



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - Bacharelado

Emily Crichton Cruz

Associação entre atividade física e desigualdades sociais com sintomas de ansiedade em  
universitários brasileiros: Um estudo Unilife-M

Florianópolis  
2024

Emily Crichton Cruz

Associação entre atividade física e desigualdades sociais com sintomas de ansiedade em universitários brasileiros: Um estudo Unilife-M

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Educação Física - Bacharelado do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Educação Física.

Orientador: Prof., Dr. Thiago Sousa Matias  
Coorientador: Jhonatan Wéllington Pereira Gaia

Florianópolis

2024.

Cruz, Emily Crichton

Associação entre atividade física e desigualdades sociais com sintomas de ansiedade em universitários brasileiros: Um estudo Unilife-M / Emily Crichton Cruz ; orientador, Thiago Sousa Matias, coorientador, Jhonatan Wélington Pereira Gaia, coorientador, Eduarda Eugênia Dias de Jesus, 2024.

78 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

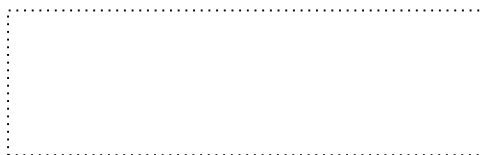
1. Educação Física. 2. Ansiedade. 3. Desigualdade Social. 4. Atividade Física. 5. Estudantes Universitários. I. Matias, Thiago Sousa. II. Gaia, Jhonatan Wélington Pereira . III. de Jesus, Eduarda Eugênia Dias IV. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Educação Física. V. Título.

Emily Crichton Cruz

Associação entre atividade física e desigualdades sociais com sintomas de ansiedade em universitários brasileiros: Um estudo Unilife-M

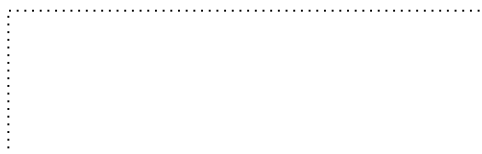
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharela em Educação Física e aprovado em sua forma final pelo Curso de Educação Física - Bacharelado

Florianópolis, 09 de Dezembro de 2024.



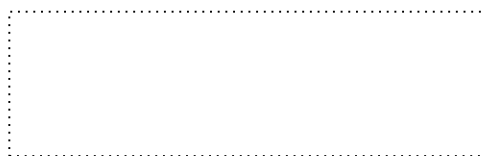
Coordenação do Curso

**Banca examinadora**



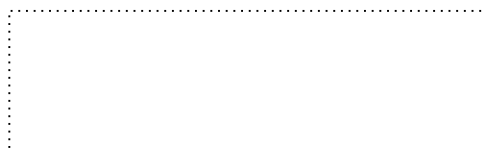
Prof. Thiago Sousa Matias, Dr.

Orientador



Profa. Kelly Samara da Silva, Dra.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Priscila Cristina dos Santos, Dra.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 2024

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de começar agradecendo à minha família, Marcos, Lucy e Flora, que me apoiaram em cada passo desse processo de conclusão de curso, tudo que sou como pessoa e profissional, é graças ao suporte e amor incondicional que recebo desde o meu primeiro sopro nessa terra. Em especial, quero agradecer à minha mãe por me ensinar tudo que eu sei sobre ser professora, e sobre o poder de mudar o mundo, que seguramos nas nossas mãos, você me inspira em cada fibra do meu ser.

Agradeço também de coração, todo o suporte que recebi da minha namorada, Haisa, das minhas amigas de infância, do meu melhor amigo Vinícius, dos meus colegas de curso Caio, Emerson e tantos outros, da minha mentora e amiga Marina, dos professores nos quais eu me espelho e admiro tanto, Rodrigo, Cíntia e Bruna, e aos meus alunos e pacientes que cruzaram o meu caminho da forma mais bonita, Dona Carmen, Doroti, Rosa, Luzia, Marilete, Elenice e Joceli, e como é especial receber esse carinho e sentir que toquei o coração de cada um deles como eles tocaram o meu.

Não posso deixar de agradecer também ao imenso esforço coletivo que é o projeto UNILIFE, e todas as pessoas que trabalham para que pesquisas como essa possam ser feitas. Dito isso, agradeço ao grupo Motus e seus integrantes, ao meu orientador Thiago Matias, ao meu coorientador Jhonatan, e especialmente a minha coorientadora Eduarda Eugenia, que me motivou e vibrou comigo em cada parágrafo escrito e cada conclusão das etapas deste trabalho, que me inspira em sua maneira de ser, ensinar e acolher, obrigada!

Por fim agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina, por ser esse espaço tão poderoso de desenvolvimento profissional, posso dizer que vivenciei tudo que podia dentro do espaço acadêmico, desde jogos, campeonatos, testes, diversas modalidades esportivas, congressos, cursos, palestras, projetos de extensão, projetos de pesquisa, monitoria, entre tantas outras experiências positivas. Na minha trajetória pude participar de alguns núcleos de pesquisa e extensão, entre eles o NUPAF, o GPEC e o Motus, onde aprendi e vivenciei tanta coisa importante e trabalhei com tantas pessoas incríveis, obrigada!!!

*“Be brave enough to start a conversation that matters.”*  
*Margaret Wheatley*

## RESUMO

Estudantes universitários enfrentam desafios no período de transição para a universidade e para a vida adulta, momento da vida em que se deparam com mudanças no estilo de vida e desafios para a saúde mental, especialmente em indivíduos em posição de desigualdade social. O objetivo deste estudo é investigar a associação entre atividade física e fatores de desigualdades sociais com sintomas de ansiedade em estudantes universitários brasileiros. O presente estudo realizou um recorte transversal de um estudo de coorte multicêntrico, prospectivo e internacional denominado *University Student's Lifestyle Behaviors and Mental Health* (UNILIFE-M). A amostra consistiu de 5.635 participantes, calouros universitários de 12 universidades do Brasil. A coleta de dados foi feita através do preenchimento de questionários online na plataforma REDCap, incluindo um questionário de características sociodemográficas e acadêmicas, o SMILE-C, que avalia comportamentos de estilo de vida, o DSM-5 (nível 1), que avalia domínios da saúde mental, e o GAD-7, que avalia sintomas de ansiedade, a fim de traçar um perfil de estilo de vida e sintomas de saúde mental. A análise estatística utilizou medidas descritivas como média e desvio padrão e frequências relativas e absolutas para a caracterização da amostra. Todas as análises foram realizadas utilizando o R Studio (R Studio Team, 2024) e o nível de significância será de  $p < 0.05$ . Os testes de Qui-Quadrado e Kruskal-Wallis foram utilizados para fazer a associação entre os determinantes de risco, atividade física e os sintomas de ansiedade e também foram utilizados modelos de regressão logística binária para investigar a relação entre os componentes do índice de risco, atividade física e os sintomas de ansiedade. Os resultados indicaram que mulheres (OR = 2.02; IC95% = 1.80, 2.27), pessoas autodeclaradas não brancas (OR = 1.25; IC95% = 1.11, 1.40), indivíduos com renda de até R\$2.824 (OR = 1.59; IC95% = 1.36, 1.86) e indivíduos com renda entre R\$ 2.824 e R\$ 5.648 (OR = 1.33; IC95% = 1.13, 1.58), não heterossexuais (OR = 1.73; IC95% = 1.52, 1.96), e aqueles que praticavam atividade física nunca (OR = 1.58; IC95% = 1.31, 1.90) e eventualmente (OR = 1.32; IC95% = 1.12, 1.55), apresentaram maiores chances de relatar sintomas de ansiedade. Diante destes resultados, evidências apontam que indivíduos em algum grupo minoritário apresentam maior prevalência e risco para desenvolver problemas de saúde mental como a ansiedade. Sugere-se que as barreiras sociais que a sociedade impõe para estes grupos favorecem piores desfechos de saúde. Quanto mais esses grupos minoritários se interseccionam, maior a chance de um indivíduo sofrer os prejuízos da discriminação. A atividade física surge como uma potencial ferramenta para atenuar os sintomas de ansiedade, porém estudantes universitários costumam ser pouco fisicamente ativos. A partir dos resultados, propõe-se o reconhecimento e conscientização dos profissionais da saúde sobre as questões vivenciadas por esses indivíduos, assim como das instituições de ensino superior, para que se desenvolva um espaço de empatia e respeito às diferenças, e para que os indivíduos em vulnerabilidade social tenham acesso a apoio psicológico, conhecimento de hábitos saudáveis e atividades culturais e esportivas de forma gratuita.

**Palavras-chave:** ansiedade; desigualdade social; atividade física; saúde mental; estudantes universitários.

## ABSTRACT

University students face a number of challenges during the transition period to university and adult life, it being a moment in which they come across a number of lifestyle changes and mental health challenges, especially individuals who find themselves in a position of social inequality. The main objective of this study is to investigate the association between physical activity, social inequalities and anxiety symptoms in Brazilian university students. The present study conducted a cross-sectional analysis of an international, longitudinal, multicentric and prospective cohort study called *University Student's Lifestyle Behaviors and Mental Health (UNILIFE-M)*. The sample consisted of 5.635 freshman university students from 12 universities in Brazil. Data collection was carried out through the completion of online questionnaires on the REDCap platform, including a sociodemographic and academic characteristics questionnaire, the SMILE-C, which evaluates lifestyle behaviours, the DSM-5 (level 1), which assesses mental health domains, and the GAD-7, which evaluates anxiety symptoms, in order to profile lifestyle behaviours and mental health symptoms. Statistical analysis employed descriptive measures such as mean and standard deviation, as well as relative and absolute frequencies, for sample characterization. All analyses were performed using R Studio (R Studio Team, 2024), with a significance level set at  $p < 0.05$ . Chi-square and Kruskal-Wallis tests were used to assess associations between risk determinants, physical activity, and anxiety symptoms. Additionally, binary logistic regression models were applied to investigate the relationship between risk index components, physical activity, and anxiety symptoms. The results indicated that women (OR = 2.02; IC95% = 1.80, 2.27), self-identified non-white individuals (OR = 1.25; IC95% = 1.11, 1.40), those with an income of up to R\$2,824 (OR = 1.59; IC95% = 1.36, 1.86), an those with an income between R\$ 2.824 and R\$ 5.648 (OR = 1.33, IC95%= 1.13, 1.58), non-heterosexual individuals (OR = 1.73; IC95% = 1.52, 1.96), and those who engaged in physical activity never (OR = 1.58; IC95% = 1.31, 1.90) or occasionally (OR = 1.32; IC95% = 1.12, 1.55) were more likely to report anxiety symptoms. Based on these findings, evidence suggests that individuals belonging to minority groups have a higher prevalence and risk of developing mental health problems such as anxiety. It is suggested that the social barriers imposed on these groups contribute to worse health outcomes. The more these minority groups intersection each other, the higher the likelihood of an individual experiencing the negative effects of discrimination. Physical activity emerges as a potential tool to mitigate anxiety symptoms, however, university students tend to be insufficiently physically active. Based on these results, it is proposed that healthcare professionals and higher education institutions recognize and address the challenges faced by these individuals. This includes fostering an environment of empathy and respect for diversity and ensuring that socially vulnerable individuals have access to psychological support, knowledge of healthy habits, and free cultural and sports activities.

**Keywords:** anxiety; social inequality; physical activity; mental health; university students.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas de acordo com a classificação dos sintomas de ansiedade.....	37
<b>Tabela 2.</b> Associação entre fatores de desigualdade social, atividade física e sintomas de ansiedade em universitários brasileiros.....	40
<b>Tabela 3.</b> Associação entre os sintomas de ansiedade e os níveis de classificação do índice de Jeopardy.....	41

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.2 JUSTIFICATIVA .....	18
1.3 OBJETIVOS .....	19
1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
2.1 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DESIGUALDADE SOCIAL .....	20
2.2 SINTOMAS DE ANSIEDADE E ESTUDANES UNIVERSITÁRIOS .....	23
2.3 SINTOMAS DE ANSIEDADE E ATIVIDADE FÍSICA .....	26
<b>3 MÉTODOS</b> .....	<b>31</b>
3.1 DESENHO DO ESTUDO .....	31
3.2 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA .....	31
3.3 AMOSTRA .....	31
3.4 INSTRUMENTOS E MEDIDAS .....	32
3.4.1 Variáveis de Caracterização Sociodemográfica e Acadêmica .....	32
3.4.2 The Short Multidimensional Inventory Lifestyle Evaluation (SMILE-C) .....	32
3.4.3 Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 .....	33
3.4.4 Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) .....	33
3.5 PROCEDIMENTOS .....	34
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	35
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>37</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS DE AMOSTRA .....	37
4.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, FATORES DE DESIGUALDADE SOCIAL E SINTOMAS DE ANSIEDADE .....	39
4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE JEOPARDY E OS SINTOMAS DE ANSIEDADE .....	40
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>42</b>

5.1 SEXO BIOLÓGICO.....	42
5.3 ORIENTAÇÃO SEXUAL .....	45
5.4 RENDA .....	46
5.5 RAÇA.....	47
5.6 ATIVIDADE FÍSICA .....	48
5.7 ÍNDICE DE RISCO (JEOPARDY INDEX) E SINTOMAS DE ANSIEDADE .....	50
5.8 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS E LIMITAÇÕES .....	51
<b>6 CONCLUSÃO-----</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS-----</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO -</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO-----</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO-----</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO D – SHORT MULTIDIMENSIONAL INVENTORY LIFESTYLE EVALUATION (SMILE)-----</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO E – ESCALA TRNSVERSAL DE SINTOMAS DE NÍVEL 1 DO DSM -----</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO F – GENERALIZED ANXIETY DISORDER-7 (GAD-7) -----</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cenário pós-pandêmico colocou diversos assuntos relativos à saúde em pauta, entre eles o impacto que a pandemia teve na saúde mental da população brasileira (Goularte *et al.*, 2021). Assim como o conceito de saúde transcende a ausência de doença, englobando um estado de bem-estar físico, mental e social, a saúde mental não deve se limitar apenas à ausência de transtornos mentais (Alves; Rodrigues, 2010). Dados da Organização Mundial da Saúde (2017) sobre a prevalência estimada de transtornos mentais em diferentes países revelam altos índices de ansiedade, depressão e taxas de suicídio ao redor do mundo. Além disso, o Brasil foi considerado o país com a maior prevalência de ansiedade em todo o mundo; estima-se que 9,3% da população brasileira possui algum transtorno de ansiedade (Saúde, 2017).

Em relação à ansiedade, esta se caracteriza como uma preocupação ou angústia antecipada em relação a potenciais ameaças futuras (Saúde, 2018), e há diversos fatores que podem interferir e influenciar na probabilidade de desenvolvimento de transtornos de ansiedade, e entre eles, destaca-se o enquadramento em um perfil de desigualdade social, que engloba sexo, identidade racial, identidade de gênero, orientação sexual e renda (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021). Dessa forma, é necessário considerar não apenas o indivíduo, mas também para o contexto no qual ele está inserido. Ou seja, há um conjunto complexo de fatores que se interseccionam para determinar as chances de uma pessoa desenvolver problemas de saúde mental, incluindo os transtornos de ansiedade (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021). Alguns determinantes sociais de saúde são renda, nível de escolaridade, sexo biológico, raça, identidade de gênero e orientação sexual, podendo influenciar em aspectos relacionados à saúde mental (Lopes; Soares, 2023).

Apesar de a saúde mental ser um direito previsto na Constituição (Brasil, 2012), englobando uma interação de dimensões físicas, psicológicas e sociais (Nahas, 2017), Soares (2023) e Ramos, Rito e Cerqueira-Santos (2021) apontam que pertencer a um grupo considerado minoria está associado a desfechos negativos para saúde mental. Adicionalmente, algumas populações podem estar mais vulneráveis para problemas de saúde mental, como estudantes universitários, que muitas vezes podem carregar uma carga mental por lidar com a desigualdade social diariamente (Alves *et al.*, 2021). Além disso, a inserção na universidade é frequentemente acompanhada pela transição da adolescência para a fase adulta, marcando uma série de desafios e adaptações que os estudantes precisam enfrentar, tanto no ambiente universitário quanto em seu próprio desenvolvimento pessoal e social (Oliveira; Dias, 2014).

Apesar dos benefícios de cursar o Ensino Superior, o ambiente universitário pode gerar estresse e ansiedade devido às demandas acadêmicas, privação de sono, falta de tempo e distância da família (Alves *et al.*, 2021), tornando-se um período sensível para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Bruffaerts *et al.*, 2018). Por exemplo, um estudo transversal com universitários brasileiros relatou que, entre 1.837 participantes, 75% relataram algum nível de ansiedade (Soares, 2023).

Diante dessa conjuntura, a literatura revela que, dentro da população universitária, aqueles que mais sofrem com problemas de saúde mental, como a ansiedade, são pessoas em posição de desigualdade social, especialmente do sexo feminino (Soares, 2023; Alves; Rodrigues, 2010; Lopes; Soares, 2023; Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021). Por esse motivo, torna-se importante considerar também os comportamentos e vivências pessoais dos estudantes, assim como o contexto em que estão inseridos, ao analisar seu estilo de vida (Bowleg, 2012).

Outro fator que pode ter relação com sintomas de ansiedade, é a prática de atividade física, que surge não apenas como uma ferramenta importante para a saúde, bem-estar e qualidade de vida, mas também como um potencial aliado para indivíduos com transtornos de ansiedade, visto que seus inúmeros benefícios combatem não apenas doenças físicas, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mas também problemas de saúde mental, atenuando a severidade e os sintomas de ansiedade (Kandola *et al.*, 2018). Entretanto, apesar dos diversos benefícios, ainda há barreiras substanciais para a prática de atividade física, como falta de recursos, falta de tempo, falta de interesse, entre outros, que resultam em um maior número de indivíduos inativos (Oliveira; Dias, 2014). Dessa forma, apenas 1 a cada 5 brasileiros praticam atividade física conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (Mielke *et al.*, 2015), que indica que adultos pratiquem de 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa (Saúde, 2020).

As demandas acadêmicas acabam reforçando algumas dessas barreiras, especialmente a falta de tempo, que foi frequentemente relatada em pesquisas com estudantes universitários brasileiros (Dias *et al.*, 2019; Marcondelli; Costa; Schmitz, 2008; Oliveira *et al.*, 2014; Oliveira; Dias, 2014). Tendo em vista que essa janela de tempo entre adolescência e vida adulta também é um período de boas escolhas de estilo de vida, como prática de atividade física, boa alimentação e hábitos saudáveis, que são determinantes para a manutenção destes hábitos ao longo da vida adulta, torna-se importante olhar para os estudantes universitários brasileiros em seus diferentes contextos e individualidades, uma vez que, geralmente, há uma redução de nível

de atividade física, e aumento de maus hábitos alimentares e tempo sedentário (Oliveira; Dias, 2014).

Entre as evidências existentes, o perfil mais frequentemente associado ao baixo nível de atividade física, são os indivíduos com perfil de desigualdade social (Cieslak *et al.*, 2012; Cruz *et al.*, 2022; Fontes; Vianna, 2009; Marcondelli; Costa; Schmitz, 2008; Mielke *et al.*, 2022; Reichert *et al.*, 2007), que paralelamente também são associados com maiores níveis de sintomas de ansiedade (Soares, 2023; Alves; Rodrigues, 2010; Lopes; Soares, 2023; Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021). Todavia, ainda parece haver uma lacuna na literatura na relação entre a prática de atividade física iniquidades sociais e sintomas de ansiedade. Deste modo, este trabalho busca responder a seguinte pergunta: existe associação entre a atividade física e os fatores de desigualdade social com sintomas de ansiedade entre estudantes universitários brasileiros?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A complexidade do comportamento humano sempre me fascinou, e conforme fui avançando na minha graduação e trabalhando com diferentes áreas e diferentes populações, percebi que sempre havia um ponto em comum: a minha conexão com as pessoas. Percebi que, para além do exercício, as pessoas queriam ser vistas, cuidadas e entendidas, e isso me levou a indagar cada vez mais sobre o que fazem das pessoas quem elas são, quais as suas histórias, e que caminho percorreram para chegar até ali.

Em conversas cotidianas com alunos, pacientes, professores e treinadores, conheci pessoas que viveram a época da ditadura, que vieram da Síria, da Grécia, da Alemanha, da Escócia, pessoas que eram dançarinas, militares, professores, médicos, musicistas, ricos e pobres, de diferentes raças, gêneros, sexualidades e identidades, entre tantas outras histórias das quais tive o privilégio de ouvir. Refletir sobre as diferentes trajetórias, me levou a perceber a forma como as desigualdades sociais definem desfechos de saúde, de forma que, traça-se um perfil de pessoas que não foram ensinadas ou conscientizadas sobre saúde e estilo de vida, que não tiveram oportunidade e acesso de estar em espaços de promoção a saúde por diversos motivos, mas principalmente por não se enquadrarem no espaço normativo imposto pela sociedade.

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde revelou dados alarmantes, colocando o Brasil como o país mais ansioso do mundo, com uma prevalência de 9,3%, ou seja, de 207,7 milhões de brasileiros cerca de 19,3 milhões sofriam com algum transtorno de ansiedade. Se

em 2017 a prevalência de ansiedade já era alta, considerando que a pandemia do COVID-19 gerou um momento de tensão e agravamento de transtornos de ansiedade e depressão devido ao isolamento social, é importante olhar tal quadro como um problema de saúde pública (Oms, 2022).

Se pertencer a um grupo considerado minoria indica desfecho negativo para a saúde mental como a ansiedade (Ramos *et al.*, 2021), e ao mesmo tempo, esse mesmo perfil também é o que pratica menos atividade física (Marcondelli; Costa; Schmitz, 2008). Dentro do contexto universitário essas duas variáveis se tornam ainda mais expressivas, pois as demandas acadêmicas costumam alterar o estilo de vida do estudante devido às diversas transições que ocorrem com a entrada na universidade, e conseqüentemente, surgimento de novos desafios e barreiras (Alves *et al.*, 2021). Deste modo, olhar para essas pessoas e compreender o contexto social é um passo essencial para a construção de melhores políticas públicas que de fato alcancem aqueles que mais precisam.

### 1.3 OBJETIVOS

Investigar a associação entre atividade física e fatores de desigualdades sociais com sintomas de ansiedade em estudantes universitários brasileiros.

#### 1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os estudantes universitários brasileiros em função de fatores de desigualdades sociais.

Analisar a associação entre fatores de desigualdade social (sexo, identidade racial, renda, identidade de gênero e orientação sexual) e sintomas de ansiedade em universitários brasileiros.

Analisar a associação entre atividade física e sintomas de ansiedade em universitários brasileiros.

Analisar a associação entre o Índice de Risco e sintomas de ansiedade em universitários brasileiros.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DESIGUALDADE SOCIAL

A saúde mental é um componente fundamental da saúde geral e do bem-estar do ser humano, sendo considerada um direito assegurado pela Constituição Federal, que visa garantir o bem-estar mental, a integridade psíquica e o pleno desenvolvimento intelectual e emocional (Brasil, 2012).

O conceito de saúde mental compreende uma condição holística que integra a resiliência emocional, a capacidade de adaptação a desafios e adversidades, a presença de relações interpessoais saudáveis e um senso de identidade e propósito, entre diversos outros aspectos, podendo ser interpretado como um espectro dinâmico da capacidade do indivíduo de alcançar um estado de equilíbrio psicossocial (Alves; Rodrigues, 2010). Tal concepção exhibe a complexidade de fatores que compõem e interferem na saúde mental e como está se difere da mera ausência de transtornos mentais, bem como o próprio conceito de doença, que vai muito além da ausência de doença (Alves; Rodrigues, 2010). Frente a isso, devemos considerar a saúde numa perspectiva holística, como uma condição humana com dimensões físicas, sociais e psicológicas (Nahas, 2017).

Para além da saúde mental, alguns transtornos vêm se destacando quanto à sua prevalência, levando em consideração os tempos atuais e o impacto da tecnologia na população. Segundo a OMS (2022) em 2019, 301 milhões de pessoas viviam com sintomas de ansiedade, e 280 milhões com sintomas de depressão (Oms, 2022).

Diante do exposto, a ansiedade e o medo são conceitos intrinsecamente interligados quando se trata de sintomas de ansiedade. Enquanto o medo se manifesta como uma reação imediata a uma possível ameaça iminente real ou percebida no presente, a ansiedade se caracteriza como uma preocupação ou angústia antecipada em relação a potenciais ameaças futuras (Saúde, 2018). Ambos os conceitos se diferenciam referente à situação, sendo que o medo gera um estado de excitação mais frequentemente associado com situações de luta, fuga e perigo imediato, e a ansiedade gera uma tensão muscular e um estado de vigilância constante em antecipação aos perigos futuros (Association, 2014).

Segundo a *American Psychiatric Association* (2014), os transtornos de ansiedade se diferenciam quanto à situação que provoca os sintomas de ansiedade, podendo apresentar sintomas como inquietação e preocupação excessiva, que se prolongam e geram sofrimento (Association, 2014).



Uma preocupação crescente da Saúde Pública Global tem sido o aumento dos transtornos mentais em países subdesenvolvidos devido a um número de adversidades ambientais, demográficas e sociopolíticas, especialmente se tratando das populações em posição de desigualdade social, que naturalmente, são desfavorecidas em diversos domínios (Demenech *et al.*, 2021).

Alves e Rodrigues (2010) determina diversos fatores que influenciam a saúde mental a nível interpessoal e intrapessoal. Segundo o autor, o nível interpessoal está relacionado a: a) pobreza, levando a más condições de habitação, alimentação, baixa escolarização e desenvolvimento pessoal, além de ser condicionante de barreiras nos serviços de saúde; b) urbanização, dependendo da região, podem ter meios de transporte superlotados, superpopulação, falta de saneamento básico, exposição à violência e más condições de vida, etc.; c) educação, o nível de escolaridade, permite acesso a empregos bem pagos e inclusão social; d) cultura, que influencia na visão da população acerca de transtornos mentais, como acontece com algumas culturas que enxergam emoções como sinal de fraqueza, de forma a criar um bloqueio emocional (Alves; Rodrigues, 2010).

O mesmo autor sugere, a nível intrapessoal, fatores como: a) o emprego, pois é um importante pilar financeiro que traz estabilidade e satisfação pessoal, enquanto o desemprego associa-se a vulnerabilidade e baixa autoestima; b) discriminação sexual e a violência de gênero, sendo determinante no acesso a recursos, posições em papéis sociais, inclusão e validação da sociedade, com risco elevado de sofrer violência física, sexual, doméstica ou verbal; c) experiências precoces ou ambiente familiar, tanto na gravidez quanto na infância, os possíveis traumas podem ter um grande impacto no desenvolvimento de transtornos mentais; d) exclusão social e estigma, incluindo a intolerância racial e a discriminação, entre diversos preconceitos, que levam ao comprometimento do acesso a direitos básicos e sensação de desesperança e incapacidade; e) acontecimentos de vida estressantes, que são compostos por causas relativamente naturais como doenças crônicas, desastres naturais, ambientes perigosos e violentos (Alves; Rodrigues, 2010).

Frente ao exposto, é perceptível a existência da desigualdade social em diferentes aspectos e esferas da sociedade, aumentando a chance desses sujeitos a terem prejuízos na saúde mental (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021). A Teoria da Interseccionalidade foi uma teoria desenvolvida com objetivo de abordar essa interação complexa que a desigualdade social apresenta. Ela surgiu com a ativista norte-americana Kimberlé Crenshaw, a partir do movimento feminista negro, onde pressupõe e reconhece que a relação dos indivíduos em posição de desigualdade social com a sociedade, é influenciada por uma gama de fatores

(Vieira; Torrenté, 2022). Os fatores se interseccionam desde o nível micro (individual), de forma que as múltiplas facetas que compõem a identidade de uma pessoa influenciam as suas experiências de vida, ao nível macro, onde estas facetas da identidade do indivíduo influenciam como esta é vista na sociedade, refletindo sistemas sociais de privilégio e opressão (Bowleg, 2012).

Levando-se em conta que o fenômeno da saúde é transversal, de forma que múltiplos fatores podem influenciar no contexto em que alguém está inserido, e de como o mesmo tem acesso à saúde frente a uma sociedade repleta de iniquidades, a teoria da interseccionalidade frisa a importância de enxergar os diferentes grupos de minorias como linhas que se cruzam, de forma que não há um grupo que sofrerá mais opressão do que outro, tudo depende de quantas dessas linhas se cruzam ao mesmo tempo, e quanto mais elas se cruzam, maior é a probabilidade de um indivíduo ocupar diferentes espaços de desigualdade (Vieira; Torrenté, 2022).

Referente aos espaços de desigualdade social, considera-se minoria “todo grupo humano excluído do exercício de algum direito pelo simples fato de constituir um grupo diferente do que foi estabelecido como padrão” (Nóbrega; Martins, 2009, p. 685), ou seja, qualquer grupo que fuja do que foi estabelecido como padrão normativo imposto pela sociedade, de modo que sofrem opressão por não atender a estes padrões, como raça, orientação sexual, sexo biológico, identidade de gênero, renda, deficiência, etc. (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021).

Em uma pesquisa quantitativa de recorte transversal com 1.049 participantes ao redor do Brasil, sendo 59,8% do gênero masculino, Ramos, Rito e Cerqueira-Santos (2021), analisa algumas vertentes da desigualdade social e seu impacto na ansiedade social em indivíduos da população brasileira. Os resultados mostram que os grupos com menores rendas apresentaram maiores médias de ansiedade social, bem como as mulheres de classes sociais mais baixas, que também tiveram médias de ansiedade social maiores em comparação aos homens, e homens que se autodeclararam afeminados relataram maior média de violência sofrida. Dentro dos indivíduos não-heterossexuais, cerca de 70% relataram já terem sofrido violência psicológica, 17% física, 27% sexual, 9,4% financeira e 30% institucional em decorrência de sua orientação sexual (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021). Além disso, uma revisão sistemática de estudos transversais quali/quantitativos de Lopes (2023), visando avaliar o perfil de vulnerabilidade diante das desigualdades sociais e seu impacto na saúde, aponta que pensamentos depressivos são mais presentes em mulheres (63,21%), em pessoas da comunidade LGBTQIAP+ (52,9%), e pessoas pretas (42,9%) (Lopes; Soares, 2023).

Frente a este cenário, é plausível as dificuldades que uma pessoa em condição de desigualdade social irá encontrar em qualquer esfera da sociedade, de forma que pertencer a um grupo minoritário, incida em desfechos negativos para a saúde mental, devido ao estresse crônico gerado pelos possíveis eventos discriminatórios iminentes (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021).

As condições impostas pela pandemia do COVID-19, agravaram significativamente as consequências das desigualdades sociais através do isolamento social e das medidas restritivas, gerando um aumento do desemprego, dos níveis de ansiedade e depressão, e das barreiras no acesso à informação etc., de forma que aqueles que foram mais impactados foram os indivíduos que não possuíam condições socioeconômicas para parar de trabalhar e para manter-se em *lockdown* (Soares, 2023).

Um estudo transversal, observacional e analítico, composto por 1.837 participantes, sendo 65% do sexo feminino, com idade variando entre 18 e 27 anos (78%), 90% de universidades públicas e 96% matriculados em cursos presenciais, observou que, através do instrumento GAD-7 (*General Anxiety Disorder-7*), cerca de 75% dos entrevistados relataram algum nível de ansiedade. Entre os fatores de risco encontrados, destacam-se: ser mulher, ser do grupo de risco da COVID-19, ser jovem, ser de baixa renda, e viver em qualquer região do Brasil (exceto Nordeste), enquanto fatores de proteção foram ser homem, com mais de 48 anos, com renda acima de 4 salários-mínimos (Soares, 2023), de forma que fica explícito, as características do grupo mais acometido pelos sintomas de ansiedade, que são as pessoas em posição de desigualdade social.

## 2.2 SINTOMAS DE ANSIEDADE E ESTUDANES UNIVERSITÁRIOS

Para muitas pessoas, o ingresso na universidade representa uma fase de transição da adolescência para a vida adulta, portanto não se trata apenas de um momento de formação profissional como também de desenvolvimento pessoal, amadurecimento e construção da autonomia (Oliveira; Dias, 2014).

Há alguns desafios que a entrada na universidade pode trazer, como sair da casa dos pais, mudar de cidade, lidar com as demandas acadêmicas, o sentimento de solidão e *homesickness* (saudades de casa), fazer novos amigos, pertencer a um espaço ou grupo, lidar com o equilíbrio entre trabalho e estudo para aqueles que precisam trabalhar para se manter, a quebra de expectativas, gestão de tempo, etc (Hurst; Baranik; Daniel, 2013).

Naturalmente, aqueles que estão ingressando no ambiente universitário (calouros), tendem a sentir um baque maior destas adversidades (Oliveira; Dias, 2014). Oliveira (2014) traz uma comparação entre vivências e percepções desta transição entre calouros e formandos, destacando três categorias onde as dificuldades da transição se pronunciam com mais afinco. As dificuldades durante a graduação, que variam entre frustrações de expectativas, dificuldades individuais, curso escolhido, ajuste à realidade da instituição e grau de exigência acadêmica; a rede de apoio, que pode compor-se de familiares e amigos, e apresenta um papel importante na segurança do estudante e no sentimento de competência social; e a mudança na relação com familiares, pois sair de casa e exercer a autonomia e responsabilidade de se gerir sozinho, traz uma visão à família, de um cidadão adulto (Oliveira; Dias, 2014).

Apesar da universidade ser um dos maiores precursores do desenvolvimento humano dentro da sociedade, o ambiente acadêmico é caracterizado por uma gama de dificuldades e processos novos, que incluem níveis altos de estresse, carga de trabalho aumentada, competitividade acadêmica e privação de sono, de forma que se torna um ambiente especialmente vulnerável ao desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente considerando a faixa etária dos universitários, que geralmente é composta por indivíduos que estão na transição de adolescente para jovem adulto (Alves *et al.*, 2021). Bruffaerts (2018), aponta que os transtornos mentais, quando desenvolvidos durante esta transição para a vida adulta, geram fortes problemas no futuro, incluindo disfunções nos relacionamentos, problemas de saúde físicos e emocionais e dificuldades no mercado de trabalho (Bruffaerts *et al.*, 2018).

De acordo com os achados de Alves *et al.* (2021), estudantes universitários são afetados por transtornos de saúde mental (Alves *et al.*, 2021); e essa relação está diretamente associada a uma queda no desempenho acadêmico quando comparada com estudantes universitários sem transtornos mentais (Bruffaerts *et al.*, 2018). Diante deste contexto, entende-se que o período de transição para a universidade pode ser estressante para o estudante, e especialmente sensível para o desenvolvimento de transtornos mentais, pois frequentemente é acompanhado de diversas dificuldades que podem gerar níveis altos de estresse, e até quadros de ansiedade (Dias *et al.*, 2019).

No ano de 2017, a Organização Mundial da Saúde publicou dados acerca da prevalência global e regional estimada de transtorno de ansiedade, salientando o Brasil como o país mais ansioso do mundo, com cerca de 9,3% da população com algum transtorno de ansiedade, com destaque significativo de maior prevalência no sexo feminino, em todas as regiões (OMS, 2017). Levando em consideração o impacto mundial que a pandemia do COVID-19 teve em todos os âmbitos políticos, econômicos, sociais, familiares e psicológicos,

torna-se ainda mais relevante a importância da saúde mental, levando em conta que o isolamento social, as medidas de restrição, e a perda de entes queridos aumentou significativamente os problemas de saúde mental, especialmente a ansiedade e a depressão (Soares, 2023).

Um estudo transversal e observacional feito com estudantes universitários brasileiros em 2020, com uma amostra de 1.837 estudantes, sendo 65% mulheres, 78% com idade entre 18 e 27 anos, 90% de universidades públicas e 96% matriculados em cursos presenciais, observou que 75,07% dos participantes relataram algum nível de ansiedade (Soares, 2023). Ser do sexo feminino, ser jovem, ser estudante de cursos de humanas, ser do grupo de risco para COVID-19, e viver em qualquer região do Brasil (exceto Nordeste) foram considerados fatores de risco para ansiedade, enquanto ter mais de 48 anos de idade, ser do sexo masculino e receber mais de quatro salários-mínimos classificou-se como fator de proteção (Soares, 2023).

Demenech *et al* (2021) aponta, através de uma revisão sistemática com meta-análise acerca da prevalência de ansiedade, depressão e ideação suicida entre universitários brasileiros, que ser do sexo feminino é um dos fatores de risco associados com sintomas de ansiedade, devido a fatores genéticos, hormonais, ambientais e sociais (Demenech *et al*, 2021).

O estudo quali/quantitativo de Vieira (2022), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), trouxe uma amostra de estudantes universitários atendidos pela Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil (PROAE), sendo 70% pretos e pardos (entre 19 e 29 anos), 89% vinham de zonas urbanas, 78,7% estudaram em escola pública e 57% criados por uma mulher que seria a principal provedora (Vieira; Torrenté, 2022). Apenas olhando a caracterização da amostra, já é possível obter um panorama das características sobressalentes dos estudantes que procuram o suporte da universidade, devido a vulnerabilidade social, e que sentem sua saúde mental afetada por tais circunstâncias.

Com isso, foi observado que diversas pessoas foram afetadas pelos efeitos pós-pandêmicos, mas um dos grupos mais prejudicados foram aqueles classificados em perfil de vulnerabilidade social, isso inclui critérios de renda, sexo biológico, orientação sexual, raça, identidade de gênero etc., estando naturalmente mais propensos a desenvolver transtornos mentais (Lopes; Soares, 2023).

A questão é que quando estas pessoas chegam à universidade, trazem consigo uma bagagem de vivências, traumas e problemas estruturais advindos de um contexto específico, de forma que, quando adicionados às dificuldades e estressores do ambiente acadêmico como expectativas, demandas acadêmicas, morar longe da família, falta de apoio, falta de recurso e falta de tempo, torna-se ainda mais difícil lidar com tais questões, pois já chegam em

desvantagem para com relação às pessoas que não sofrem opressão pela sociedade (Oliveira; Dias, 2014).

### 2.3 SINTOMAS DE ANSIEDADE E ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física (AF) é um importante pilar da história e do desenvolvimento humano, mas, percebe-se que, ao longo do tempo, e frente aos avanços tecnológicos da modernidade, ela deixou de ser uma necessidade para se tornar uma alternativa (Moretti; Almeida, 2009).

Por esse motivo, o ponto de vista biomecânico, Caspersen, Powell e Christenson (1985), consideram o conceito de AF como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em um gasto de energia” (Caspersen *et al*, 1985, p. 126), entretanto, diante da magnitude que a atividade física engloba, como aspectos socioculturais, discursivos, processuais, institucionais, coletivos, comunitários, corporais, afetivos e subjetivos, foi desenvolvido um outro ponto de vista com ênfase comportamental. Piggin (2020) apresenta um conceito mais holístico de AF: “a atividade física envolve pessoas se movendo, agindo e performando dentro de espaços e contextos culturalmente específicos, e influenciados por uma gama única de interesses, emoções, ideias, instruções e relacionamentos” (Piggin, 2020, p. 5). Entre estes conceitos, destacam-se diferentes domínios presentes no dia a dia de qualquer indivíduo, como a AF no tempo livre (lazer), no deslocamento, no trabalho ou no estudo, e nas tarefas domésticas (Saúde, 2021; Lopes *et al*, 2023).

O Guia de Atividade Física para a População Brasileira, desenvolvido em 2021, traz recomendações específicas de acordo com a faixa etária, e, considerando que estudantes universitários, em sua maioria, se classificam como jovens adultos (acima de 18 anos), é importante analisar as recomendações básicas de atividade física, que garantem minimamente a saúde e a qualidade de vida da população. O Ministério da Saúde sugere então, que um indivíduo de 18 a 59 anos, faça pelo menos 150 minutos de atividades físicas moderadas ou pelo menos 75 minutos de atividades físicas vigorosas por semana, e preferencialmente, que também inclua em pelo menos 2 dias da semana, atividades de fortalecimento com sobrecarga externa ou apenas o peso corporal (Saúde, 2021).

A atividade física possui diversos benefícios (Nahas, 2017), e é um pilar extremamente importante na garantia de saúde e qualidade de vida ao longo do tempo, pois promove o desenvolvimento humano e o bem-estar, previne e diminui a mortalidade contra doenças crônicas, auxilia no controle do peso, melhora a qualidade do sono, incentiva a inclusão

social e a criação de vínculos, e reduz o estresse e sintomas de ansiedade e depressão, entre diversos outros benefícios (Saúde, 2021).

O tratamento para transtornos de ansiedade costuma ser tradicionalmente feito através de agentes farmacológicos, mas nem sempre o paciente consegue se adaptar a estes tratamentos por questões específicas de seu transtorno, e por muitas vezes, os remédios serem de alto custo (Kandola *et al*, 2018). Indivíduos com transtorno de ansiedade também se encontram com maior risco de desenvolvimento de doenças cardiometabólicas como o diabetes e doenças cardíacas, pois o estresse psicológico causado pela ansiedade pode desencadear eventos fatídicos (Schuch *et al*, 2019). Nesse contexto, a AF surge então como uma ferramenta para não só melhorar o condicionamento físico, como potencialmente, a saúde mental, de forma que a literatura propõe a ideia de que pessoas que praticam atividade física tem um menor risco de serem diagnosticadas com transtorno de ansiedade, com menor severidade e frequência de sintomas (Kandola *et al*, 2018).

Um artigo de revisão com metanálise de coorte prospectiva, buscou estabelecer uma relação entre os benefícios da AF na redução de sintomas de ansiedade. Os 14 estudos de coorte incluídos reportaram que aqueles que praticavam mais AF tinham uma menor incidência de risco de transtornos de ansiedade de forma que a AF se mostrou como um fator protetor, e que aqueles que atendiam às recomendações de saúde de prática de pelo menos 150 minutos por semana de AF moderadas a vigorosas, também se associavam a uma menor incidência de sintomas de ansiedade (Schuch *et al*, 2019).

Outro estudo realizado na Irlanda, contando com 7.650 participantes de idade média de 65,9 anos, com acompanhamento longitudinal de 10 anos, constatou que mesmo que um indivíduo pratique menos AF do que as recomendações da Organização Mundial da Saúde sugerem (150 minutos de AF moderada ou 75 minutos de AF vigorosa por semana), ainda assim foi encontrada uma associação positiva de redução de até 18% de risco de desenvolver um Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em indivíduos idosos (Herring *et al*, 2024). A partir destes dados é possível observar que mesmo que a prática de atividade não atenda às recomendações, a mínima prática de AF de pelo menos 10 minutos por dia durante 5 dias (50 minutos de AF moderada por semana), já é suficiente para atuar na redução do risco de desenvolvimento do TAG em idosos, quando comparados com indivíduos não ativos (Herring *et al*, 2024).

Referente a populações mais jovens, uma revisão sistemática com metanálise de estudos com diferentes tipos de intervenção de AF (yoga e *mindfulness*, exercício aeróbio, diferentes esportes, Tai-Chi, entre outros), averiguou que a AF é um potencial redutor de

sintomas de ansiedade para jovens e crianças comparado àqueles que não realizaram as intervenções (Carter *et al*, 2021).

Apesar das evidências crescentes acerca do potencial que a AF possui no tratamento ou diminuição do risco de transtornos de saúde mental combinada ou não com outros tratamentos (psicológicos, farmacológicos etc.), como já foi evidenciado na literatura, os autores Kandola *et al*, (2018) destacam ainda a presença de diversas lacunas a serem preenchidas para que a AF seja concretamente considerada como um tratamento ou prevenção no desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Dessa forma, a prática de atividade física surge como uma alternativa acessível, de baixo custo e baixo risco, com potencial de atuar como regulador de estresse, promovendo senso de autonomia e competência para aqueles que cumpram minimamente as recomendações encontradas nos guias (Kandola *et al*, 2018).

Embora que a atividade física seja uma ferramenta importante na manutenção da saúde e da qualidade de vida, existem barreiras relevantes a serem consideradas quando se trata de aderência à atividade física, principalmente a AF no lazer. Um estudo conduzido em Pelotas, Rio Grande do Sul, analisou a percepção de barreiras para a prática de atividade física no lazer, e entre os 3.100 participantes, apenas 26,8% atendiam às recomendações da OMS. Dentre as barreiras relatadas, para não praticar AF, 40,3% foram devido à falta de dinheiro e 38,1% sentiam-se demasiadamente cansados, sendo que aqueles que reportaram 6 barreiras ou mais, apresentaram uma prevalência 113% maior de ser inativo, quando comparado com aqueles que não reportaram nenhuma barreira (Reichert *et al*, 2007).

Em uma revisão de literatura, Oliveira *et al* (2014) trazem como barreiras para a prática de atividade física em universitários brasileiros, a falta de tempo, a falta de interesse, a falta de oportunidade, problemas de saúde, falta de dinheiro e falta de local apropriado, sendo a mais prevalente, a falta de tempo, e isso pode estar relacionado com as crescentes exigências acadêmicas combinadas com as próprias demandas da vida pessoal como trabalhar e estudar, participar de grupos de pesquisa ou extensão, morar sozinho, etc (Oliveira *et al*, 2014). Corroborando com este estudo, Marcondelli, Costa e Schmitz (2008) identificaram que, dos 281 estudantes que compuseram a amostra, 66,7% relataram falta de tempo, 21,2% falta de disposição, 10,6% falta de dinheiro e 1,5% falta de local adequado, para a prática de atividade física (Marcondelli; Costa; Schmitz, 2008).

Com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, Mielke *et al*. (2015) trouxeram um panorama das diferenças regionais e fatores associados à prática de AF, onde, entre os 59.6670 participantes, sendo 52% mulheres, os homens apresentaram uma prevalência de prática de AF 50% maior em relação às mulheres, sendo que na região Norte, o sexo



masculino chegou a ser duas vezes mais ativo (Mielke *et al*, 2015). A prevalência de ativos no lazer girou em torno de 21,9% no Sul, a 24,4% no Centro-Oeste, sendo predominantemente indivíduos do sexo masculino, mais jovens (entre 18 e 24 anos), com maior grau de instrução, de forma que apenas 1 em cada 5 brasileiros pratica AF conforme as recomendações da OMS, não havendo grandes diferenças entre as regiões do Brasil (Mielke *et al*, 2015).

O período de transição da adolescência para a vida adulta, em conjunto com a entrada na universidade, pode alterar significativamente os hábitos de vida de um indivíduo, pois frente a novas demandas, este pode passar a adotar condutas prejudiciais à saúde, como redução do nível de atividade física e maus hábitos alimentares (Oliveira *et al*, 2014).

Os hábitos de vida adotados na fase de jovem adulto são um importante marcador para aderência de um estilo de vida saudável no futuro (Oliveira *et al*, 2014), deste modo, Cieslak *et al*. (2012), buscaram analisar a qualidade de vida e nível de atividade física em 178 universitários brasileiros, através de uma pesquisa de caráter transversal, na cidade de Curitiba. Seus achados apontaram que indivíduos do sexo masculino apresentaram níveis maiores de atividade física (71,1%) e qualidade de vida, em comparação com o sexo feminino (53,7%), e que 18,8% dos avaliados eram sedentários, de forma que foi constatado que os universitários avaliados possuíam um nível relativamente satisfatório de AF e qualidade de vida (Cieslak *et al*, 2012).

Um estudo seccional realizado com estudantes de graduação da Universidade Federal da Paraíba, com uma amostra de 1.503 participantes com média de 22,3 anos, sendo 55,9% do sexo feminino, obteve uma prevalência de nível de atividade física de 31,2%, que foi considerado baixo. Dos estudantes avaliados, foi associado a baixo nível de atividade física: alunos matriculados em cursos noturnos, com maior tempo de permanência na universidade, com menos tempo livre no dia, que não realizavam nenhum tipo de dieta ou cuidado com a alimentação, com melhores condições econômicas e que moram com a família (devido a possivelmente não realizarem as próprias atividades domésticas, andar mais de carro e ter acesso a tecnologias como TV a cabo, internet, etc) (Fontes; Vianna, 2009).

Outro estudo realizado na Universidade de Brasília, com 281 universitários do 3º ao 5º semestre da área da saúde (medicina, nutrição, farmácia, enfermagem, odontologia e educação física), observou um alto nível de sedentarismo (65,5%) nos participantes da pesquisa, com exceção dos estudantes de educação física, sendo que 79,7% seguiam uma alimentação considerada inadequada, 23% exerciam trabalho remunerado e 89,5% realizavam um trabalho com gasto energético leve. Ser de menor nível socioeconômico e ser mulher foi associado um

menor nível de AF, e os homens apresentaram um maior índice de Massa Corporal (Marcondelli; Costa; Schmitz, 2008).

Com base nos dados da Pesquisa Nacional da Saúde de 2019, um estudo transversal averiguou que jornadas mais longas de trabalho (>40 horas), ser do sexo feminino, ter menor renda e menor nível de escolaridade, foi associado com menor nível de AF. Indivíduos de pele preta tenderam a se engajar mais em AF doméstica, de deslocamento, e no trabalho, e indivíduos com jornadas mais longas de trabalho tenderam a engajar menos em AF doméstica, no deslocamento e no lazer, e mais em AF intensa no trabalho (Cruz *et al*, 2022).

Perante o exposto, é perceptível que alguns grupos sociais tendem a ser associados com um menor nível de atividade física, e diante de uma sociedade repleta de iniquidades, torna-se importante direcionar o olhar àqueles que são prejudicados por ocuparem posições de desigualdade social, dificultando seu acesso à saúde, conhecimento, e qualidade de vida (Cruz *et al*, 2022), com um destaque sobressalente para as mulheres, que mesmo compondo a maior parte das amostras, sempre apresentaram um menor nível de atividade física, além de pessoas de menor nível socioeconômico e menor nível de escolaridade, e pessoas pretas.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo é um recorte transversal da Coorte multicêntrica e prospectiva denominada “*University Student’s Lifestyle Behaviors and Mental Health (UNILIFE-M)*” (Schuch *et al.*, 2024). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, com o número do parecer 5.509.738. O presente estudo foi relatado de acordo com as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)* para estudos de coorte, que garante a transparência e rigor científico no relato (Vandenbroucke *et al.*, 2007).

Esta pesquisa é de natureza aplicada, visando gerar conhecimentos voltados à resolução de problemas práticos e melhoria da saúde mental e estilo de vida dos estudantes universitários; com abordagem quantitativa, utilizando dados numéricos para descrever e analisar associações entre as variáveis estudadas; descritiva, apresentando as características e os padrões observados no grupo avaliado; e de caráter observacional, de modo a não interferir nas condições estudadas (Nascimento, 2016).

#### 3.2 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA

O UNILIFE-M é um estudo de coorte prospectivo multicêntrico. Realizado em 12 centros no Brasil e outros 74 centros em 28 países, os respectivos centros participantes são responsáveis pela submissão do projeto aos respectivos comitês de ética ~~de~~ locais, de modo que a gestão do estudo foi realizada por cada um dos centros locais. No presente recorte, serão utilizados somente os dados dos participantes localizados no Brasil, com o intuito de evitar possíveis vieses, como países com diferentes contextos que podem influenciar nos resultados.

#### 3.3 AMOSTRA

A amostra é composta por estudantes universitários regularmente matriculados em instituições de ensino superior. Para calcular o tamanho mínimo da amostra foram consideradas as estimativas de estudos anteriores (Schuch *et al.*, 2018, 2019; Ruiz-Estigarribia *et al.*, 2019). Foi estimado inicialmente, a necessidade de 2.885 participantes. Para compensar possíveis perdas de seguimento de até 50%, foi decidido recrutar 4.327 participantes. Cada centro

participante contribuiu com pelo menos 300 participantes para garantir representatividade e diversidade cultural. Os critérios de inclusão para o estudo foram: 1) ter entre 16 e 35 anos de idade, 2) ser calouro no primeiro semestre de 2023 ou 2024 em cursos de graduação, e 3) ler e concordar com o termo de consentimento online.

### 3.4 INSTRUMENTOS E MEDIDAS

#### 3.4.1 Variáveis de Caracterização Sociodemográfica e Acadêmica

As informações sociodemográficas foram coletadas através de um questionário (em Anexo A), desenvolvido pelo próprio estudo e validado durante o estudo piloto, no ano de 2022. Entre as questões investigadas estão: sexo, idade, identidade de gênero, identidade étnico-racial, renda média mensal familiar, estado civil, dados antropométricos (peso e altura), diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), diagnóstico prévio de transtornos mentais, curso, data de ingresso na universidade e semestre concluído.

#### 3.4.2 The Short Multidimensional Inventory Lifestyle Evaluation (SMILE-C)

O SMILE-C é um questionário adaptado do SMILE original, que consiste de 43 itens auto avaliativos, projetados para medir alguns comportamentos em um período de 30 dias, tendo sido desenvolvido especificamente para avaliar as mudanças durante o confinamento da pandemia (Anexo D). O questionário permite uma avaliação multidimensional do estilo de vida fornecendo escores para cada um dos seus sete domínios: dieta e nutrição, uso de substâncias, atividade física, gerenciamento do estresse, sono retroativo, suporte social e exposições ambientais (representando o comportamento sedentário, através do tempo de uso de tela), (Balanzá-Martínez *et al.*, 2021).

A versão SMILE-C inclui 27 questões, utilizando a escala Linkert de 4 pontos, com respostas que variam de (1) Sempre (2) Frequentemente (3) Eventualmente e (4) Nunca, de forma que a pontuação final é obtida pela soma das pontuações de todas as questões (levando em conta que algumas questões têm pontuações invertidas para isso). Deste modo, pontuações mais altas indicam um estilo de vida mais saudável, sendo que o escore geral pode variar de 27 a 108 pontos, entretanto, devido ao número total diferente de questões por domínio, cada um pode apresentar uma variação distinta. Cada domínio então apresenta os seguintes intervalos:

dieta e nutrição (5 a 20 pontos), uso de substâncias (4 a 16 pontos), gerenciamento do estresse (6 a 24 pontos), sono retroativo (4 a 16 pontos), suporte social (6 a 24 pontos), exposições ambientais (1 a 4 pontos), e atividade física (1 a 4 pontos). Para este estudo, foi utilizado apenas o domínio da atividade física, que foi considerada uma variável de exposição, sendo analisada a questão específica: “No último mês, com que frequência na sua rotina diária você se exercitou pelo menos 30 minutos por dia (ou 150 minutos por semana)? ”, e a análise foi baseada nas opções de resposta: nunca, eventualmente, frequentemente e sempre (Balanzá-Martínez *et al.*, 2021).

### **3.4.3 Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5**

A Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), é um instrumento auto reportado que avalia domínios de saúde mental que são importantes entre os diagnósticos psiquiátricos (Anexo E). A escala na versão para adultos, consiste em 23 perguntas que abrangem 13 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, distúrbio do sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substância. Cada domínio contém de 1 a 3 perguntas, perguntas que investigam a intensidade (ou com que frequência) o participante apresenta ou apresentou o sintoma em questão durante as duas últimas semanas.

Deste modo, cada item é classificado em uma escala de 5 pontos (0 = nada ou de modo algum; 1 = muito leve ou raramente; 2 = leve ou vários dias; 3 = moderado ou mais da metade dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias), sendo que se o escore gerado for leve (i.e., 2) ou maior em algum domínio (exceto para os domínios de uso de substância, ideação suicida e psicose), este será utilizado para a inclusão de uma avaliação da escala de nível 2, que no caso deste recorte será o Generalized Anxiety Disorder - 7, que consiste de um instrumento que avalia os sintomas de ansiedade, além do encaminhamento para o atendimento no setor responsável pelo atendimento psicológico (serviço este realizado no grande estudo de corte).

### **3.4.4 Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)**

A variável ansiedade foi considerada um desfecho do estudo, e foi avaliada através do instrumento GAD-7 (Anexo F), que é composto por sete perguntas auto reportadas que buscam

avaliar a presença de cada um dos sintomas para ansiedade generalizada descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) nas duas últimas semanas (Association, 2013). A pontuação varia entre 0 e 21 e escores mais altos indicando maior severidade dos sintomas. Um escore maior ou igual a 10 é considerado um indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade (Moreno *et al.*, 2016). A versão Português Brasileiro do GAD-7 possui uma boa fidedignidade, com valor de coeficiente alfa de Cronbach  $\alpha = 0,916$  e de coeficiente de confiabilidade composta (rho de Raykov) de  $\rho = 0,909$ , demonstrando-se uma consistência robusta do instrumento (Moreno *et al.*, 2016).

Além disso, o GAD-7 também apresenta alta sensibilidade (89%) e especificidade (82%), para identificar transtornos de ansiedade em escores iguais ou superiores a 10, tornando-o uma ferramenta eficaz e adequada para avaliar sintomas de ansiedade generalizada tanto em contextos clínicos como em pesquisas (Spitzer *et al.*, 2006).

### 3.5 PROCEDIMENTOS

Dos 12 centros localizados no Brasil, cada um ficou responsável por um link próprio para a coleta de dados, apesar da disposição dos instrumentos na plataforma ter sido a mesma. O recrutamento e as avaliações da linha de base ocorreram nos semestres de 2023 e 2024 do calendário acadêmico, com três acompanhamentos posteriores ao 1, 2 e 3,5 anos após a linha de base. Um procedimento de amostragem não probabilística e por conveniência, foi utilizado para o recrutamento dos estudantes, utilizando recursos on-line, como publicidade nas mídias sociais e e-mails enviados diretamente aos alunos, estando de acordo com as leis e políticas de privacidade de dados relevantes nas respectivas instituições. A divulgação presencial envolveu a fixação de folhetos e cartazes nas universidades e divulgações em salas de aula, realizadas por um profissional previamente treinado.

Os participantes que compuseram a amostra acessaram a *survey online*, e ao assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo B), foram encaminhados aos instrumentos: questionário de questões sociodemográficas e acadêmicas, ao SMILE-C, à Escala Transversal de Sintomas de nível 1 e ao GAD-7. Para os estudantes menores de 18 anos (16 a 17 anos), foi aplicado um Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (Anexo C), e um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), foi assinado pelos responsáveis legais. O estudo utilizou a plataforma online *REDCap*, embora outras plataformas possam ser usadas conforme os requisitos locais de ética e privacidade de dados. Na plataforma há um modelo de

como os instrumentos estão inseridos na mesma (link <https://redcap.huwc.ufc.br/surveys/?s=XRYXLEJJKP4YDPXD>).

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais com resultados expressos em frequências relativas, medidas de tendência central e de dispersão para a caracterização da amostra. As análises dos dados foram organizadas de acordo um Índice de Risco ou Índice de Jeopardy, para avaliar como múltiplos indicadores sociais estão associados aos sintomas de ansiedade, baseado em um estudo anterior (Mielke *et al.*, 2022). O índice de risco é composto por seis variáveis sociodemográficas que refletem diferentes aspectos de privilégio social, categorizadas e pontuadas da seguinte forma: sexo (masculino = 0; feminino = 1), raça/cor (brancos = 0; não-brancos = 1), escolaridade (graduação universitária = 0; ensino secundário completo ou universitário incompleto = 1; ensino primário completo ou secundário incompleto = 2; nenhum ou primário incompleto = 3), identidade de gênero (cisgênero = 0; não-cisgênero = 1), orientação sexual (heterossexual = 0; não-heterossexual = 1) e renda (primeiro quartil = 0; segundo quartil = 1; terceiro quartil = 2), baseada no autorrelato de renda familiar (Mielke *et al.*, 2022). Devido a amostra ser composta exclusivamente por estudantes universitários, a pontuação para escolaridade foi padronizada como "0" para todos os participantes. Além disso, devido ao pequeno número de participantes na última faixa de renda, foram agrupados os níveis cinco e seis em uma única categoria. Um índice composto foi gerado, atribuindo uma pontuação de zero ao grupo mais privilegiado em cada variável (homens, brancos, heterossexuais, cisgêneros e com posição socioeconômica mais alta) e uma pontuação de cinco ao grupo menos privilegiado (mulheres, não-brancas, não-heterossexuais, não-cisgêneros e com posição socioeconômica mais baixa). As pontuações somadas de cada indicador resultaram no "Índice de Jeopardy", que varia de 0 a 5. Quanto menor o índice, maior o privilégio social (ou maior a garantia de direitos) e menor a vulnerabilidade social (Mielke *et al.*, 2022).

Para as análises de associação e de comparação entre os determinantes de risco, atividade física e os sintomas de ansiedade, utilizamos o teste de Qui-Quadrado e o teste de Kruskal-Wallis. Posteriormente, foram utilizados modelos de regressão logística binária para investigar a relação entre os componentes do índice de risco, atividade física e os sintomas de ansiedade. Foram analisadas as associações entre os sintomas de ansiedade, onde os participantes foram divididos em: com sintomas (pontuação acima de 10 no GAD-7) e sem

sintomas (pontuação abaixo de 10 no GAD-7) e cada uma das variáveis que compõem isoladamente o índice de risco (sexo, raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual e renda), assim como para os diferentes níveis do índice de risco como exposição principal. Essa abordagem permitiu explorar de forma mais detalhada como os diferentes fatores de risco se associam com os sintomas de ansiedade.

Para garantir a adequação das análises, verificamos a multicolinearidade entre as variáveis independentes por meio do fator de inflação da variância (VIF). Os resultados mostraram que os valores de VIF não indicaram problemas significativos de multicolinearidade, permanecendo abaixo de 5, o que é considerado um limite aceitável. Todos os modelos foram ajustados para as variáveis de caracterização que apresentarem associação bivariada com o desfecho principal ( $p < 0.20$ ). Os resultados são apresentados em Odds Ratio (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Todas as análises foram realizadas utilizando o R Studio (R Studio Team, 2024) e o nível de significância adotado foi de  $p < 0.05$ .



## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DE AMOSTRA

Inicialmente, participaram da pesquisa 6.375 estudantes universitários calouros, que responderam aos questionários do estudo “*Trajetórias do Estilo de Vida e de Saúde Mental do Estudante Universitário: a Coorte Prospectiva Unilife-M*” durante os semestres de 2023.1, 2023.2, 2024.1 e 2024.2. No entanto, foram excluídos aqueles que não responderam ao questionário por completo, resultando em uma amostra final foi de 5.635 participantes.

Conforme os dados da Tabela 1, a média de idade da amostra foi de  $20 \pm 4$  anos. A maior parte da amostra foi composta por participantes do sexo feminino (60,01%), cisgêneros (95,5%) e heterossexuais (65,2%). Além disso, 49,9% da amostra se autodeclararam como brancos e com renda média mensal familiar de até R\$2.824 (42,7%). Detalhes completos das características da amostra podem ser encontradas na Tabela 1.

Foram observadas diferenças significativas na proporção de indivíduos com sintomatologia de ansiedade em função das variáveis sociodemográficas. Por exemplo, dos 2.790 participantes com sintomas de ansiedade, 70,05% eram do sexo feminino. Para a variável de renda média mensal familiar, 47,4% dos participantes com sintomas de ansiedade apresentaram uma renda de até R\$2.824,00.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de acordo com a classificação dos sintomas de ansiedade. Coorte Unilife-M – Baseline (n = 5.635), 2024.

	<b>Total</b> n= 5635	<b>Com sintomas de</b> <b>ansiedade</b> n= 2790	<b>Sem sintomas de</b> <b>ansiedade</b> n= 2845	<b>p</b>
<b>Sexo</b>				< 0,001 <sup>a</sup>
Feminino	3385 (60,1%)	1968 (70,5%)	1417 (49,8%)	
Masculino	2228 (39,7%)	814 (29,2%)	1424 (50,1%)	
Não Informado	12 (0,2%)	8 (0,3%)	4 (0,1%)	
<b>Idade (média ± DP)</b>	20 ± 4	20 ± 4	20 ± 4	0,54 <sup>b</sup>
<b>Identidade de Gênero</b>				< 0,001 <sup>a</sup>
Cisgênero	5385 (95,5%)	2644 (94,7%)	2741 (96%)	
Transgênero	39 (0,7%)	27 (1,0%)	12 (0,4%)	
Não-binário	156 (2,8%)	95 (3,4%)	61 (2,1%)	
Não Informado	55 (1,0%)	31 (0,9%)	24 (1,1%)	

**Continuação da Tabela 1.** Características sociodemográficas de acordo com a classificação dos sintomas de ansiedade. Coorte Unilife-M – Baseline (n = 5.635), 2024.

	<b>Total n= 5635</b>	<b>Com sintomas de ansiedade n= 2790</b>	<b>Sem sintomas de ansiedade n= 2845</b>	<b>p</b>
<b>Orientação sexual</b>				< 0,001 <sup>a</sup>
Heterossexual	3672 (65,2%)	1586 (56,9%)	2086 (73,4%)	
Homossexual	436 (7,7%)	257 (9,2%)	179 (6,3%)	
Bissexual	1152 (20,4)	711 (25,5%)	441 (15,5%)	
Pansexual	189 (3,4%)	126 (4,5%)	63 (2,2%)	
Outros	148 (2,6%)	90 (3,2%)	58 (2,0%)	
Não Informado	38 (0,7%)	20 (0,7%)	18 (0,6%)	
<b>Raça/Cor</b>				0,20 <sup>a</sup>
Branco	2812 (49,9%)	1342 (48,1%)	1470 (51,7%)	
Preto	712 (12,6%)	383 (13,7%)	329 (11,6%)	
Pardo	2008 (35,6%)	1008 (36,1%)	1000 (35,1%)	
Amarela	45 (0,8%)	22 (0,8%)	23 (0,8%)	
Indígena	20 (0,4%)	10 (0,4%)	10 (0,4%)	
Outros	16 (0,3%)	12 (0,4%)	4 (0,1%)	
Não Informado	22 (0,4%)	13 (0,5%)	9 (0,3%)	
<b>IMC</b>				<0,001 <sup>a</sup>
Abaixo do peso	551 (9,8%)	306 (11,0%)	245 (8,6%)	
Peso normal	3311 (58,8%)	1551 (55,6%)	1760 (61,9%)	
Sobrepeso	1057 (18,8%)	533 (19,1%)	524 (18,4%)	
Obesidade I	109 (1,9%)	58 (2,0%)	51 (1,8%)	
Obesidade II	41 (0,7%)	28 (1,0%)	13 (0,5%)	
Não Informado	566 (10,0%)	314 (11,3%)	252 (8,9%)	
<b>Estado civil</b>				0,31 <sup>a</sup>
Casado(a)	147 (2,6%)	70 (2,5%)	77 (2,7%)	
Solteiro(a)	5279 (93,7%)	2607 (93,4%)	2672 (93,9%)	
Viúvo(a)	2 (0,1%)	0 (0,0%)	2 (0,1%)	
Separado(a)	13 (0,2%)	8 (0,3%)	5 (0,2%)	
União estável	176 (3,1%)	96 (3,4%)	80 (2,8%)	
Não Informado	18 (0,3%)	9 (0,4%)	9 (0,3%)	
<b>Renda média mensal familiar</b>				<0,001 <sup>a</sup>
Até R\$2.824	2407 (42,7%)	1322 (47,4%)	1085 (38,1%)	
Entre R\$2.824 e R\$5.648	1343 (23,8%)	664 (23,8%)	679 (23,9%)	
Acima de R\$5.648	1356 (24,1%)	573 (20,5%)	783 (27,5%)	
Não Informado	529 (9,4%)	231 (8,3%)	298 (10,5%)	
<b>Diagnóstico de transtorno mental</b>				<0,001 <sup>a</sup>
Sim	1170 (20,8%)	810 (29,0%)	360 (12,7%)	
Não	4445 (78,9%)	1970 (70,6%)	2475 (87,0%)	
Não Informado	20 (0,3%)	10 (0,4%)	10 (0,3%)	
<b>Diagnóstico de DCNT</b>				<0,001 <sup>a</sup>
Sim	2534 (45,0%)	1355 (48,6%)	1179 (41,4%)	
Não	3101 (55,0%)	1435 (51,4%)	1666 (58,6%)	
Não Informado	-	-	-	

Notas: <sup>a</sup> teste qui-quadrado; <sup>b</sup> teste kruskal-wallis; DP = desvio padrão. Os valores não informados não foram incluídos nas análises de comparação e/ou associação.

Fonte: elaborado pela autora

## 4.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, FATORES DE DESIGUALDADE SOCIAL E SINTOMAS DE ANSIEDADE

Os resultados da associação entre os fatores de desigualdade social, atividade física e sintomas de ansiedade nos universitários brasileiros são apresentados na Tabela 2. Para a variável sexo, foi observado que as mulheres apresentam 2.02 vezes mais chances de apresentar sintomas de ansiedade (OR = 2.02; IC95% = 1.80, 2.27;  $p < 0,001$ ) em comparação com os homens. Em relação à identidade racial, foi observado que indivíduos autodeclarados não-brancos apresentam 1.25 vezes mais chances de apresentar sintomas de ansiedade (OR= 1.25; IC95% = 1.11, 1.40;  $p = 0,03$ ) em comparação com os indivíduos brancos.

Para a variável renda, foi encontrado que indivíduos com renda de até R\$2.824 (OR= 1.59; IC95% = 1.36, 1.86) e indivíduos com renda entre R\$ 2.824 e R\$ 5.648 (OR = 1.33; IC95% = 1.13, 1.58) apresentaram mais chances de apresentar sintomas de ansiedade, em comparação com indivíduos com renda acima de R\$ 5.648. Além disso, em relação à orientação sexual, foi observado que indivíduos não-heterossexuais, apresentaram 1.73 vezes mais chances de apresentar sintomas de ansiedade em comparação com indivíduos heterossexuais (OR= 1.73; IC95%= 1.52, 1.96).

Para a variável da atividade física, foi encontrado que aqueles que não praticavam atividade física nunca (OR = 1.58; IC95% = 1.31, 1.90), ou que praticavam eventualmente (OR = 1.32; IC95% = 1.12, 1.55) possuíam mais chances de apresentar sintomas de ansiedade em comparação com os indivíduos que praticavam atividade física sempre. Não foram observadas associações em relação a variável identidade de gênero.

**Tabela 2.** Associação entre fatores de desigualdade social, atividade física e sintomas de ansiedade em universitários brasileiros. Coorte Unilife-M – Baseline (n = 4.855), 2024.

Variáveis	Sintomas de ansiedade		
	OR	(IC95%)	<i>p</i>
<b>Sexo</b>			
<i>Homens</i>	Referência	Referência	
<i>Mulheres</i>	2.02	(1.80 - 2.27)	<0.001
<b>Identidade Racial</b>			
<i>Branços</i>	Referência	Referência	
<i>Não-Branços</i>	1.25	(1.11 - 1.40)	<0.001
<b>Renda</b>			
<i>Acima de R\$ 5.648</i>	Referência	Referência	
<i>Entre R\$ 2.824 e R\$ 5.648.</i>	1.33	(1.13 - 1.58)	<0.001
<i>Até R\$ 2.824</i>	1.59	(1.37 - 1.86)	<0.001
<b>Identidade de Gênero</b>			
<i>Cisgênero</i>	Referência	Referência	
<i>Não-cisgênero</i>	0.92	(0.66 - 1.27)	0.61
<b>Orientação Sexual</b>			
<i>Heterossexual</i>	Referência	Referência	
<i>Não-heterossexual</i>	1.73	(1.52 - 1.96)	< 0.001
<b>Atividade Física</b>			
<i>Nunca</i>	1.58	(1.31 – 1.90)	< 0.001
<i>Eventualmente</i>	1.32	(1.12 – 1.55)	< 0.001
<i>Frequentemente</i>	1.18	(0.99 – 1.41)	0.05
<i>Sempre</i>	Referência	Referência	

Notas: Valores referentes a regressão logística binária da associação entre desigualdades sociais, atividade física e sintomas de ansiedade; OR ajustada para sexo, identidade racial, renda, orientação sexual, atividade física, idade, estado civil, IMC, diagnóstico de transtorno mental e diagnóstico para doenças crônicas não-transmissíveis; IC = intervalo de confiança de 95%. Elaborado pela autora.

#### 4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE JEOPARDY E OS SINTOMAS DE ANSIEDADE

A Tabela 3 apresenta as associações entre os sintomas de ansiedade e os níveis de classificação do índice de risco. Observamos um aumento progressivo e significativo nas chances de apresentar sintomas de ansiedade à medida que os níveis de risco aumentam. Em comparação ao grupo de referência, indivíduos classificados nos níveis mais altos do índice apresentaram maior probabilidade de relatar sintomas de ansiedade. Por exemplo, estudantes universitários no nível de maior risco (nível 5) tiveram aproximadamente seis vezes mais chances (OR = 6.44; IC = 4.52, 9.16) de relatar sintomas de ansiedade em relação aos indivíduos no nível mais privilegiado.

**Tabela 3.** Associação entre os sintomas de ansiedade e os níveis de classificação do índice de Jeopardy. Coorte Unilife-M – Baseline (n = 5.635), 2024.

Índice de risco	Sintomas de ansiedade	
	OR	(IC95%)
0	Referência	Referência
1	1.90	(1.38, 2.62)
2	2.49	(1.83, 3.37)
3	3.49	(2.59, 4.72)
4	5.35	(3.95, 7.25)
5	6.44	(4.52, 9.16)

Notas: Valores referentes a regressão logística binária da associação entre os sintomas de ansiedade e os níveis de classificação do índice de risco; OR ajustada para diagnóstico de transtorno mental, diagnóstico de doenças crônicas não-transmissíveis, índice de massa corporal e mutualmente entre as variáveis que compõem o índice de risco.; IC = intervalo de confiança de 95%.

Elaborado pela autora.

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre atividade física e fatores de desigualdades sociais com sintomas de ansiedade em estudantes universitários brasileiros, e encontrou em seus resultados que mulheres, pessoas autodeclaradas não brancas, indivíduos com renda de até R\$2.824, não heterossexuais, e aqueles que praticavam atividade física nunca e eventualmente, apresentaram maiores chances de relatar sintomas de ansiedade.

### 5.1 SEXO BIOLÓGICO

Nossos resultados indicaram que participantes do sexo feminino possuem maiores chances de relatar sintomas de ansiedade. De fato, a associação entre sexo e sintomas de ansiedade tem sido consistentemente observado na literatura, indicando que as mulheres possuem maiores chances de relatar sintomas de ansiedade (Alves *et al.*, 2021; Demenech *et al.*, 2021; Soares, 2023; Alves; Rodrigues, 2010; Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021; Sanabria-Mazo *et al.*, 2021). Por exemplo, ser do sexo feminino está associado a uma maior prevalência, gravidade e cronicidade de sintomas de ansiedade (Kinrys; Wygant, 2005; Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021). Esses resultados sugerem que o aumento nas chances de apresentar sintomas de ansiedade pode estar associado às desigualdades de gênero, que confere ao sexo masculino mais privilégios em comparação ao feminino. Essa desigualdade influencia diversos determinantes como a posição socioeconômica, o acesso a recursos, os papéis sociais, a estrutura patriarcal, e a incidência de violência física e sexual (Alves; Rodrigues, 2010).

Segundo Oram, Khalifeh e Howard, (2017), a violência é um fator importante a ser considerado, pois mulheres são mais suscetíveis a sofrerem violência e abuso de diversas formas, desde o físico, psicológico, sexual, patrimonial e moral, o que pode ter um impacto negativo na saúde mental (Oram; Khalifeh; Howard, 2017). Em uma sociedade estruturada por ideais patriarcais, os papéis multifacetados impostos pelo gênero atribuem às mulheres responsabilidades familiares, domésticas e laborais. Além disso, promovem a imagem da mulher submissa, permissiva e atenta às necessidades dos outros, enfatizando a perspectiva de que dedique sua vida à criação dos filhos e aos cuidados do lar (Alves; Rodrigues, 2010). Essa imagem também é muito favorável à violência, pois perpetua um cenário no qual as mulheres sofrem agressões e abusos físicos e sexuais diariamente, de maneira naturalizada (Oram; Khalifeh; Howard, 2017). Além disso, as instituições de saúde, governo e segurança frequentemente falham em proteger as vítimas que denunciam o abuso, levando muitas delas a

não registrar queixas. Assim, permanecem em condições prejudiciais, por medo do agravamento da situação, o que pode contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e síndrome do pânico (Oram; Khalifeh; Howard, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2013), a prevalência de violência física e/ou sexual em mulheres foi de 30%, sendo que, em países subdesenvolvidos, essa taxa é maior. As estimativas ainda destacam que mulheres entre 15 a 19 anos apresentam níveis altos de exposição à violência, com essa taxa aumentando gradualmente conforme o avanço da idade (Organização Mundial da Saúde, 2013).

Os fatores biológicos associados ao sexo feminino também podem influenciar nos sintomas de ansiedade. De acordo com Kundakovic; Rocks, (2022), existe uma interação entre fatores genéticos, o epigenoma e o ambiente (*stress*) em que uma mulher está inserida. Entre esses fatores, destacam-se as flutuações hormonais que as pessoas que menstruam experimentam mensalmente. O estrogênio e a progesterona desempenham um papel importante na regulação do humor e das emoções, e durante as fases do ciclo menstrual, a gravidez, o pós-parto e a menopausa, a diminuição de seus níveis pode impactar a morfologia e funcionamento do cérebro feminino (Kundakovic; Rocks, 2022). Quando os níveis hormonais estão baixos e desregulados, há uma maior vulnerabilidade à ansiedade (Kundakovic; Rocks, 2022). No entanto, a flutuação dos níveis de estrogênio não deve ser considerada de forma isolada, pois depende da idade, da janela reprodutiva e da dinâmica temporal, de modo que, a partir da primeira menarca, essa flutuação se inicia, terminando pouco após a menopausa (Kundakovic; Rocks, 2022).

## 5.2 IDENTIDADE DE GÊNERO

Não houve associação entre os sintomas de ansiedade e identidade de gênero. Entretanto, evidências apontam que indivíduos não cisgênero passam por uma série de adversidades no processo de entender sua identidade de gênero, o que pode levar a um maior acometimento de problemas de saúde mental (Albuquerque *et al.*, 2016; Benevides; Nogueira, 2021; Budge; Adelson; Howard, 2013; Francisco *et al.*, 2020; Lins *et al.*, 2024; Viana *et al.*, 2022). Entre os fatores que interferem e influenciam no desenvolvimento do sofrimento psíquico de pessoas não cisgênero estão a falta de apoio e aceitação familiar, a percepção de disforia de gênero (onde o indivíduo experimenta sentimentos de angústia e sofrimento por não ter um corpo e identidade social condizentes com o sexo com o qual se identifica), sensação de medo constante, angústia, preocupação e vergonha, a dificuldade no acesso a serviços de saúde,

a falta de aceitação de mudança do nome social, baixa autoestima, solidão e isolamento social, e a transfobia em suas diversas formas incluindo violência física e psicológica, o que contribui para uma maior prevalência de sintomas de ansiedade (Lins *et al.*, 2024; Viana *et al.*, 2022).

Frente a essas adversidades vivenciadas por pessoas não cis-gênero, de acordo com o estudo de Lins *et al.* (2024) a chance de desenvolvimento de transtornos mentais como a ansiedade é alta, sendo o apoio familiar um dos fatores mais decisivos, tanto como fator causador como fator protetor do sofrimento psíquico. Nesse sentido, outro fator que pode influenciado na associação ter sido negativa para identidade de gênero, é a presença do apoio familiar aos participantes não-cisgêneros do estudo (Lins *et al.*, 2024).

Um estudo qualitativo com nove estudantes universitários não-cisgêneros investigou, através de entrevistas, as dificuldades percebidas no contexto acadêmico (Viana *et al.*, 2022). Entre os principais desafios, estão a inserção em ambientes esportivos, sensação de impotência frente a situações de transfobia por falta de conhecimento do corpo docente, sensação de invisibilidade, resistência ao uso do nome social, entre outros, tornando a permanência na universidade ainda mais complexa. Diante dessas dificuldades, pessoas transgênero frequentemente adotam hábitos prejudiciais para lidar com o sofrimento psíquico, como automutilação, dependência de álcool e drogas e ideações suicidas (Viana *et al.*, 2022).

Segundo Benevides e Nogueira (2021), a expectativa de vida de uma pessoa transgênero no Brasil é de 35 anos, estimando-se que por volta dos 13 anos, os mesmos são expulsos de casa. Com a repentina falta de moradia, exposição à violência, e aumento do sofrimento psíquico, a escolaridade muitas vezes acaba sendo deixada de lado, para dar lugar à busca por trabalho e sobrevivência, e é por isso que apenas cerca de 0,02% das pessoas transsexuais estão matriculadas nas universidades (Benevides; Nogueira, 2021). Deste modo, as adversidades vivenciadas pelos mesmos, dificultam a permanência no ambiente universitário, sendo que, dos participantes do presente estudo, apenas 4,5% não eram cisgênero.

Lins *et al.* (2024), buscou entender o sofrimento psíquico desta população através de uma pesquisa com 37 participantes transgêneros, e os resultados mostraram que a média de ansiedade traço e estado foi de 47,65 ( $\pm 13,35$ ) e 48,30 ( $\pm 14,65$ ), respectivamente, sendo mais elevada nos participantes transgêneros, bissexuais e pansexuais (Lins *et al.*, 2024). Similar a esses resultados, um estudo de Budge, Adelson e Howard (2013), verificou que, de 351 indivíduos transgênero, 40,4% mulheres transgênero e 47,5% de homens transgênero apresentaram sintomas de ansiedade.

Na pesquisa de Gross *et al.*, (2022), com 121 estudantes universitários não-cisgêneros (transgêneros, não binários, queer e agêneros), foi encontrado que 68,1% relataram uma saúde



mental regular ou ruim. Destes indivíduos, os não binários e queers, relataram uma saúde mental pior (79,5%), do que os binários (47,6%), sendo que, as estudantes trans femininas (mulheres trans), apresentaram uma saúde mental boa (35,3%) ou muito boa (23,5%), de modo que a diversidade nas experiências de saúde mental nas diferentes identidades de gênero pode explicar a falta de uma associação direta entre os dados de ansiedade.

Neste mesmo estudo, Gross *et al.*, (2022) identificou que universitários (transgênero e de gêneros diversos) diagnosticados com ansiedade tinham 9,5 vezes mais chances de buscar cuidados de saúde mental, sugerindo uma relação entre a ansiedade e o comportamento de procura por ajuda. Apesar disso, é importante ressaltar que a população transgênero continua a ser vulnerável ao sofrimento psicológico, o que reforça a necessidade de futuras investigações que aprofundem a análise dessa questão.

### 5.3 ORIENTAÇÃO SEXUAL

Conforme os resultados, indivíduos não-heterossexuais apresentaram mais chances de relatar sintomas de ansiedade em comparação com indivíduos heterossexuais. Tais achados podem ter uma relação com as dificuldades vivenciadas diante dos padrões heteronormativos presentes na sociedade, como aceitação familiar, angústia, solidão, homofobia interna e externa, ansiedade social, violência física, psicológica e sexual, entre outros (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021; Viana *et al.*, 2022). Em um estudo com 316 pessoas LGBTQIAP+ no interior do Ceará, relatou-se altos níveis de violência, mais especificamente a psicológica, como ameaças, humilhações, discriminação, chantagens e isolamento social, resultando numa prevalência de 78,8% dos participantes tendo sofrido violência psicológica, e 35,7% relatando sintomas de ansiedade (Albuquerque *et al.*, 2016). Em concordância com este estudo, Ramos, Rito e Cerqueira-Santos (2021) encontrou que, de 1.049 participantes de sua amostra, 371 não eram heterossexuais, e destes, 69,8% relataram já terem sofrido violência psicológica, 17% física, 29,9% institucional e 9,4% financeira, pelo menos uma vez na vida, devido a sua orientação sexual.

Além disso, os homens autodeclarados como afeminados, apresentaram taxas de violência sofrida mais altas (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021), o que pode ter relações com o suposto rompimento de conceitos impostos como "papel do homem", como virilidade, superioridade e força (Albuquerque *et al.*, 2016). Em uma revisão integrativa com 13 artigos, a população LGBTQIAP+ apresentou maiores níveis de transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático e pânico quando comparada com indivíduos

heterossexuais, especialmente indivíduos que se identificam como bissexuais com até 2 vezes mais chances (Francisco *et al.*, 2020). O estresse crônico provocado por episódios de discriminação e homofobia, afeta a saúde física e emocional das pessoas da comunidade LGBTQIAP+, causando uma alta prevalência de ansiedade e depressão nessa população, e um estado de hipervigilância em contextos sociais (Ramos; Rito; Cerqueira-Santos, 2021). Frente a esse cenário, pessoas não heterossexuais apresentam uma maior susceptibilidade à vulnerabilidade, muitas vezes tomando atitudes que tem um impacto negativo na saúde física e mental para lidar com o sofrimento psíquico, como uso e abuso de substâncias psicoativas, abuso de álcool e desenvolvimento de distúrbios alimentares (Albuquerque *et al.*, 2016).

#### 5.4 RENDA

A renda de uma pessoa tem uma forte influência em determinantes de qualidade de vida como a saúde mental (Alves; Rodrigues, 2010). Nesse sentido, de acordo com os resultados, pessoas com renda de até R\$2.824,00 e entre R\$2.824,00 e R\$5.648,00, apresentam mais chances de relatarem sintomas de ansiedade. Em um estudo na Colômbia com 18.061 estudantes universitários, 29,2% apresentaram sintomas de ansiedade, e dentre os grupos mais afetados, estavam aqueles classificados como baixa renda, com prevalência de 36,2% para ansiedade (Sanabria-Mazo *et al.*, 2021). Semelhante a estes resultados, Ramos, Rito e Cerqueira-Santos, (2021) encontraram em seu estudo com 1.049 participantes, que aqueles com menor renda apresentaram uma maior média de ansiedade social, sendo que a maioria da amostra (31,9%) vivia com renda domiciliar mensal de menos de dois salários mínimos.

Além disso, Alves *et al.*, (2021) apontou classe socioeconômica baixa como fator importante no risco para desenvolvimento de ansiedade, através de uma pesquisa com 493 estudantes universitários, onde 28% apresentaram níveis de ansiedade considerados severos. Diante desses achados, é possível observar que os maiores níveis de ansiedade em pessoas com menor renda, podem ter relações com alguns fatores que são fruto de desigualdades estruturais presentes na sociedade. Maciel *et al.*, (2013), salienta como o domínio do ambiente em associação com a renda, influencia na qualidade de vida, de forma que, pessoas com baixa renda, se encontram em condições mais precárias de moradia, e conseqüentemente em ambientes com mais pobreza, mais violência, falta de saneamento básico, dificuldade no acesso a serviços de saúde, entre outros, trazendo sensações de insegurança, humilhação, desespero, preocupação e estresse (Alves; Rodrigues, 2010).

Além disso, pessoas de baixa renda frequentemente operam com altas cargas semanais de trabalho, dependendo de transporte público para locomoção e sobrando pouco tempo para atividades voltadas ao bem-estar físico e mental (Alves; Rodrigues, 2010). E com tantos estressores relacionados a questões básicas de sobrevivência, a adoção de hábitos saudáveis como boa alimentação, prática de exercício e sono, se tornam cada vez mais distantes. Deste modo, quando pessoas de baixa renda adentram o ambiente universitário, as dificuldades de se sustentar e sobreviver com uma renda baixa, são somadas ao estudo e as demandas acadêmicas, gerando uma dependência do apoio da assistência estudantil para conseguir permanecer na universidade (Vieira; Torrenté, 2022).

## 5.5 RAÇA

Pessoas que se autodeclararam não-brancas (pretas, indígenas, amarelas, etc) tiveram mais chances de apresentar sintomas de ansiedade. Similar a estes resultados, Pavão *et al.* (2012), encontrou uma associação em seu estudo com 3.863 participantes, que indivíduos que sofreram qualquer tipo de discriminação racial tinham até 1.4 mais chances de ter uma saúde fragilizada. Outro estudo de revisão com metanálise de Pieterse *et al.* (2012), analisando 66 artigos, concluiu que há uma associação significativa entre o racismo e o sofrimento psíquico, como o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, em detrimento ao estresse vivenciado no ato discriminatório, gerando ansiedade em antecipação por um novo episódio.

Desde a abolição da escravidão, o racismo tem se permeado pelas raízes da sociedade de forma estrutural, se manifestando desde o nível micro ao nível macro, tornando se um grande fator influenciador do sofrimento psíquico de pessoas pretas e pardas, e resultando num forte impacto na qualidade de vida e saúde física e mental desses indivíduos (Damasceno; Zanello, 2018; Zamora, 2012). Apesar da maior parte da população brasileira ser constituída de pretos e pardos (56,5%) (IBGE, 2022), estes ainda representam as classes mais pobres, com menores renda, piores condições de trabalho e moradia, com menor expectativa de vida, que sofrem mais violência, com menos acesso a serviços de saúde, e menor escolaridade, ainda mais quando a identidade racial se intersecciona com outros grupos minoritários que também sofrem discriminação (Damasceno; Zanello, 2018; Zamora, 2012).

No Brasil, ser um indivíduo preto, pardo, indígena ou amarelo, representa lidar com os diversos teores negativos que a discriminação racial impõe, e diversas consequências sociais como a marginalização, e este quadro aumenta o desenvolvimento de problemas de saúde mental como ansiedade e depressão (Damasceno; Zanello, 2018). No ensino superior, essas

dificuldades continuam se fazendo presentes. Apesar da política de cotas ter facilitado em parte a entrada na universidade, aumentando o número de estudantes pretos, pardos e indígenas, Vieira e Torrenté (2022) relatam em sua pesquisa com 174 estudantes universitários, que seu público era majoritariamente composto por pretos e pardos (70%), que estudaram em escolas públicas (78,7%), de zonas urbanas (89%) e com pais ausentes (57%), sendo que todos os participantes se classificaram em situação de vulnerabilidade econômica e dependiam de serviços de assistência estudantil para conseguir permanecer na universidade.

Macintyre, Zare e Williams (2023), através de uma revisão de literatura, buscaram estabelecer os transtornos de ansiedade que se relacionavam com contextos racistas, e encontrou o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobias específicas, síndrome do pânico, transtorno de ansiedade social e transtorno de estresse pós traumático (TEPT), concluindo que a recorrência de episódios de racismo coloca indivíduos pretos, pardos e indígenas em um maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade. Em concordância com este estudo, Smolen e Araújo (2017), realizaram uma revisão sistemática com 14 estudos, e relataram uma prevalência maior de transtornos mentais em pessoas não brancas, com uma medida de associação entre 1.18 e 1.85 vezes mais chances de apresentarem problemas de saúde mental.

Outro estudo de Bastos *et al.* (2014), com 424 estudantes universitários, sendo que cerca de 55% se identificaram como brancos, 30% como pardos e 15% como pretos, destacou que a prevalência de transtornos mentais entre os participantes era de 37%, sendo que os estudantes autodeclarados como pretos apresentaram uma prevalência mais elevada de 52% em comparação com os outros grupos. Entretanto, salienta-se que devido a interseccionalidade de outros fatores socioeconômicos que atravessam as questões étnico raciais, se torna difícil analisar a discriminação racial de forma isolada associada aos sintomas de ansiedade (Bastos *et al.*, 2014).

## 5.6 ATIVIDADE FÍSICA

O domínio da atividade física também apresentou valores estatisticamente significativos nos resultados do presente estudo, sendo que aqueles que nunca, eventualmente ou frequentemente praticavam atividade física apresentaram mais chances de relatar sintomas de ansiedade, em comparação àqueles que praticavam atividade física sempre.

Estes resultados são relevantes pois vão de encontro ao estudo de Kandola *et al.*, (2018), que colocam a atividade física como fator protetor para ansiedade, diminuindo a severidade e

frequência de sintomas. Deste modo, a atividade física proporciona uma interação de mecanismos sociais, onde o indivíduo desenvolve suas relações sociais com outras pessoas e comunidade; psicológicos, como aumento de autoestima, autoeficácia, regulação do estado de humor, senso de controle e administração do estresse; e biológicos, como liberação de hormônios de bem-estar (endorfina, serotonina e monoaminas) (Roeder, 2012).

A revisão com metanálise de Schuch *et al.*, (2019), que analisou 14 estudos de coorte, concluiu que aqueles que atendiam às recomendações de saúde de prática de atividade física de pelo menos 150 minutos por semana, moderadas a vigorosas, se associavam a uma menor incidência de sintomas de ansiedade. Similar a estes resultados, Herring *et al.*, (2024), em um estudo longitudinal com 7.650 indivíduos, constatou que até níveis inferiores às recomendações da Organização Mundial da Saúde de prática de atividade física (50 minutos por semana), ainda se associam com uma redução de até 18% do risco de desenvolver um Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

Embora o estudo de Cieslak *et al.*, (2012) com 178 universitários, tenha apresentado um nível alto de classificação como ativos e muito ativos, (homens = 71,1% e mulheres = 53,7%), e uma proporção baixa de inativos (18,8%), o estudo de Fontes e Vianna (2009), revelou uma prevalência de baixo nível de atividade física de 31,2%. Corroborando com este estudo, Marcondelli, Costa e Schmitz (2008) encontraram em seu estudo com 281 universitários, a presença de alto nível de sedentarismo (65,5%) e inadequação de hábitos alimentares (79,7%).

Nesse contexto, a alta inatividade física presente no meio universitário, pode influenciar em problemas de saúde mental, como no estudo de Lee e Kim (2018), realizado com 244 universitários da Coreia do Sul, que identificou que, quanto maior o tempo de comportamento sedentário apresentado, maior a presença de sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Deste modo, as barreiras para a prática como a falta de dinheiro, falta de tempo, falta de espaço, entre outros, são um importante fator a ser considerado, pois indivíduos que relatam 6 ou mais barreiras, apresentam uma prevalência de inatividade física 113% mais alta do que aqueles que não relatam barreiras para a prática de atividade física (Reichert *et al.*, 2007).

Em alguns estudos, os indivíduos com menores níveis de prática de atividade física foram aqueles em posição de desigualdade social, especialmente mulheres, e pessoas de menor nível socioeconômico (Cruz *et al.*, 2022; Marcondelli; Costa; Schmitz, 2008; Mielke *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2014; Reichert *et al.*, 2007). Em uma pesquisa realizada com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, com uma amostra de 63.000 indivíduos, foi relatado que homens eram até 1.48 vezes mais fisicamente ativos que mulheres, tendo de modo geral uma prevalência de atividade física 50% maior (Mielke *et al.*, 2015). Por outro lado, o estudo de

Fontes e Vianna (2009), com 1.503 universitários, revelou que aqueles que pertenciam a classes mais altas, que não trabalhavam e que tinham suas despesas custeadas pelos pais apresentaram menores níveis de atividade física.

Diante dos resultados, entende-se que as recomendações de prática de atividade física dificilmente são atendidas pela população universitária, e apesar de um estudo ter apresentado a classe alta como mais inativa, tais resultados se baseiam muito nos privilégios que estes costumam ter como não realizarem as próprias atividades domésticas, andar mais de carro e ter acesso a tecnologias como TV a cabo, internet, etc, enquanto indivíduos em posição de desigualdade social encontram diversas barreiras na sociedade que dificultam seu acesso e sua prática, aumentando a prevalência de inatividade física e impossibilitando o acesso aos benefícios reguladores da atividade física.

### 5.7 ÍNDICE DE RISCO (JEOPARDY INDEX) E SINTOMAS DE ANSIEDADE

Os resultados da Tabela 3, destacam como indivíduos em maior nível de risco apresentam mais chances de relatarem sintomas de ansiedade, de forma que fica evidente a interferência das barreiras sociais no acesso à saúde e qualidade de vida destes grupos. Como a teoria da interseccionalidade retrata, a forma como a discriminação acontece é em interação com múltiplas minorias, de forma que uma mesma pessoa pode ocupar diversos espaços de desigualdade social ao mesmo tempo, o que aumenta a chance de uma má saúde física e mental (Bowleg, 2012). Deste modo, torna-se importante entender, que uma pessoa sofre diferentes tipos de discriminação de forma simultânea e por diferentes motivos, e que as características que formam a identidade de um indivíduo, sejam elas impostas pela sociedade ou autodeclaradas pelo mesmo, estão em constante interação (Vieira; Torrenté, 2022).

Vauclair e Rudnev (2024) através de uma análise da dados de 28 países coletados por uma base nomeada de European Social Survey, relatou que, entre 53.161 participantes, ter idade avançada e ser do sexo feminino foi associado a piores desfechos de saúde, especialmente e países subdesenvolvidos, mas a identidade racial não entrou nessa associação, sendo apontado que a própria percepção do evento discriminatório pode atuar como mediador do sentimento de discriminação, de modo que nem sempre os indivíduos conseguem identificar os motivos exatos pelos quais estão sofrendo preconceito. Entre as demais evidências existentes, é possível encontrar associações entre dois, três e raramente quatro grupos socialmente desiguais, utilizando termos como "double jeopardy", "triple jeopardy" ou "multiple jeopardy", porém, os diferentes grupos sociais escolhidos e suas combinações, bem como os desfechos de saúde

estudados, diferem de acordo com cada estudo, de forma que tornar-se difícil as comparações entre os estudos (Vauclair; Rudnev, 2024)

## 5.8 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS E LIMITAÇÕES

Os pontos fortes deste estudo, estão na discussão fundamental das desigualdades sociais dentro da área da saúde, e nas diferentes dimensões biopsicossociais que elas abordam. Diante deste cenário, entender que certos grupos estão mais propensos a exposição de estressores sociais, é o primeiro passo para criar conscientização dos profissionais da saúde, para que se criem espaços de acolhimento para essa população, visando aumentar a procura de serviços de saúde para tratar os sintomas de ansiedade, pois como destaca Lins *et al.* (2024), estes serviços costumam ser procurados apenas em casos extremos de adoecimento, devido a discriminação ainda presente no contexto da saúde.

Desta forma, é necessária uma maior colaboração entre os serviços de saúde, as instituições sociais e as instituições de ensino superior, visando conscientizar o corpo docente e discente da importância do respeito às diferenças físicas, psicológicas e sociais, e aumentar as políticas de permanência e apoio estudantil aos universitários, e aumentando o rigor de consequências frente a discriminações de qualquer teor.

Especificamente dentro do contexto universitário, é importante que essa conscientização percorra todos os espaços acadêmicos, para que indivíduos que compõem os diferentes grupos sociais se sintam bem-vindos e pertencentes a uma comunidade, pois o senso de comunidade e os laços sociais aumentam a motivação para a prática de atividade física, que consequentemente auxilia nos problemas de saúde mental. Além da conscientização do ambiente, é necessário a disseminação da importância da atividade física para o corpo discente, de forma que as instituições de ensino invistam na propagação de conhecimento de bons hábitos de saúde e dos benefícios da atividade física, atingindo o máximo de estudantes possível, e oferecendo atividades culturais e esportivas em espaços gratuitos com profissionais capacitados, para que os espaços de prática se tornem mais favoráveis à inclusão e permanência (Soares, 2023). Relativo à saúde mental, também é importante que as instituições de ensino superior ofereçam apoio psicológico gratuito aos estudantes em posição de vulnerabilidade social, visando não apenas remediar, mas prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como a ansiedade (Fragelli, 2021).

O presente estudo encontrou associações significativas entre atividade física e desigualdade social com sintomas de ansiedade na população universitária, entretanto, algumas

limitações deste estudo precisam ser levadas em conta para futuras pesquisas. Na população investigada, não foi incluído o grupo minoritário das pessoas com deficiência, que também sofrem discriminações e enfrentam barreiras sociais substanciais como o capacitismo, além de outros grupos minoritários que também sofrem preconceito. Além disto, a perda amostral, por não terem respondido ao questionário por completo, pode indicar um viés na pesquisa, visto que estes podem ser aqueles com maior sintomatologia de ansiedade, e o mesmo ocorre para a identidade de gênero, que não demonstrou associação significativa, bem como para identidade racial (indígenas e amarelos), que representaram uma pequena parte da amostra, o que pode indicar a necessidade de uma maior e mais diversa amostra de pessoas. Além da perda amostral, há uma limitação na utilização de instrumentos auto reportados, pois podem representar vieses de acordo com a interpretação do participante, uso de medicamentos e questões ambientais. Para futuras pesquisas, recomenda-se investigar os fatores de casualidade que de fato atuam como barreiras na população universitária em posição de desigualdade social.

Outra limitação que pode ter influenciado os resultados, é o momento do semestre em que as coletas são realizadas, pois não foram evitados períodos de provas e final de semestre, de forma que os níveis de ansiedade podem ter se apresentado mais altos para os universitários que responderam ao questionário nesse período.



## 6 CONCLUSÃO

A partir dos dados discutidos e apresentados, é possível concluir que grupos minoritários podem estar mais expostos à desfechos negativos de saúde mental, como a ansiedade. Além disso, aqueles com pouca frequência de prática de atividade física, apresentaram mais chances de relatar sintomas de ansiedade. Esse prejuízo parece ser aumentado na medida que a carga social de múltiplos determinantes sociais se intersecciona e recai sobre um mesmo indivíduo, de modo que mulheres, não-brancas, de baixa renda e não-heterossexuais, constituem o grupo mais vulnerável.

Esses resultados sugerem atenção a necessidade de conscientização dos serviços de saúde e do corpo docente das universidades acerca do sofrimento psíquico dessa população e suas necessidades específicas diante das desigualdades sociais, aumentando o acesso e procura a serviços de saúde, promovendo políticas de permanência dentro das universidades, disseminando conhecimento acerca de hábitos saudáveis, e criando programas de atividade física, com espaços seguros, de fácil acesso e gratuitos.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; PARENTE, Jeanderson Soares; BELÉM, Jameson Moreira; GARCIA, Cintia de Lima. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 100-111, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610908>.
- ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 127-131, jul. 2010. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0870-9025\(10\)70003-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0870-9025(10)70003-1).
- ALVES, Júlia Vasconcelos de Sá; PAULA, Waléria de; NETTO, Patrícia Ribeiro Rezende; GODMAN, Brian; NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do; COURA-VITAL, Wendel. Prevalence and factors associated with anxiety among university students of health sciences in Brazil: findings and implications. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 70, n. 2, p. 99-107, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000322>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- BASTOS, João Luiz; BARROS, Aluisio J. D.; CELESTE, Roger Keller; PARADIES, Yin; FAERSTEIN, Eduardo. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among brazilian university students. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 175-186, jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00163812>.
- BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naidier Bonfim. **Dossiê de assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. 2021. Disponível em: <https://antrabrazil.org/wp-content/uploads/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2024.
- BOWLEG, Lisa. The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 7, p. 1267–1273, jul. 2012.
- BRUFFAERTS, Ronny; MORTIER, Philippe; KIEKENS, Glenn; AUERBACH, Randy P.; CUIJPERS, Pim; DEMYTTENAERE, Koen; GREEN, Jennifer G.; NOCK, Matthew K.; KESSLER, Ronald C. Mental health problems in college freshmen: prevalence and academic functioning. **Journal of Affective Disorders**, [S.L.], v. 225, p. 97-103, jan. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>.
- BUDGE, Stephanie L.; ADELSON, Jill L.; HOWARD, Kimberly A. S.. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. **Journal Of Consulting and Clinical Psychology**, Louisville, v. 81, n. 3, p. 545-557, jun. 2013. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0031774>.

CARTER, Tim; PASCOE, Michaela; BASTOUNIS, Anastasios; MORRES, Ioannis D.; CALLAGHAN, Patrick; PARKER, Alexandra G. The effect of physical activity on anxiety in children and young people: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, [S.L.], v. 285, p. 10-21, abr. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.026>.

CASPERSEN, Carl; POWELL, Kenneth; CHRISTENSON, Gregory. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Helath Reports**, [s. l], v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CIESLAK, Fabricio; CAVAZZA, Jean Fuzetti; LAZAROTTO, Leilane; TITSKI, Ana Claudia Kapp; STEFANELLO, Joice Mara Facco; LEITE, Neiva. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. **Revista da Educação Física/Uem**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 251-260, 28 jul. 2012. Universidade Estadual de Maringa. <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v23i2.10924>.

CRAIG, Cora L.; MARSHALL, Alison L.; SJÖSTRÖM, Michael; BAUMAN, Adrian E.; BOOTH, Michael L.; AINSWORTH, Barbara E.; PRATT, Michael; EKELUND, Ulf; YNGVE, Agneta; SALLIS, James F. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine & Science In Sports & Exercise**, [S.L.], v. 35, n. 8, p. 1381-1395, ago. 2003. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1249/01.mss.0000078924.61453.fb>.

CRUZ, Danielle Keylla Alencar; SILVA, Kelly Samara da; LOPES, Marcus Vinicius Veber; PARREIRA, Fernanda Ramos; PASQUIM, Heitor Martins. Iniquidades socioeconômicas associadas aos diferentes domínios da atividade física: resultados da pesquisa nacional de saúde 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-15, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/ss2237-9622202200015.especial>.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 450-464, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-37030003262017>.

DEMENECH, Lauro Miranda; OLIVEIRA, Adriano Trassantes; NEIVA-SILVA, Lucas; DUMITH, Samuel C.. Prevalence of anxiety, depression and suicidal behaviors among Brazilian undergraduate students: a systematic review and meta-analysis. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 282, p. 147-159, mar. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.108>.

DIAS, Ana Cristina; CARLOTTO, Rodrigo; OLIVEIRA, Clarissa de; TEIXEIRA, Marco. Dificuldades percebidas na transição para a universidade. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 19-30, 2019. Revista Brasileira de Orientação Profissional. <http://dx.doi.org/10.26707/1984-7270/2019v20n1p19>.

FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira; FRAGELLI, Ricardo Ramos. Por que estudantes universitários apresentam estresse, ansiedade e depressão? **Revista Docência do Ensino Superior**, [S.L.], v. 11, p. 1-21, 27 jul. 2021. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.35699/2237-5864.2021.29593>.

FRANCISCO, Leilane Camila Ferreira de Lima; BARROS, Alice Correia; PACHECO, Mariana da Silva; NARDI, Antônio Egídio; ALVES, Verônica de Medeiros. Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 48-56, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000255>.

FONTES, Ana Cláudia Dias; VIANNA, Rodrigo Pinheiro Toledo. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste - Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 20-29, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2009000100003>.

GOULARTE, Jeferson Ferraz; SERAFIM, Silvia Dubou; COLOMBO, Rafael; HOGG, Bridget; CALDIERARO, Marco Antônio; ROSA, Adriane Ribeiro. COVID-19 and mental health in Brazil: psychiatric symptoms in the general population. **Journal of Psychiatric Research**, [S.L.], v. 132, p. 32-37, jan. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>.

GROSS, E. B.; KATTARI, Shanna K.; WILCOX, Rachelle; ERNST, Susan; STEEL, Monique; PARRISH, Diana. Intricate Realities: mental health among trans, nonbinary, and gender diverse college students. **Youth**, [S.L.], v. 2, n. 4, p. 733-745, 13 dez. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/youth2040052>.

HERRING, Matthew P.; RASMUSSEN, Charlotte Lund; MCDOWELL, Cillian P.; GORDON, Brett R.; KENNY, Rose Anne; LAIRD, Eamon. Physical activity dose for generalized anxiety disorder & worry: results from the Irish longitudinal study on ageing. **Psychiatry Research**, [S.L.], v. 332, p. 115723, fev. 2024. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115723>.

HURST, Carrie S.; BARANIK, Lisa E.; DANIEL, Francis. College Student Stressors: a review of the qualitative research. **Stress and Health**, [S.L.], v. 29, n. 4, p. 275-285, out. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.2465>.

IBGE. **Censo 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

IBGE. PNAD Contínua. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/rendimento-despesa-e-consumo.html>. Acesso em: 24 nov. 2024.

KANDOLA, Aaron; VANCAMPFORT, Davy; HERRING, Matthew; REBAR, Amanda; HALLGREN, Mats; FIRTH, Joseph; STUBBS, Brendon. Moving to Beat Anxiety: epidemiology and therapeutic issues with physical activity for anxiety. **Current Psychiatry Reports**, [S.L.], v. 20, n. 8, p. 1-9, 24 jul. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-018-0923-x>.

KINRYS, Gustavo; WYGANT, Lisa e. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 43-50, out. 2005. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462005000600003>.

KUNDAKOVIC, Marija; ROCKS, Devin. Sex hormone fluctuation and increased female risk for depression and anxiety disorders: from clinical evidence to molecular mechanisms. **Frontiers in Neuroendocrinology**, [S.L.], v. 66, p. 101010, jul. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2022.101010>.

LEE, Eunmi; KIM, Yujeong. Effect of university students' sedentary behavior on stress, anxiety, and depression. **Perspectives In Psychiatric Care**, [S.L.], v. 55, n. 2, p. 164-169, 24 maio 2018. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12296>.

LINS, José Carlos da Silva; ALVES, Verônica de Medeiros; SANTOS, Veruska Andrea dos; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos. Sofrimento mental, suporte familiar e empoderamento de pessoas transgênero. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 37, p. 1-10, 16 set. 2024. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024ao00002465>.

LOPES, Maiara Oliveira; SOARES, Themis Cristina Mesquita. Perfil de vulnerabilidade diante das desigualdades sociais e seu impacto na saúde. **Cadernos Unifoa**, [S.L.], v. 18, n. 53, p. 1-10, 7 dez. 2023. Fundação Oswaldo Aranha - FOA. <http://dx.doi.org/10.47385/cadunifoa.v18.n53.4382>.

MACIEL, Erika da Silva; VILARTA, Roberto; VASCONCELOS, Julia Santos; MODENEZE, Dênis Marcelo; SONATI, Jaqueline Girnos; VILELA, Guanis de Barros; OETTERER, Marília. Correlação entre nível de renda e os domínios da qualidade de vida de população universitária brasileira. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 53-62, 30 mar. 2013. Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). <http://dx.doi.org/10.3895/s2175-08582013000100006>.

MACINTYRE, M. Myriah; ZARE, Manzar; WILLIAMS, Monnica T. Anxiety-Related Disorders in the Context of Racism. **Current Psychiatry Reports**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 31-43, 16 jan. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-022-01408-2>.

MARCONDELLI, Priscilla; COSTA, Teresa Helena Macedo da; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestre da área da saúde. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 39-47, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732008000100005>.

MIELKE, Grégore Iven; MALTA, Deborah Carvalho; SÁ, Gisele Balbino Araújo Rodrigues de; REIS, Rodrigo Siqueira; HALLAL, Pedro Curi. Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 158-169, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060014>.

MORENO, André Luiz; DESOUSA, Diogo A.; SOUZA, Ana Maria Frota Lisboa P.; MANFRO, Gisele G.; SALUM, Giovanni A.; KOLLER, Silvia H.; OSÓRIO, Flávia L.; CRIPPA, José Alexandra S.. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 367-376, 2016. **Associação Brasileira de Psicologia**. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2016.1-25>.

MORETTI, Andrezza C.; ALMEIDA, Vanessa; WESTPHAL, Márcia Faria; BÓGUS, Claudia M.. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 346-354, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902009000200017>

NAHAS, Markus Vinícius. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. Florianópolis: Editora do Autor, 2017. 362 p.

NASCIMENTO, Francisco Paulo do. Classificação da Pesquisa. Natureza, método ou abordagem metodológica, objetivos e procedimentos. In: NASCIMENTO, Francisco Paulo do; SOUSA, Flávio Luís Leite. **“Metodologia da Pesquisa Científica: teoria e prática – como elaborar TCC”**. Brasília: Thesaurus, 2016. Cap. 6. p. 1-384

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia. Dificuldades na Trajetória Universitária e Rede de Apoio de Calouros e Formandos. **Psico**, [S.L.], v. 45, n. 2, p. 187, 18 ago. 2014. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2014.2.13347>.

ORAM, Sian; KHALIFEH, Hind; HOWARD, Louise M. Violence against women and mental health. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 159-170, fev. 2017. Elsevier BV. .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: [s.n.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças: Mortalidade e Morbidade Estatísticas**. 11. ed. [s.l: s.n.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transforming mental health for all**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>>. Acesso em: 4 maio. 2024.

PIETERSE, Alex L.; TODD, Nathan R.; NEVILLE, Helen A.; CARTER, Robert T.. Perceived racism and mental health among Black American adults: a meta-analytic review.. *Journal Of Counseling Psychology*, [S.L.], v. 59, n. 1, p. 1-9, jan. 2012. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0026208>.

PIGGIN, Joe. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. **Frontiers In Sports And Active Living**, [S.L.], v. 2, p. 1-7, 18 jun. 2020. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fspor.2020.00072>.

PÚBLICO, Ministério; CIDADÃO, Procuradoria Federal dos Direitos do. **Direito à Saúde Mental**. 2001. Disponível em: <https://biblioteca.mpf.mp.br/repositorio/items/bae96c6e-e84d-41fe-b725-526f109d304e>. Acesso em: 25 abr. 2024

RAMOS, Mozer de Miranda; RITO, Sophia Helena; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. Ansiedade social: gênero, orientação sexual e classe social. **Revista Sul-Americana de Psicologia**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 83-104, 5 ago. 2021. Universidad Catolica Silva Henriquez. <http://dx.doi.org/10.29344/2318650x.1.2830>.

REICHERT, Felipe F.; BARROS, Aluísio J.D.; DOMINGUES, Marlos R.; HALLAL, Pedro C.. The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-Time Physical

Activity. *American Journal Of Public Health*, [S.L.], v. 97, n. 3, p. 515-519, mar. 2007. **American Public Health Association**. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2005.070144>.

RUIZ-ESTIGARRIBIA, Liz; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Miguel Ángel; DÍAZ-GUTIÉRREZ, Jesús; SÁNCHEZ-VILLEGAS, Almudena; LAHORTIGA-RAMOS, Francisca; BES-RASTROLLO, Maira. Lifestyles and the risk of depression in the “Seguimiento Universidad de Navarra” cohort. *European Psychiatry*, [S.L.], v. 61, p. 33-40, set. 2019. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.002>.

SANABRIA-MAZO, Juan P.; USECHE-ALDANA, Bernardo; OCHOA, Pedro P.; ROJAS-GUALDRÓN, Diego F.; MATEO-CANEDO, Corel; CARMONA-CERVELLÓ, Meritxell; CRESPO-PUIG, Neus; SELVA-OLID, Clara; MURO, Anna; MÉNDEZ-ULRICH, Jorge L.. Social Inequities in the Impact of COVID-19 Lockdown Measures on the Mental Health of a Large Sample of the Colombian Population (PSY-COVID Study). *Journal Of Clinical Medicine*, [S.L.], v. 10, n. 22, p. 5297, 15 nov. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10225297>.

SAÚDE, Ministério da. **Ministério da Saúde**. 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf). Acesso em: 20 jun. 2024

SAÚDE, Organização Mundial da. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. 2013. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 31 out. 2024.

SAÚDE, Organização Mundial da. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 nov. 2024.

SCHUCH, Felipe B.; STUBBS, Brendon; MEYER, Jacob; HEISSEL, Andreas; ZECH, Philipp; VANCAMPFORT, Davy; ROSENBAUM, Simon; DEENIK, Jeroen; FIRTH, Joseph; WARD, Philip B.. Physical activity protects from incident anxiety: a meta :analysis of prospective cohort studies. *Depression And Anxiety*, [S.L.], v. 36, n. 9, p. 846-858, 17 jun. 2019. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22915>.

SCHUCH, Felipe B.; VANCAMPFORT, Davy; FIRTH, Joseph; ROSENBAUM, Simon; WARD, Philip B.; SILVA, Edson S.; HALLGREN, Mats; LEON, Antonio Ponce de; DUNN, Andrea L.; DESLANDES, Andrea C.. Physical Activity and Incident Depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 175, n. 7, p. 631-648, jul. 2018. American Psychiatric Association Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>.

SCHUCH, Felipe Barreto; WACLAWOVSKY, Aline Josiane; TORNQUIST, Debora; OYEYEMI, Adewale; SADARANGANI, Kabir P.; TAKANO, Keisuke; TEYCHENNE, Megan; BALANZÁ-MARTÍNEZ, Vicent; ROMAIN, Ahmed Jerome; ANSELM, Alejandro.. (2024). The university students’ lifestyle behaviors and mental health cohort

(unilife-m): study protocol of a multicenter, prospective cohort study..  
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3794023/v1>

SHEPHARD, Roy J.. Qualified Fitness and Exercise as Professionals and Exercise Prescription: evolution of the par-q and canadian aerobic fitness test. **Journal Of Physical Activity And Health**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 454-461, abr. 2015. Human Kinetics.  
<http://dx.doi.org/10.1123/jpah.2013-0473>.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 12, p. 4021-4030, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>.

SOARES, Fernanda Farias; BRILHANTE, Andreia Fernandes; CRUZ, Andrey Oliveira da; SINHORIN, Gustavo Henrique; SINHORIN, Géssica Thais; CRUZ, Jene Greyce Oliveira da; LAGO, Rozilaine Redi; BRANDT, Marisol de Paula Reis; MELCHIOR, Leonardo Augusto Kohara. Transtorno de Ansiedade Generalizada em universitários brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Smad, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 55-62, 7 jun. 2023. Universidade de São Paulo, Agencia USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA).  
<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.195563>.

VANDENBROUCKE, Jan P.; VON ELM, Erik; ALTMAN, Douglas G.; GÖTZSCHE, Peter C.; MULROW, Cynthia D.; POCOCK, Stuart J.; POOLE, Charles; SCHLESSELMAN, James J.; EGGER, Matthias. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). **Epidemiology**, [S.L.], v. 18, n. 6, p. 805-835, nov. 2007. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ede.0b013e3181577511>.

VIEIRA, Vera Maria Sérgio de Abreu; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. Saúde mental e interseccionalidade entre estudantes em uma universidade pública brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 26, p. 1-16, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.210674>.

VIANA, Carolina Pinto; DELGADO, Igor Matheus; ROSA, Anderson; NEVES, Vanessa Ribeiro; SIQUEIRA, Lucíola D'emery. A vivência de estudantes transgênero na universidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, n. 0, p. 1-8, 19 jan. 2022. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao019666>.

ZAMORA, Maria Helena Rodrigues Navas. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 563-578, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1984-02922012000300009>.



**ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO**

1. Qual é a sua idade?

2. Qual é o seu sexo biológico?

Feminino

Masculino

Outro

2.a. Está gestante?

Sim

Não

3. Qual sua identidade de gênero?

Cisgênero - identificação com o sexo biológico de nascimento

Transgênero - não se identifica com o sexo biológico de nascimento

Não-binário - se identifica com ambos os sexos ou nenhum

4. Em relação a sua sexualidade, você é?

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Transsexual

Pansexual

Outro

5. Qual é o seu grupo étnico?

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

Outros

6. Qual seu peso, em quilogramas (kg), aproximadamente?

7. Qual é a sua altura, em metros, aproximadamente?

8. Qual o seu estado civil?

Casado (a)

Solteiro (a)

Viúvo (a)

Separado (a)

União estável

9. Você mora na casa do estudante (alojamento estudantil) ou em outro espaço cedido pela sua universidade?

Sim

Não

10. Atualmente, você trabalha? (Múltipla escolha)

Sim

Não

10 a. Qual é o seu emprego? (se responder Sim a 10)

11. Qual é a renda média mensal da sua família, aproximadamente, valor em dinheiro (R\$)?

12. Você possui algum diagnóstico de transtorno mental feito por um médico psiquiatra?

Sim

Não

12.a Se sim, qual (is) transtorno (s)?

Transtorno de ansiedade (ex: pânico, ansiedade generalizada, fobia social ou outras fobias)

Transtorno depressivo

Transtorno bipolar

Transtorno obsessivo compulsivo

Esquizofrenia

Transtornos alimentares

Transtorno do espectro autista

Transtorno de hiperatividade e déficit de atenção

Outro, qual?

13. Você utiliza alguma medicação para algum transtorno mental?

Sim

Não

13. a. Se sim, qual/quais?

14. Você faz psicoterapia?

Sim

Não

15. Você faz algum outro tratamento para a sua saúde mental?

Sim

Não

15. a. Se sim, qual/quais?

16. Você foi diagnosticado por algum profissional de saúde como tendo alguma das doenças abaixo?

Obesidade

Diabetes tipo 1

Diabetes tipo 2

Asma

Bronquite crônica

Alergia crônica

Doenças cardíacas

Osteoartrite

Lombalgia crônica

Dor crônica no pescoço

Enxaqueca

Câncer

Osteoporose

Lesão muscular

Nenhuma

Outra, qual?

17. Você teve infecção por coronavírus durante a pandemia?

Sim

Não

18. Você é aluno de?

Graduação

Especialização

Mestrado

Doutorado

19. Qual curso você está cursando?

20. Qual foi o ano de seu ingresso na universidade?

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**Pesquisadores responsáveis:** Felipe Barreto Schuch, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Andrea Camaz Deslandes, Daniel Alves Pires, Danilo Rodrigues Pereira da Silva, Fernando Lopes e Silva Junior, Helena Moura, Fabianna Resende de Jesus Moraleida, Nicole Leite Galvão Coelho, Renato Sobral Monteiro-Junior e Thiago Sousa Matias.

### Telefone e endereço postal completo:

- Felipe Barreto Schuch: Centro de Educação Física e Desporto – UFSM. Avenida Roraima, 1000, prédio 51, sala 1025. Camobi. CEP: 97105-970 – Santa Maria – RS. Telefone (55) 3220-7788.
- Andrea Camaz Deslandes: Instituto de Psiquiatria - UFRJ. Av. Venceslau Brás, 71. Botafogo. CEP: 22290-140 - Rio de Janeiro - RJ. Telefone (21) 3938-0500.
- Daniel Alves Pires: Escola de educação física - UFPA. Av. dos Universitários/n.Jaderlândia. CEP: 68746-360 - Castanhal - PA. Telefone (91) 3311-4600.
- Danilo Rodrigues Pereira da Silva: Departamento de Educação Física – UFS. Avenida Marechal Rondon s/n – Jardim Rosa Elze. CEP: 49100-000 – São Cristóvão–SE. Telefone: (79) 3194-6600.
- Eduardo Bodnariuc Fontes: Departamento de Educação Física - UFPR. Rua Coração de Maria, 92. Campus Jardim Botânico. Jardim Botânico. CEP: 80210-132. Telefone (41) 3360-5000.
- Helena Moura: Faculdade de Medicina - UnB. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Asa Norte. CEP 70910-900. Brasília - DF. Telefone (61) 3107.1701
- Fabianna Resende de Jesus Moraleida: Faculdade de Medicina - UFC. R. Alexandre Baraúna, 949. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. Fortaleza - CE. Telefone (85) 3366-8001.
- Luis Eduardo Wearick-Silva: Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUC-RS. Av. Ipiranga, 6681, prédio 11, sala 938. CEP: 90619-900. Porto Alegre - RS. Telefone (51) 3353- 4207.
- Nicole Leite Galvão Coelho: Departamento de Fisiologia e Comportamento - UFRN. Av. Sen. Salgado Filho, 3000. Lagoa Nova. CEP: 59064-741. Natal - RN. Telefone (84) 3342-2251.

- Renato Sobral Monteiro-Junior: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - UNIMONTES. Av. Rui Braga, s/n. Vila Mauriceia. CEP: 39401-089. Montes Claros - MG. Telefone (38) 3229.8000.
- Thiago Sousa Matias: Departamento de Educação Física - UFSC. R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n. Trindade. CEP: 88040-900. Telefone (48) 988298416 ou pelo email thiago.matias@ufsc.br

**Local da coleta de dados: Online**

Nós, da equipe do projeto “TRAJETÓRIAS DO ESTILO DE VIDA E DE SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO: A COORTE PROSPECTIVA UNILIFEM”, coordenado no Brasil pelo Prof. Dr. Felipe Barreto Schuch, te convidamos a participar como voluntário deste estudo. Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque essa pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos.

**Do que se trata o estudo?**

Esta pesquisa pretende entender como diferentes aspectos do seu estilo de vida, incluindo a sua alimentação, seus níveis de atividade física, suas relações sociais, seu sono, o consumo de substâncias, como você lida com o estresse e suas relações com o ambiente no qual você vive podem estar associados com a sua saúde mental durante a sua jornada de estudos na universidade.

**O que preciso fazer?**

A sua participação no estudo se dará em quatro momentos diferentes, uma agora, respondendo este questionário, uma após um ano, dois anos e a última após três anos e meio, respondendo algumas dessas perguntas novamente. Nesses quatro momentos você irá responder diversas questões sobre o seu comportamento, sobre como você está se sentindo, no que tem pensado e idealizado nos últimos dias. O tempo para responder todas as questões varia entre 15 e 30 minutos na primeira vez e entre 15 e 20 nos demais momentos. Alguns de vocês poderão ser convidados a realizar alguns testes físicos de força de preensão manual e de membros inferiores, um teste rápido de corrida e coletas de sangue após responderem o questionário pela primeira vez. Caso você receba o convite para esta nova etapa, um novo termo de consentimento

lhe será apresentado explicando em detalhes o que será feito. Você poderá participar apenas da etapa online sem nenhum prejuízo ao estudo.

### **Quais são os riscos em participar do estudo?**

É possível que você sinta desconforto por responder as questões na tela do computador, tablet ou celular. Caso sinta algum desconforto, você pode interromper o estudo ou não responder alguma pergunta. Garantimos a você a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. No entanto, há a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo mesmo que involuntária e não intencional, pois se trata de um ambiente virtual. Caso isso aconteça, as potenciais consequências na vida pessoal e profissional dos participantes são mínimas, levando em consideração que não são perguntas de cunho pessoal e invasivo ao participante. Caso o preenchimento do questionário te traga algum sofrimento emocional, você poderá entrar em contato com os responsáveis do estudo pelo e-mail [unilife.m@gmail.com](mailto:unilife.m@gmail.com), que te forneceremos assistência ao desconforto associado ao projeto de forma imediata, além disso pode entrar em contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Florianópolis (48 32389926) ou ao Hospital Universitário da UFSC (48 37219140) para acolhimento e orientação especializada. Caso aconteça algum problema relacionado diretamente com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelo pesquisador através de encaminhamento a profissionais especializados.

Você pode entrar em contato com o pesquisador responsável Thiago Sousa Matias a qualquer tempo para informação adicional no endereço UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- CENTRO DE DESPORTOS- CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA-TRINDADE CEP: 88040-900, FLORIANÓPOLIS-SC, telefone (48) 988298416 ou pelo email [thiago.matias@ufsc.br](mailto:thiago.matias@ufsc.br)

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFSC fica situado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. CEP 88.040-400- Contato: (48) 3721-6094- Email: [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br), das 08:00 às 12:00 ou das 14:00 às 18:00. O CEP/UFSC é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

**Quais são os benefícios em participar do estudo?**

Os benefícios pela participação do estudo são diretos e indiretos. Caso nós identifiquemos que você precise de atendimento, uma equipe do estudo entrará em contato, através do meio de contato que você indicar, para te encaminhar para um serviço de atendimento de referência. O atendimento poderá ser feito na sua universidade ou em algum local de referência perto de você. Como os seus dados são sigilosos, esses profissionais entrarão em contato com você apenas através do meio de contato que você fornecer e irão se referir a você pelo número de cadastro no estudo.

Sendo sua participação voluntária, você não receberá benefício financeiro, mas os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Se você decidir não participar não haverá prejuízo ao eventual encaminhamento que iremos recomendar, caso identifiquemos risco ou desejo de ser encaminhado (a) para o serviço de saúde mental.

Não haverá pagamento para a participação na pesquisa, porém, os gastos necessários relacionados diretamente a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos decorrentes diretamente da participação na pesquisa.

**É necessário informar dados pessoais?**

Nós iremos pedir alguns dados pessoais sociodemográficos, o seu email, ou whatsapp ou alguma outra forma de contato, para, quando necessário, encaminhar você para o serviço de atendimento de referência ou para convidar para participar da segunda etapa do estudo.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e tem o seu sigilo assegurado. Para preservar a confidencialidade, todos os dados dos participantes incluídos no protocolo serão criptografados e armazenados em servidores seguros. Somente pesquisadores com login e senha, designados pelo investigador principal, terão acesso aos bancos de dados que poderão ser baixados e identificados. As informações desta pesquisa serão divulgadas em eventos ou publicações e na mídia em geral, sem a identificação dos voluntários sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.



O participante da pesquisa ao “RESPONDER” o e-mail institucional do pesquisador contendo o TCLE e o questionário e/ou link de acesso, deixa implícito a concordância com o TCLE e seu “ACEITE” em participar da pesquisa, dispensando a assinatura, conservando, contudo, a transparência e a rastreabilidade na relação participante de pesquisa / pesquisador”.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um. No caso do TCLE ser enviado via Google Forms, o(a) Sr(a). receberá/fará o download da via assinada/rubricada pelo pesquisador. É importante que você, faça o download das vias assinadas/rubricadas e guarde em uma pasta em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico. Você terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado (art. 17o., inc. X da res. 510/16). (Caso algum participante não se enquadre no parágrafo anterior).

### **Dúvidas?**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis na sua instituição, citados no início desta tela. Alternativamente, o coordenador geral do estudo pode ser contatado no telefone (51) 3220-7780 ou pelo email unilife.m@gmail.com. Este estudo foi analisado por Comitês de Ética em Pesquisa (CEP's), que são órgãos que protegem o bem-estar dos participantes de pesquisas. Os CEP's são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o CEP da UFSM, situado na Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763 - CEP 97105-900 - Santa Maria - RS, pelo telefone: (55) 3220-9362, das 08:00 às 12:00 ou das 14:00 às 17:00.

### **AUTORIZAÇÃO**

Eu, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do

exposto e de espontânea vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo e assino eletronicamente este termo. O termo será digitalmente assinado e você poderá tirar uma foto, fazer o download, imprimir, ou tirar um print screen do termo de consentimento. Uma cópia virtual ficará com o pesquisador.

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

( ) Declaro que **autorizo o(a) menor de 18 anos** sob minha responsabilidade a participar do estudo e que li o presente termo de consentimento, que compreendi todas as informações contidas no documento, que concordo voluntariamente com a participação deste(a) menor na pesquisa, e que posso retirar este consentimento, se assim decidir, a qualquer momento.

( ) Declaro que sou maior de 18 anos e que li o presente termo de consentimento, que compreendi todas as informações contidas no documento, que concordo voluntariamente com a participação na pesquisa, e que posso retirar este consentimento a qualquer momento.

Florianópolis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

## **ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Pesquisadores responsáveis: Felipe Barreto Schuch, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Andrea Camaz Deslandes, Daniel Alves Pires, Danilo Rodrigues Pereira da Silva, Fernando Lopes e Silva Junior, Helena Moura, Fabianna Resende de Jesus Moraleida, Nicole Leite Galvão Coelho, Paulo de Tarso Maciel Pinheiro, Renato Sobral Monteiro-Junior e Thiago de Sousa Matias.

Nós, da equipe do projeto “TRAJETÓRIAS DO ESTILO DE VIDA E DE SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO: A COORTE PROSPECTIVA UNILIFE-M”, coordenado no Brasil pelo Prof. Dr. Felipe Barreto Schuch, te convidamos a participar como voluntário deste estudo.

Local da coleta de dados: Online

Informamos que algum responsável por você já permitiu sua participação em nosso estudo. Agora queremos saber se você também concorda em participar. Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque essa pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos.

### **Do que se trata o estudo?**

Esta pesquisa pretende entender como diferentes aspectos do seu estilo de vida, incluindo a sua alimentação, seus níveis de atividade física, suas relações sociais, seu sono, o consumo de substâncias, como você lida com o estresse e suas relações com o ambiente no qual você vive podem estar associados com a sua saúde mental durante a sua jornada de estudos na universidade.

### **O que preciso fazer?**

A sua participação no estudo se dará em quatro momentos diferentes, uma agora, respondendo este questionário, uma após um ano, dois anos e a última após três anos e meio, respondendo algumas dessas perguntas novamente. Nesses quatro momentos você irá responder diversas questões sobre o seu comportamento, sobre como você está se sentindo, no que tem pensado e idealizado nos últimos dias. O tempo para responder todas as questões varia entre 15 e 30 minutos na primeira vez e entre 15 e 20 nos demais momentos. Alguns de vocês poderão ser convidados a realizar alguns testes físicos de força de preensão manual e de membros inferiores, um teste rápido de corrida e coletas de sangue após responderem o questionário pela primeira vez. Caso você receba o convite para esta nova etapa, um novo termo de consentimento

lhe será apresentado explicando em detalhes o que será feito. Você poderá participar apenas da etapa online sem nenhum prejuízo ao estudo.

### **Quais são os riscos em participar do estudo?**

É possível que você sinta desconforto por responder as questões na tela do computador, tablet ou celular. Caso sinta algum desconforto, você pode interromper o estudo ou não responder alguma pergunta. Garantimos a você a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. No entanto, há a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo mesmo que involuntária e não intencional, pois se trata de um ambiente virtual. Caso isso aconteça, as potenciais consequências na vida pessoal e profissional dos participantes são mínimas, levando em consideração que não são perguntas de cunho pessoal e invasivo ao participante. Caso o preenchimento do questionário te traga algum sofrimento emocional, você poderá entrar em contato com os responsáveis do estudo pelo e-mail [unilife.m@gmail.com](mailto:unilife.m@gmail.com), que te forneceremos assistência ao desconforto associado ao projeto de forma imediata. Caso aconteça algum problema relacionado diretamente com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelo pesquisador através de encaminhamento a profissionais especializados.

### **Quais são os benefícios em participar do estudo?**

Os benefícios pela participação do estudo são diretos e indiretos. Caso nós identifiquemos que você precise de atendimento, uma equipe do estudo entrará em contato, através do meio de contato que você indicar, para te encaminhar para um serviço de atendimento de referência. O atendimento poderá ser feito na sua universidade ou em algum local de referência perto de você. Como os seus dados são sigilosos, esses profissionais entrarão em contato com você apenas através do meio de contato que você fornecer e irão se referir a você pelo número de cadastro no estudo. Sendo sua participação voluntária, você não receberá benefício financeiro, mas os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Se você decidir não participar não haverá prejuízo ao eventual encaminhamento que iremos recomendar, caso identifiquemos risco ou desejo de ser encaminhado (a) para o serviço de saúde mental. Não haverá pagamento para a participação na pesquisa, porém, os gastos necessários relacionados diretamente a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Fica também garantida indenização em casos de danos decorrentes diretamente da participação na pesquisa.

### **É necessário informar dados pessoais?**

Nós iremos pedir alguns dados pessoais sociodemográficos, o seu email, ou whatsapp ou alguma outra forma de contato, para, quando necessário, encaminhar você para o serviço de atendimento de referência ou para convidar para participar da segunda etapa do estudo. As informações desta pesquisa serão confidenciais e tem o seu sigilo assegurado. Para preservar a confidencialidade, todos os dados dos participantes incluídos no protocolo serão criptografados e armazenados em servidores seguros. Somente pesquisadores com login e senha, designados pelo investigador principal, terão acesso aos bancos de dados que poderão ser baixados e identificados. Nenhuma informação que você prestar será divulgada ou vinculada a qualquer informação pessoal que você fornecer. Os resultados serão divulgados em eventos ou publicações científicas e na mídia geral, sem a identificação dos participantes. O participante da pesquisa ao “RESPONDER” o e-mail institucional do pesquisador contendo o TCLE e o questionário e/ou link de acesso, deixa implícito a concordância com o TCLE e seu “ACEITE” em participar da pesquisa, dispensando a assinatura, conservando, contudo, a transparência e a rastreabilidade na relação participante de pesquisa / pesquisador”.

### **Dúvidas?**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis na sua instituição, citados no início desta tela. Alternativamente, o coordenador geral do estudo pode ser contatado no telefone (51) 3220-7780 ou pelo email unilife.m@gmail.com. Este estudo foi analisado por Comitês de Ética em Pesquisa (CEP's), que são órgãos que protegem o bem-estar dos participantes de pesquisas. Os CEP's são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o CEP da UFSM, situado na Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763 - CEP 97105-900 - Santa Maria - RS, pelo telefone: (55) 3220-9362, das 08:00 às 12:00 ou das 14:00 às 17:00.

## **AUTORIZAÇÃO**

Eu, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino eletronicamente este termo. O termo será digitalmente assinado e você poderá tirar uma foto, fazer o download, imprimir, ou tirar um print screen do termo de consentimento. Uma cópia virtual ficará com o pesquisador.

(    ) Declaro que li o presente termo de assentimento, que compreendi todas as informações contidas no documento, que concordo voluntariamente com a participação na pesquisa, que tive a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável e que posso retirar este assentimento a qualquer momento se assim desejar

**ANEXO D – SHORT MULTIDIMENSIONAL INVENTORY LIFESTYLE  
EVALUATION (SMILE)**

<i>Domínio</i>	No último mês, com que frequência na sua rotina diária, você...	<i>Sempre</i>	<i>frequentemente</i>	<i>Eventualmente</i>	<i>Nunca</i>
	1. Ao comprar comida, verificou os rótulos quanto a ingredientes, como quantidade de sal?	4	3	2	1
	2. Consumiu alimentos pré-prontos (congelados tais como pizza, batata-frita, empanados em geral e enlatados)?	1	2	3	4
	3. Comeu alimentos saudáveis, tais como frutas e vegetais frescos, legumes, produtos integrais ou amendoim, nozes, castanhas, etc?	4	3	2	1
<b>Uso de Substância</b>	4. Bebeu 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas* (homem) ou 4 ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, ou seja, em cerca de 2hs? *dose=1 lata de cerveja (340 mL)OU 1 taça de vinho (140mL) OU 1 dose de bebida destilada (40mL) como cachaça, vodka, whisky, tequila ou gim.	1	2	3	4
	5. Utilizou derivados do tabaco (cigarro, cigarro eletrônico, charuto, cachimbo, fumo de corda)?	1	2	3	4
	6. Utilizou maconha, Skank, haxixe?	1	2	3	4
	7. Utilizou outras drogas ilícitas (cocaína, crack, anfetaminas, ecstasy, opióides sem prescrição médica, etc.)?	1	2	3	4
<b>Atividade Física</b>	8. Se exercitou pelo menos 30 minutos/dia (ou 150 minutos por semana)?	4	3	2	1
	9. Praticou pelo menos 2 horas de esporte coletivo (futebol, voleibol, basquete) por semana?	4	3	2	1
	10. Sentiu-se bem após realizar atividade física?	4	3	2	1
	11. Usou de estratégias cognitivas OU suporte psicológico para lidar com o estresse (por exemplo: meditação, mindfulness e psicoterapia)?	4	3	2	1
	12. Praticou uma crença, religião ou espiritualidade?	4	3	2	1
<b>Sono Restaurador</b>	13. Dormiu entre 7 e 9 horas por dia?	4	3	2	1
	14. Sentiu-se descansado(a) com o número de horas dormidas?	4	3	2	1
	15. Manteve a regularidade em relação aos horários de sono?	4	3	2	1
<b>Apoio Social</b>	16. Interagiu com seus amigos e/ou familiares?	4	3	2	1
	17. Teve a sensação de pertencimento OU sentiu-se incluído (sentiu que faz parte de um grupo de amigos, de uma comunidade, da sociedade)?	4	3	2	1

	18. Teve alguém de confiança para escutar seus problemas/preocupações?	4	3	2	1
	19. Teve companhia para sair/disfrutar OU curtir/divertir quando necessita?	4	3	2	1
	20. Esteve disponível para pessoas importantes para você?	4	3	2	1
<b>Exposição Ambiental (tempo de tela/tempo ao ar livre)</b>	21. Gastou mais de 2 horas por dia assistindo TV, jogando jogos de computador, videogames ou navegando na internet?	1	2	3	4
	22. Ficou no computador ou smartphone na hora imediatamente anterior a ir dormir?	1	2	3	4
	23. Esteve em contato com a natureza (por exemplo, parques, praia, campo, montanhas)?	4	3	2	1
	24. Sentiu que seu relacionamento com a natureza, com todas as coisas vivas, é uma parte importante de quem você é?	4	3	2	1



## ANEXO E – ESCALA TRNSVERSAL DE SINTOMAS DE NÍVEL 1 DO DSM

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Se a escala está sendo preenchida por um informante, qual é a sua relação com o indivíduo? \_\_\_\_\_

Em uma semana típica, aproximadamente quanto tempo você passa com o indivíduo? \_\_\_\_\_ horas/semana

Instruções: As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS (2) ÚLTIMAS SEMANAS**.

		Durante as últimas <b>DUAS SEMANAS</b> , o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos seguintes problemas?	Nada De modo algum	Muito leve Raramente, menos de um ou dois dias	Leve Vários dias	Moderado Mais da metade dos dias	Grave Quase todos os dias	Maior Pontuação no Domínio (clínico)
I.	1.	Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3	4	
	2.	Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem espaço?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Sentiu-se mais irritado, mal-humorado ou zangado do que o usual?	0	1	2	3	4	
	4.	Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?	0	1	2	3	4	
III.	5.	Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4	
	6.	Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?	0	1	2	3	4	
	7.	Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?	0	1	2	3	4	
	8.	Evitou situações que o deixam ansioso?	0	1	2	3	4	
V.	9.	Dores e sofrimento sem explicação (p. ex. cabeça, costas, articulações, abdome, pernas?)	0	1	2	3	4	
	10.	Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?	0	1	2	3	4	
VI.	11.	Pensamentos de ferir a si mesmo?	0	1	2	3	4	
VII.	12.	Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém pro perto?	0	1	2	3	4	
	13.	Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outras pessoas estavam pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14.	Problemas com o sono afetaram a qualidade do seu sono em geral?	0	1	2	3	4	
IX.	15.	Problemas com a memória (p. ex. aprender informações novas) ou com localização (p.ex. encontrar o cainho para casa?)	0	1	2	3	4	
X.	16.	Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?	0	1	2	3	4	
	17.	Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?	0	1	2	3	4	
XI.	18.	Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?	0	1	2	3	4	
XII.	19.	Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?	0	1	2	3	4	
	20.	Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?	0	1	2	3	4	
XIII.	21.	Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica e um único dia?	0	1	2	3	4	
	22.	Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?	0	1	2	3	4	
	23.	Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito (p. ex. analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como merifenedato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam] ou drogas, como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solventes [como cola] ou matanfetamina [ou outros estimulantes?])	0	1	2	3	4	

**ANEXO F – GENERALIZED ANXIETY DISORDER-7 (GAD-7)**

<b>GAD-7</b>				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?  <i>(Marque sua resposta com "✓")</i>	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

*(For office coding: Total Score T \_\_\_ = \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_ )*