil, 2018 (n=1.500).

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

de estilos de vida saudáveis, com maior foco nas medidas de saúde menos priorizadas pela população²⁷.

Nosso estudo mostrou uma prevalência de consumo de álcool e tabaco entre universitários de 65,7% e 23,2%, respectivamente. Este é um resultado bastante preocupante, uma vez que o uso de álcool e tabaco está associado a diversos distúrbios de comportamento e problemas de saúde.

Estudos mostram que o percentual de fumantes entre os universitários brasileiros varia de 8,1% a 17,8%. A região Sul do país se destaca como a maior produtora de tabaco no Brasil²⁸.

A porcentagem de fumantes neste estudo (23,2%) é inferior à obtida com outros estudantes da Universidade de Valência (24,8%)²⁹, Universidade de Barcelona (23,4%)³⁰ e Universidade de León (29,3%)³¹.

Os jovens brasileiros cultivaram o hábito de se embriagar. No Brasil, estudos epidemiológicos mostram que o consumo de álcool é maior entre os universitários do que entre os do ensino médio³². Isso pode ser justificado pelo maior incentivo social ao consumo de álcool entre as faixas etárias mais jovens, associado às inúmeras estratégias de marketing voltadas para esse público específico³².

O Relatório da Situação Global sobre Álcool e Saúde estimou que na população acima de 15 anos a prevalência de dependência de álcool era cerca de 2,6% no mundo e 4,1% nas Américas³³.

Nos Estados Unidos, a Pesquisa de Comportamento de Risco Juvenil de 2017 relatou que 29,8% dos alunos participantes haviam consumido álcool nos últimos 30 dias³⁴. Na Europa, a prevalência do uso de álcool entre estudantes universitários foi relatada da seguinte forma: 46,2% (homens) e 28,1% (mulheres) na Bulgária, 41,1% (homens) e 18,1% (mulheres) na Alemanha e 20,1% (homens) e 10% (mulheres) na Polônia, respectivamente³⁵. No Japão, aproximadamente 56,8% e 47,8% de estudantes universitários do sexo masculino e feminino eram consumidores compulsivos de álcool³⁶.

Estudo realizado em mais de 100 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes mostrou que o consumo de álcool é muito alto na faixa etária de 18 a 24 anos e 15,5% dessa população afirmou ser dependente do álcool³⁷.

O consumo de álcool é responsável por 5,9% das mortes globais anuais, uma proporção significativa das quais ocorre entre os jovens³⁸. Estudos anteriores relataram que o consumo de álcool pode causar baixo desempenho acadêmico, lesões, brigas, uso de substâncias e comportamentos sexuais de risco entre os jovens^{38,39}.

A Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 descreveu os hábitos alimentares da população brasileira: a frequência do consumo regular de feijão foi de 71,9%⁴⁰; 37,3% da população atendeu ao consumo recomendado de frutas e hortaliças; o consumo de carne ou frango com excesso de gordura foi de 37,2%; o

consumo regular de refrigerantes ou sucos industrializados foi de 23,4%⁴¹.

Outro importante comportamento de risco à saúde é o baixo nível de atividade física entre os alunos, sendo que as mulheres apresentaram níveis ainda mais baixos. Em um estudo realizado com estudantes de uma Universidade do Estado de São Paulo, as mulheres eram mais sedentárias do que os homens, e 17,4% delas eram inativas⁴².

A predominância de indivíduos da classe C neste estudo também pode ter contribuído para o aumento da prevalência de inatividade física entre os estudantes. Em um estudo que avaliou a associação entre inatividade física e nível socioeconômico, as maiores prevalências de inatividade física também foram encontradas em pessoas das classes C e D.¹⁰ Uma possível explicação para esse comportamento é a falta de tempo, uma vez que o tipo de trabalho nessas classes sociais são exigentes e ocupam muito tempo, sendo que a falta de locais públicos adequados para a prática de atividade física também pode contribuir para essa alta prevalência^{42,43}.

A prevalência de inatividade física entre os jovens universitários parece ser resultado de diversos fatores, entre eles o atual mercado de trabalho altamente competitivo que demanda profissionais cada vez mais qualificados e a consequente busca por atividades que possibilitem o ingresso nesse mercado à medida que o curso avança⁴⁴.

Assim, os alunos da área de saúde se envolvem cada vez mais em atividades acadêmicas e extracurriculares, o que pode limitar o tempo gasto em atividades físicas⁴⁵. À medida que o curso avança, eles se concentram em atividades em áreas mais qualificadas, como estágios em hospitais, e negligenciam a atividade física, um fator essencial na prevenir doenças e manter-se saudável⁴⁵.

Além disso, um estudo Canadense realizado com cerca de 3.000 mulheres encontrou a influência do meio ambiente associada à inatividade física. Mulheres que moravam em locais com mais comércio apresentaram maior probabilidade de serem ativas, bem como uma melhor percepção de segurança geral. Em contraste, as mulheres que moravam em locais próximos a empresas alimentícias tinham uma chance maior de inatividade física⁴⁶.

Uma alimentação inadequada, rica em gorduras, pobre em frutas e vegetais, e o sedentarismo estão associados ao aparecimento de diversas doenças crônicas como hipercolesterolemia, hipertensão, diabetes mellitus e câncer e a realidade atual aponta para um cenário preocupante no ambiente universitário mundial, onde as mulheres têm uma alta prevalência de fatores de risco comportamentais⁴⁷.

Um estudo realizado na Europa também mostrou alta prevalência de acúmulo de fatores de risco em adultos que vivem na Bélgica. Os autores concluíram que os fatores estavam associados a uma maior prevalência de problemas de saúde física e mental, especialmente entre as mulheres⁴⁸.

Um estudo de 10 anos monitorou indicadores de saúde e qualidade de vida de 1.232 universitários na Bahia, Brasil, e encontrou consumo insuficiente de frutas e hortaliças por 81,2% e 57% dos participantes, respectivamente¹¹.

Dados do Sistema de Vigilância de Fator de Risco Comportamental (Behavior Risk Factor Surveillance System (BRFSS)), também coletados por entrevista telefônica e com questionário semelhante ao utilizado no VIGITEL, mostram que nos Estados Unidos o consumo recomendado de frutas e hortaliças permaneceu estável por um período de 10 anos (entre 1994 e 2005), variando entre 24,6% e 25%, nível semelhante ao observado atualmente nas capitais brasileiras⁴⁹.

A marcante prevalência de alto consumo de leite com gordura pelas mulheres (41,4%) é preocupante, pois esse hábito está associado ao risco global de doenças cardiovasculares, como doença coronariana e acidente vascular cerebral³. O hábito de consumir carnes gordurosas não foi avaliado em outros estudos realizados com estudantes universitários. Neste estudo, as mulheres apresentaram alta prevalência de consumo de carne com gordura (32,2%)³.

Um estudo realizado na Universidade de Alicante destaca que mais de 90% dos alunos têm consumo excessivo de carne vermelha⁴.

Um estudo realizado com estudantes universitários em León (Espanha) e Bolonha (Itália) mostrou que ambos os grupos consumiram mais gordura e menos vegetais do que as porções recomendadas por dia⁵⁰.

A maioria de nossa amostra (55,9%) tinha peso normal. Isso concorda com os resultados de outros estudos, nos quais o peso normal também foi mais prevalente entre os universitários⁸. Na China, a prevalência de sobrepeso e obesidade entre os universitários foi de 9,5%, com prevalência específica de 13,5% no sexo masculino e 6,1% em mulheres⁵¹.

Na Arábia Saudita, a taxa de sobrepeso mais obesidade entre os estudantes universitários foi de 28,1%⁵². Além disso, um estudo realizado com estudantes universitários de 7 países europeus mostrou que o peso ideal era bastante uniforme em todos os países europeus, com as estudantes do sexo feminino sendo mais propensas a se perceberem como muito gordos, mesmo com valores normais de IMC⁵³.

Observamos que as alunas inativas apresentaram mais morbidades e hábitos alimentares inadequados, fatores esses que podem ser explicados pelo fato de a inatividade física proporcionar uma alta prevalência de doenças crônicas, bem como o aparecimento de alterações metabólicas e fisiológicas, como obesidade e diabetes.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o caráter transversal dos dados analisados impede indicar qualquer relação causal ou influências diretas das variáveis incluídas no estudo. Em segundo lugar, os dados sobre atividade física e dieta foram coletados por meio de um questionário autorreferido, o que pode ter causado erros de mensuração na estimativa da prevalência (supernotificação no caso de hábitos saudáveis ou subnotificação no caso de hábitos

não saudáveis conforme relatado anteriormente na literatura). Por fim, em relação às informações dietéticas, o consumo de cada um dos alimentos selecionados foi coletado com base na frequência por semana sem tamanho da porção. Os alunos demonstraram um estilo de vida ruim. Excesso de peso, baixo nível de atividade física e alimentação pouco saudável são riscos bastante comuns do comportamento de saúde dos alunos durante o período de estudos.

Portanto, o presente estudo sugere que as universidades brasileiras criem espaços para a promoção da saúde desses estudantes de enfermagem e de outras áreas da saúde no âmbito da qualidade de vida, promovendo o desenvolvimento de programas preventivos que orientem os estudantes sobre a importância de um estilo de vida mais saudável. Os alunos serão futuros profissionais da enfermagem e de outras áreas da saúde, necessitando assim, enfatizar comportamentos mais saudáveis.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Luciana Zaranza Monteiro. Andrea Ramírez Varela.

Coleta ou produção dos dados. Divina Marcia Soares de Oliveira. Mayara Vinnie Souza Soares Parente. Esther de Oliveira Silva.

Análise de dados. Luciana Zaranza Monteiro. Andrea Ramírez Varela.

Interpretação dos resultados. Luciana Zaranza Monteiro. Andrea Ramírez Varela.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Luciana Zaranza Monteiro. Divina Marcia Soares de Oliveira. Mayara Vinnie Souza Soares Parente. Esther de Oliveira Silva. Andrea Ramírez Varela

Aprovação da versão final do artigo. Luciana Zaranza Monteiro. Divina Marcia Soares de Oliveira. Mayara Vinnie Souza Soares Parente. Esther de Oliveira Silva. Andrea Ramírez Varela.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Luciana Zaranza Monteiro. Divina Marcia Soares de Oliveira. Mayara Vinnie Souza Soares Parente. Esther de Oliveira Silva. Andrea Ramírez Varela.

EDITOR ASSOCIADO

Cristina Rosa Baixinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Andrade SSCA, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 jun;24(2):217-26. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200004>.
2. Malta DC, Bernal RT, de Souza MF, Szwarcwald CL, Lima MG, Barros MB. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: National Health Survey 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):153. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0427-4>. PMID:27852264.
3. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado IE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1, Suppl 1):217-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>. PMID:28658385.
4. Ortiz-Moncada R, Morales-Suárez-Varela M, Vecilla-Benítez Á, Norte Navarro A, Olmedo-Requena R, Amezcua-Prieto C et al. Factors associated with meat consumption in students of Spanish Universities: UnichCos Project. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):3924. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16203924>.
5. Popkin BM. Nutrition transition and the global diabetes epidemic. *Curr Diab Rep*. 2015;15(9):64. <http://dx.doi.org/10.1007/s11892-015-0631-4>. PMID:26209940.
6. Costa Louzada ML, Martins AP, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015;49:38. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006211>. PMID:26176747.
7. Winpenny EM, Penney TL, Corder K, White M, Van Sluijs EMF. Change in diet in the period from adolescence to early adulthood: a systematic scoping review of longitudinal studies. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):60. <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-017-0518-7>. PMID:28472992.
8. Corder K, Winpenny E, Love R, Brown HE, White M, Sluijs E. Change in physical activity from adolescence to early adulthood: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Br J Sports Med*. 2017;53(8):496-503. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-097330>. PMID:28739834.
9. Castro JBP, Carvalho MCVS, Ferreira FR, Prado SD. "Do as I say but do not do as I do!": décalage as a tool for understanding body and food practices. *Rev Nutr*. 2015 fev;28(1):99-108. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000100009>.
10. Couto DAC, Martin DRS, Molina GE, Fontana KE, Junqueira Jr LF, Porto LGG. Nível insuficiente de atividade física se associa a menor qualidade de vida e ao estudo noturno em universitários do Distrito Federal. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2019 jul;41(3):322-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.017>.
11. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 2019 maio 15]. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/
12. Enes CC, Nucci LB. Gender and schooling inequalities in risk and protective factors for chronic diseases among Brazilian adults. *J Public Health (Oxf)*. 2017;40(3):e211-8. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/idx183>. PMID:29300982.
13. Ministério da Saude (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Vigitel 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
14. Peters SAE, Woodward M, Jha V, Kennedy S, Norton R. Women's health: a new global agenda. *BMJ Glob Health*. 2016;1(3):e000080. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000080>. PMID:28588958.
15. Marinho F, de Azeredo Passos VM, Carvalho Malta D, Barboza França E, Abreu DMX, Araújo VEM et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10149):760-75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2). PMID:30037735.
16. Silva GA, Malta DC, Moura L, Rosa RS. Surveillance of chronic non-communicable diseases: public health priority in the 21st century. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2017.
17. Patrão AL, Almeida MC, Alvim S, Chor D, Aquino EML. Health behavior-related indicator of lifestyle: application in the ELSA-Brasil study. *Glob Health Promot*. 2019;26(4):62-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1757975918763148>. PMID:29749297.
18. Ribeiro AL, Duncan BB, Brant LC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brazil: trends and perspectives. *Circulation*. 2016;133(4):422-33. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008727>. PMID:26811272.
19. Rodríguez-Muñoz PM, Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA. Influência do consumo de tabaco e álcool, de hábitos alimentares e atividade física em estudantes de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*.

- 2020 fev 3;28:e3230. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3198.3230>. PMID:32022150.
20. Almutairi KM, Alonazi WB, Vinluan JM, Almigbal TH, Batais MA, Alodhayani AA et al. Health promoting lifestyle of university students in Saudi Arabia: a cross-sectional assessment. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1093. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5999-z>. PMID:30185167.
 21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica, Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2016 [citado 2019 maio 10]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
 22. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado 2019 maio 10]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1
 23. de Munter JS, Tynelius P, Magnusson C, Rasmussen F. Longitudinal analysis of lifestyle habits in relation to body mass index, onset of overweight and obesity: results from a large population-based cohort in Sweden. *Scand J Public Health*. 2015;43(3):236-45. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494815569865>. PMID:25740615.
 24. Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodzi WK. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *CMAJ Open*. 2014;2(1):E18-26. <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20130016>. PMID:25077121.
 25. Peixoto MR, Benicio MH, Jardim PC. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Rev Saude Publica*. 2006;40(6):1065-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000700015>. PMID:17173164.
 26. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [citado 2019 jun 25]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
 27. Ezzati M. Excess weight and multimorbidity: putting people's health experience in risk factor epidemiology. *Lancet Public Health*. 2017;2(6):e252-3. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30093-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30093-2). PMID:29253362.
 28. Malta DC, Silva MMAD, Moura L, Moraes OL. The implantation of the Surveillance System for Non-communicable Diseases in Brazil, 2003 to 2015: successes and challenges. *Rev Bras Epidemiol*. 2017 out-dez;20(4):661-75. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>. PMID:29267751.
 29. Caamaño Navarrete F, Alarcón Hormazábal M, Delgado Floody P. Niveles de obesidad, perfil metabólico, consumo de tabaco y presión arterial en jóvenes sedentarios. *Nutr Hosp*. 2015 nov 1;32(5):2000-6. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9619>. PMID:26545653.
 30. Martínez C, Méndez C, Sánchez M, Martínez-Sánchez JM. Attitudes of students of a health sciences university towards the extension of smoke-free policies at the university campuses of Barcelona (Spain). *Gac Sanit*. 2017;31(2):132-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.009>. PMID:28341291.
 31. Pedrelli P, Borsari B, Lipson SK, Heinze JE, Eisenberg D. Gender differences in the relationships among major depressive disorder, heavy alcohol use, and mental health treatment engagement among college students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(4):620-8. <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2016.77.620>. PMID:27340967.
 32. Pinheiro MA, Torres LF, Bezerra MS, Cavalcante RC, Alencar RD, Donato AC et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e tabaco entre estudantes de Medicina no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2017 jun;41(2):231-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160033>.
 33. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2019 maio 20]. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
 34. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B et al. Youth risk behavior Surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2018;67(8):1-114. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1>. PMID:29902162.
 35. Mikolajczyk RT, Sebena R, Warich J, Naydenova V, Dudziak U, Orosova O. Alcohol drinking in university students matters for their self-rated health status: a cross-sectional study in three European countries. *Front Public Health*. 2016;4:210. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2016.00210>. PMID:27730122.
 36. Yoshimoto H, Takayashiki A, Goto R, Saito G, Kawaida K, Hieda R et al. Association between excessive alcohol use and alcohol-related injuries in college students: a multi-center cross-sectional study in Japan. *Tohoku J Exp Med*. 2017;242(2):157-63. <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.242.157>. PMID:28637993.
 37. Souza J, Ornela KP, Almeida LY, Domingos SGA, Andrade LS, Zanetti ACG. Drug use and knowledge of its consequences among nursing students. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):2-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005540016>.
 38. Jiang H, Xiang X, Hao W, Room R, Zhang X, Wang X. Measuring and preventing alcohol use and related harm among young people in Asian countries: a thematic review. *Glob Health Res Policy*. 2018;3(1):14. <http://dx.doi.org/10.1186/s41256-018-0070-2>. PMID:29761160.
 39. So ES, Park BM. Health behaviors and academic performance among Korean adolescents. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2016;10(2):123-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2016.01.004>. PMID:27349669.
 40. Jaime PC, Stopa SR, Oliveira TP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):267-76. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200009>.
 41. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):257-65. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200008>.
 42. Ferrari TK, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, Fisberg RM. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(1):e00188015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188015>. PMID:28125129.
 43. Arruda GO, Marcon SS. Behaviour of health hazards of men of Southern Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e2640014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002640014>.
 44. Peleias M, Tempski P, Paro HBMS, Perotta B, Mayer FB, Enns SC et al. Leisure time physical activity and quality of life in medical students: results from a multicentre study. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2017;3(1):e000213. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2016-000213>. PMID:28761706.
 45. Lourenço C, Sousa T, Fonseca S, Virtuoso J Jr, Barbosa A. Comportamento sedentário em estudantes universitários. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2016;21(1):67-77. <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.21n1p67-77>.
 46. Prince SA, Kristjansson EA, Russell K, Billette JM, Sawada M, Ali A et al. A multilevel analysis of neighbourhood built and social environments and adult self-reported physical activity and body mass index in Ottawa, Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(10):3953-78. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph8103953>. PMID:22073022.
 47. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em servidores de instituição prisional: estudo transversal. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):301-10. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200009>. PMID:27869948.
 48. Linardakis M, Papadaki A, Smpokos E, Micheli K, Vozikaki M, Philalithis A. Association of behavioral risk factors for chronic diseases with physical and mental health in European adults aged 50 years or older, 2004-2005. *Prev Chronic Dis*. 2015;12:E149. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.150134>. PMID:26378895.
 49. Silva LES, Claro RM. Tendências temporais do consumo de frutas e hortaliças entre adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008-2016. *Cad Saude Publica*. 2019;35(5):e00023618. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00023618>. PMID:31116246.
 50. Lupi S, Bagordo F, Stefanati A, Grassi T, Piccini L, Bergamini M et al. Assessment of lifestyle and eating habits among undergraduate students in Northern Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2015;51(2):154-61. http://dx.doi.org/10.4415/ANN_15_02_14. PMID:26156187.
 51. Jiang S, Peng S, Yang T, Cottrell RR, Li L. Overweight and obesity among chinese college students: An exploration of gender as related to external environmental influences. *Am J Mens Health*. 2018;12(4):926-34. <http://dx.doi.org/10.1177/1557988317750990>. PMID:29325480.
 52. Albeeybe J, Alomer A, Alahmari T, Asiri N, Alajaji R, Almassoud R et al. Body size misperception and overweight or obesity among saudi college-aged females. *J Obes*. 2018;2018:5246915. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/5246915>. PMID:29951311.
 53. Robinson E, Hunger JM, Daly M. Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults. *Int J Obes (Lond)*. 2015;39(12):1721-6. <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2015.143>. PMID:26248659.