

Thereza Maria Magalhães Moreira  
Raquel Sampaio Florêncio  
Vagner Rodrigues Silva Junior  
Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins  
(Organizadores)

# EPIDEMIOLOGIA E CRONICIDADES NO CONTEXTO DO ADULTO JOVEM ESCOLAR

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

### REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

### VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

### EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

### CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

### CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro   UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão   UFC
Eliane P. Zamith Brito   FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça   UNIFOR
Homero Santiago   USP	Pierre Salama   Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves   USP	Romeu Gomes   FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto   UFF	Túlio Batista Franco   UFF

Thereza Maria Magalhães Moreira  
Raquel Sampaio Florêncio  
Vagner Rodrigues Silva Junior  
Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins  
(Organizadores)

# **EPIDEMIOLOGIA E CRONICIDADES NO CONTEXTO DO ADULTO JOVEM ESCOLAR**

1ª Edição  
Fortaleza - CE  
2018



# EPIDEMIOLOGIA E CRONICIDADES NO CONTEXTO DO ADULTO JOVEM ESCOLAR

© 2018 *Copyright by* Thereza Maria Magalhães Moreira, Raquel Sampaio Florêncio, Vagner Rodrigues Silva Junior e Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins

Impresso no Brasil / Printed in Brazil  
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893  
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



## Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

## Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

## Revisão de Texto

Thereza Maria Magalhães Moreira

## Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

---

E64      Epidemiologia e cronicidades no contexto do adulto jovem  
          escolar / Organizado por Thereza Maria Magalhães Moreira...  
          [et al.]. - Fortaleza : EdUECE, 2018.  
          240 p.  
          ISBN: 978-85-7826-656-1

1. Epidemiologia. 2. Saúde - Aspectos sociais. 3. Cronicidades  
- Adultos. I. Moreira, Thereza Maria Magalhães. II. Título.

CDD: 614

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos aqueles que apoiaram de forma expressiva a elaboração deste livro, sobretudo para:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq;

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior-CAPES;

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNCAP;

Universidade Estadual do Ceara-UECE;

## APRESENTAÇÃO

O Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) criado em 2009 e vinculado à Universidade Estadual do Ceará, volta ao cenário das publicações bibliográficas trazendo aos leitores mais uma obra que reúne parte do valioso trabalho desenvolvido por seus membros.

O material aqui apresentado trata de uma das nuances científicas do projeto de pesquisa financiado pelo EDITAL MCT/CNPq 14/2012 – UNIVERSAL intitulado “ANÁLISE DO SOBREPESO/OBESIDADE E SUA ASSOCIAÇÃO COM A SAÚDE CARDIOVASCULAR EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO: subsídio para a educação em saúde pelo enfermeiro”. Esse projeto propôs, num contexto geral, analisar os casos de sobrepeso/obesidade e a associação com saúde cardiovascular em adultos jovens escolares de Fortaleza-Ceará-Brasil como subsídio para a educação em saúde realizada pelo enfermeiro.

O relatório decorrente do referido edital ratificou a relação entre sobrepeso/obesidade e a saúde cardiovascular de adultos jovens escolares, a qual engloba diversos aspectos: hábitos alimentares saudáveis, presença/ausência de fatores genéticos,

fatores econômicos, sociais, culturais, psicológicos, tratamentos medicamentosos, suspensão do hábito de fumar, abdicar do consumo excessivo de álcool, não sedentarismo, dentre outros. O público estudado tem peculiaridades e, por isso, foi selecionado como alvo da pesquisa. Isso porque são jovens de 20 a 24 anos, que, embora considerados adultos, apresentam muitas características comuns aos adolescentes, transitando entre obrigações apenas escolares a obrigações como chefes de família. Além disso, numa revisão sobre estudos com esses jovens, percebe-se a escassez de pesquisas com esse grupo. Estas e muitas outras características colocam os adultos jovens num cenário de vulnerabilidade, justificando a necessidade de atenção no cenário das pesquisas científicas.

Com base nesses elementos, pensou-se ampliar o escopo das publicações, desenvolvendo olhares outros que contemplassem questões importantes não apresentadas no relatório. A dimensão que o projeto tomou levou sua pesquisadora principal a conjecturar sobre a possibilidade de uma publicação em forma de livro, ideia prontamente corroborada pelos colaboradores da pesquisa, que viram nesse material mais um meio de chamar atenção para os adultos jovens.

Sabe-se que o processo de construção de um livro científico é sempre um desafio, pois nele se reúnem diversos autores e objetos de estudo com seus diferentes níveis de complexidade. Apesar dis-

so, os muitos dados gerados pela pesquisa deram o aporte necessário para o desenvolvimento de várias discussões envolvendo, de forma geral, aspectos relacionados a cronicidades.

Neste material bibliográfico constam mais de 40 autores, das mais diversas áreas da saúde e com diferentes níveis de formação, desde discentes de graduação a pós-doutores. Além disso, o livro está dividido em três partes, a saber: 1) Contexto social dos adultos jovens escolares; 2) Estilo de vida de adultos jovens escolares e; 3) Cronicidades em adultos jovens escolares.

Os capítulos foram assim dispostos, pois se entende que os aspectos sociais e o estilo de vida influenciam o processo de desenvolvimento das cronicidades, visto que grande parte dos jovens aqui estudados têm características sociais que revelam iniquidades, apresentam um estilo de vida não saudável e condições de cronicidade em curso. Estas características revelam a necessidade de intervenções urgentes e de políticas públicas voltadas para esse público. Mais especificamente, os adultos jovens escolares são apresentados conforme disposto a seguir.

A parte 1 envolve os seguintes capítulos: 1) Perfil sociodemográfico de adultos jovens escolares; 2) Evasão escolar e características de saúde em adultos jovens de escolas públicas; 3) Acesso às redes de apoio, participação política e cidadania de adultos jovens escolares; 4) Acesso à saúde e fatores associados aos marcadores de vulnerabilidade

social dos adultos jovens escolares; 5) Acesso aos serviços de saúde e autopercepção de saúde entre homens adultos jovens escolares.

A parte 2 agrega em seu conteúdo: 6) Estilo de vida de adultos jovens escolares: subsídio à educação em saúde cardiovascular; 7) Fatores intervenientes na afetividade dos adultos jovens escolares; 8) Fatores sociodemográficos associados ao estresse em adultos jovens escolares; 9) Associação entre o consumo de drogas lícitas e ilícitas e a prática de sexo seguro em adultos jovens escolares e 10) Fármacos utilizados por adultos jovens escolares.

E a parte 3 seguiu, fechando o livro com os capítulos: 11) Histórico de ganho de peso em adultos jovens escolares com excesso ponderal; 12) Características de nascimento e ginecológicas associadas ao excesso ponderal em adultas jovens escolares; 13) Autopercepção de saúde negativa em adultos jovens escolares com excesso ponderal: subsídio à aproximação da escola ao setor da saúde; 14) Tipos de mídia e sua relação com a obesidade em adultos jovens; 15) Fatores associados à alteração de glicemia capilar casual em adultos jovens escolares; 16) Fatores de risco para hipertensão arterial em adultos jovens escolares e; 17) Fatores intervenientes em adultos jovens com história familiar de hipertensão arterial e diabetes.

Precedendo aos capítulos, tem-se o texto introdutório construído pelos organizadores do livro, os quais retomam a transição epidemiológica e nu-

tricional para enfatizar a problemática das doenças crônicas e os processos envolvidos nessa condição como ‘mal do século’. Fica claro, a partir dos dados epidemiológicos, que as cronicidades requerem atenção urgente e contínua dos diversos setores da sociedade, pois os determinantes envolvidos são de diversas ordens, de sociais a genéticas.

Em suas linhas finais, os autores concluem o livro, deixando claro quem são esses jovens escolares e sua condição de saúde, as limitações encontradas na pesquisa com esse público e as principais contribuições que essa obra deixa para o meio acadêmico, para o setor saúde e para o setor educação.

É com grande satisfação que apresentamos essa obra aos nossos leitores e desde já fazemos votos que todos tenham uma ótima leitura.

**Thereza Maria Magalhães Moreira**

Líder do GRUPECCE. Professor Adjunto da  
Universidade Estadual do Ceará

**Raquel Sampaio Florêncio**

Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde  
de Coletiva da Universidade Estadual do Ceará

## PREFÁCIO

Recebi com gratidão, e abracei prontamente, o convite da amiga/professora Thereza Maria Magalhães Moreira, de seus orientandos Raquel Sampaio Florêncio e Wagner Rodrigues Silva Junior e da colaboradora Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins para escrever o prefácio deste livro intitulado “Epidemiologia e cronicidades no contexto do adulto jovem escolar”. Não foi difícil dar essa resposta considerando as inúmeras contribuições da professora na minha vida acadêmica, assim como as contribuições acadêmicas do Grupo de Pesquisa Epidemiológica, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE).

Ao ler os 17 capítulos da obra, senti-me privilegiado por ter tido a oportunidade de acesso, a priori, a tantas informações e dados relevantes e atuais. Trata-se de uma coletânea de capítulos de importantes estudos versando sobre as condições de saúde de jovens escolares, mais especificamente sobre sobrepeso/obesidade e a saúde cardiovascular de adultos jovens escolares, a qual engloba diversos aspectos: hábitos alimentares saudáveis, presença/ausência de fatores genéticos, fatores econômicos, sociais, culturais, psicológicos, tratamentos medicamentosos, suspensão do hábito de fumar, abdicar

do consumo excessivo de álcool, não sedentarismo, entre outros.

O conteúdo do livro está redigido em uma linguagem simples e de leitura muito agradável, aspectos que contribuirão para que os leitores possam se apropriar dos temas abordados. Mas não vou comentar os capítulos; apenas citarei as três partes: 1) Contexto social dos adultos jovens escolares; 2) Estilo de vida de adultos jovens escolares; e 3) Cronidades em adultos jovens escolares. Deixo isso para vocês, convicto de que a consulta deles será suficientemente compensadora do tempo gasto e lhes servirá de fonte inspiradora para as ações que têm em mãos.

Quero fazer aqui apenas uma reflexão sobre a relevância do livro na contemporaneidade. O livro tem a função de “livrar”. Do quê? De nos “livrar” das amarras do desconhecimento, da ignorância, da incompreensão, das insuficiências, da credice, da ingenuidade e da ausência de claridade. Dele, recebemos luz para perceber melhor nosso contexto, ideias para ver melhor o chão que pisamos e temos para andar, os locais que devemos abandonar, os não lugares (utopias) que nos cumpre procurar.

Um livro, escreve-se para encantar as pessoas. Escrever livros não é o mesmo que escrever artigos. A finalidade é outra. A maneira direta da linguagem e dos números e a superabundância de citações, características dos papers, cede lugar ao brilho de ideias e palavras nas páginas dos livros.

É bom o livro quando toca o coração de quem o lê e, direta ou indiretamente, influencia a sua ação, conduta e postura.

Este livro, especificamente, não se trata de mais uma obra sobre o assunto: os organizadores conseguiram elaborar um importante tratado sobre a temática. Diferente de outros livros de textos desconexos e com pouco rigor científico. Devido à especificidade da temática abordada, eu acredito que esta obra será uma fonte indispensável para estudantes tanto de graduação, quanto de pós-graduação da Enfermagem e da Saúde Coletiva.

Será bom este livro? Não me compete responder exatamente, devido a que não consigo colocar-me na pele dos leitores. Todavia, confio inteiramente na sua capacidade de julgamento. Exalto a bondade, a dádiva e generosidade dos 49 autores colaboradores que o escreveram. Desejo a todos(as) boa leitura!

**Prof. Ricardo Hugo Gonzalez**

Instituto de Educação Física e Esportes

Universidade Federal do Ceará

# SUMÁRIO

**APRESENTAÇÃO .....06**

**PREFÁCIO..... 11**

**INTRODUÇÃO ..... 18**

*Thereza Maria Magalhães Moreira, Raquel Sampaio Florêncio, Vagner Rodrigues Silva Junior, Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins*

**MÉTODO.....28**

*Thereza Maria Magalhães Moreira*

**PARTE I – CONTEXTO SOCIAL DOS ADULTOS JOVENS ESCOLARES.....42**

**CAPÍTULO 1 .....43**

**PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Thereza Maria Magalhães Moreira, Raquel Sampaio Florêncio, Priscilla Mesquita Luz, Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva, Diana Fontenele Moraes Azevedo*

**CAPÍTULO 2 .....53**

**EVASÃO ESCOLAR E CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE EM ADULTOS JOVENS DE ESCOLAS PÚBLICAS**

*Camila Brasileiro de Araújo Silva, Thereza Maria Magalhães Moreira, Larissa Alves Alexandre Moliterno, Anaíze Viana Bezerra de Menezes, Mairi Alencar de Lacerda Ferraz, Leandro Araújo Carvalho*

**CAPÍTULO 3 .....65**

**ACESSO ÀS REDES DE APOIO, PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E CIDADANIA DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Vagner Rodrigues Silva Junior, Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins, Vrina Ribeiro Feitosa Cestari, Raquel Sampaio Florêncio, Adryane Aparecida Câmara Cavalcante Lima, Thereza Maria Magalhães Moreira*

**CAPÍTULO 4 .....73**

**ACESSO À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS AOS MARCADORES DE VULNERABILIDADE SOCIAL DOS ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Joana Angélica Marques Pinheiro, Raquel Sampaio Florêncio, Thereza Maria Magalhães Moreira, Maria José Melo Ramos Lima, Dafne Lopes Salles, Eline Mara Tavares Macedo, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa*

**CAPÍTULO 5 .....84**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE ENTRE HOMENS ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Mércia Marques de Oliveira, Antônio Ribeiro da Silva Júnior, Thereza Maria Magalhães Moreira, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Ítalo Lennon Sales de Almeida, Virna Ribeiro Feitosa Cestari*

**PARTE II – ESTILO DE VIDA DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES.....99**

**CAPÍTULO 6 ..... 100**

**ESTILO DE VIDA DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES: SUBSÍDIO À EDUCAÇÃO EM SAÚDE CARDIOVASCULAR**

*Paulo Ricardo da Silva Justino, Thereza Maria Magalhães Moreira, Vagner Rodrigues Silva Junior, Raquel Sampaio Florêncio*

**CAPÍTULO 7 .....114**

**FATORES INTERVENIENTES NA AFETIVIDADE DOS ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Irialda Sabóia Carvalho, Dafne Lopes Salles, Francisco Vilemar Pinto Carneiro, John Nilberick de Castro Bento, Thereza Maria Magalhães Moreira*

**CAPÍTULO 8 ..... 127**

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO ESTRESSE EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Samuel Miranda Mattos, Thereza Maria Magalhães Moreira, Remiel Brito Meneses, Ana Vladia Brasileiro de Araujo Silva, Liziane da Cruz Braga, Kellen Alves Freire*

**CAPÍTULO 9 ..... 134**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS E A PRÁTICA DE SEXO SEGURO EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Thais Vaz Jorge, Sara Maria Soares Rabelo, Raquel Rodrigues da Costa, Thereza Maria Magalhães Moreira*

**CAPÍTULO 10 ..... 142**

**FÁRMACOS UTILIZADOS POR ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Taiane Emyll Silva Sampaio, Thereza Maria Magalhães Moreira, Raquel Sampaio Florêncio, Lorena Campos de Souza, Jéssica Naiane Gama da Silva, Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa*

**PARTE III – CRONICIDADES EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES..... 152**

**CAPÍTULO 11 ..... 153**

**HISTÓRICO DE GANHO DE PESO EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES COM EXCESSO PONDERAL**

*Raquel Sampaio Florêncio, Thereza Maria Magalhães Moreira, Ana Caroline Andrade Oliveira, Raquel Rodrigues da Costa, Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, Danilo Cunha Ribeiro*

**CAPÍTULO 12 .....161**

**CARACTERÍSTICAS DE NASCIMENTO E GINECOLÓGICAS ASSOCIADAS AO EXCESSO PONDERAL EM ADULTAS JOVENS ESCOLARES**

*Raquel Rodrigues da Costa, Thereza Maria Magalhães Moreira, Raquel Sampaio Florêncio, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa*

**CAPÍTULO 13 ..... 169**

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NEGATIVA EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES COM EXCESSO PONDERAL: SUBSÍDIO À APROXIMAÇÃO DA ESCOLA AO SETOR DA SAÚDE**

*Laryssa Veras Andrade, Thereza Maria Magalhães Moreira, Raquel Sampaio Florêncio, Irialda Saboia Carvalho, Dafne Lopes Salles*

**CAPÍTULO 14 .....176**

**TIPOS DE MÍDIA E SUA RELAÇÃO COM A OBESIDADE EM ADULTOS JOVENS**

*Priscilla Mesquita Luz, Thereza Maria Magalhães Moreira, Sarah Ellen da Paz Fabricio, Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva, Floriano David Macedo Cruz*

**CAPÍTULO 15 ..... 184**

**FATORES ASSOCIADOS À ALTERAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR CASUAL EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Antônio Dean Barbosa Marques, Ítalo Lennon Sales de Almeida, Thereza Maria Magalhães Moreira, Vera Lúcia Mendes de Paula*

**CAPÍTULO 16 ..... 198**

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

*Daniele Braz da Silva Lima, Ana Célia Caetano de Souza, Thereza Maria Magalhães Moreira, Irialda Sabóia Carvalho, Thiago Santos Garces, Camila Milagros Gómez Lima*

**CAPÍTULO 17 ..... 208**

**FATORES INTERVENIENTES EM ADULTOS JOVENS COM HISTÓRIA FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES.....**

*Dafne Lopes Salles, Maria José Melo Ramos Lima, Ana Caroline Lima Vasconcelos, Joana Angélica Marques Pinheiro, Thereza Maria Magalhães Moreira*

**CONCLUSÃO .....218**

**SOBRE OS AUTORES..... 223**

# INTRODUÇÃO

Thereza Maria Magalhães Moreira  
Raquel Sampaio Florêncio  
Vagner Rodrigues Silva Junior  
Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins

O processo do envelhecimento humano, a acelerada urbanização das capitais e interiorização deste processo associados às mudanças de caráter sociais e econômicas, juntamente com a globalização, culminaram em transformações no modo de viver, trabalhar e se alimentar da população (SILOCCHI; JUNGES, 2016).

Preocupado com a ascensão das condições crônicas e a demanda acrescida ao sistema de saúde, ações de maior abrangência no intuito de ampliar a promoção da saúde e a prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como o de qualificar a atenção às pessoas com doenças crônicas, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011).

Integralmente a este processo, Beaglehole et al. (2011) elencaram em seu estudo que quatro fatores de risco comportamentais estão por trás de mais de dois terços de todos os novos casos: dieta

pouco saudável, tabagismo, sedentarismo e uso nocivo de álcool.

Assim, o plano propõe-se a favorecer a promoção e a execução de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco dentro do contexto dos determinantes sociais e estilo de vida da população. Suas ações fundamentam-se em três eixos estratégicos: I - vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II - promoção da saúde e III - cuidado integral (BRASIL 2011).

No intuito de entender como este processo ocorre em vistas os determinantes sociais em saúde e seu contexto com o estilo de vida da população e as cronicidades, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que as condições em que uma pessoa vive e trabalha proporcionam uma variação quanto à compreensão sobre os mecanismos que acarretam as iniquidades de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste contexto, nas últimas décadas, o panorama mundial e brasileiro de DCNT tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. O aumento de sua prevalência é uma das principais características do processo de sobreposição epidemiológica, ocorrido primeiramente nos países desenvolvidos e que vem ocorrendo de maneira rápida no Brasil (CAMPOLINA et al., 2013). Isto posto, observa-se na literatura nacional e na internacional a preocupação e o avanço de estudos sobre o

cenário das relações dos determinantes sociais de saúde com a organização e desenvolvimento de determinada sociedade e sua situação de saúde, visando reduzir as desigualdades sociais e proporcionar melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer (ALMEIDA FILHO et al., 2003).

Dados do Vigitel mostram que as DCNT avançaram na última década, tendo aumento de 61,8% de diabetes, 14,2% de hipertensão, além do que mais da metade da população está com o peso acima do recomendado e 18,9% dos brasileiros estão obesos (BRASIL, 2016).

Este conjunto de doenças é responsável por 72% das mortes. Destas, 40% são consideradas prematuras, ocorrendo antes dos 70 anos. Até o ano de 2020 elas serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Na atenção primária, 80% das consultas se referem às DCNT e correspondem a 60% das internações hospitalares. Elas são, atualmente, a maior causa de incapacidade e os gastos com essas doenças representaram em torno de 60% do que se gasta com doenças por todas as causas no mundo (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011; DUNCAN et al., 2012).

Dentro deste processo, a transição nutricional trouxe novos desafios, com a redução na prática de atividade física, onde 70% da população adulta não atingem os níveis mínimos recomendados de atividade física e o excesso de alimentação está a superar a desnutrição como um fator de risco princi-

pal para doenças (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016; MOREIRA et al., 2017).

A execução de estratégias com cerne na prevenção de doenças e promoção de saúde é capaz de alterar os fatores de risco para as DCNTs da população brasileira. Medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde cooperam, significativamente, no combate ou minimizam os agravos à saúde da população, sendo capaz de melhorar as condições de saúde, que repercutirão em sua qualidade e estilo de vida (SILVA et al., 2016).

O estilo de vida da atualidade configura-se como um somatório dos maus hábitos alimentares, das atividades laborais com pouco esforço físico e que ocupam todo o dia, da oferta abundante de alimentos industrializados e de baixo custo que substituem a alimentação saudável, além de outras transformações socioeconômicas que, juntas, contribuem positivamente para o quadro de excesso ponderal instaurado.

No Brasil, por meio de diversos inquéritos de saúde como: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o Inquérito Telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), vem sendo produzidas bases de dados para o monitoramento contínuo dos fatores de risco e de proteção das DCNTs, tornando-se elemento essencial para garantir o cuidado integral (OLIVEIRA et al., 2017).

Isto vem assegurando mudanças no processo de trabalho das equipes em todos os pontos de atenção à saúde (atenção básica, atenção especializada, sistemas de apoio e sistemas logísticos), implicando em um processo de formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação (WHO, 2016). Tal fato acaba por centralizar as necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Com o intuito de fomentar e monitorar o enfrentamento das DCNTs, o governo federal, por meio da Portaria nº 23, de 09 de agosto de 2012, estabelece o repasse, em parcela única, de recursos financeiros aos estados, Distrito Federal, capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes, para incentivar a implantação, implementação e fortalecimento das ações de vigilância e prevenção das DCNTs em âmbito local (BRSIL, 2012).

Desta forma, a prevenção das DCNTs e de seus fatores de risco torna-se fundamental para evitar seu progresso e suas graves consequências para a qualidade de vida da população, visto que elas geram efeitos econômicos adversos para as famílias e comunidades, além da morte do acometido. Assim, para o sistema de saúde, atenção à saúde precisa responder às condições agudas, mas necessita prin-

principalmente estar preparado para atender às DCNTs (MENDES, 2012).

Pesquisas epidemiológicas têm evidenciado o aumento da incidência das doenças cardiovasculares em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento (MOZZAFFARIAN et al., 2015; ZART et al., 2010). Destaca-se a relevância da realização de investigações sobre comportamentos e fatores de risco à saúde em adultos jovens, pois os hábitos adquiridos durante esta fase podem perdurar durante o envelhecimento e resultar no desenvolvimento de DCV (GOMES et al., 2012).

Neste cenário, os profissionais de saúde possuem relevante ferramenta para o cuidado, que é a educação em saúde. A finalidade da ação educativa é desenvolver junto ao indivíduo/comunidade a capacidade de analisar criticamente sua realidade, decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, organizar e realizar a ação, e avaliá-la com espírito crítico (SANTOS et al., 2014).

Desta forma, depreende-se que a educação em saúde se insere adequadamente no conjunto de ações desenvolvidas pela Atenção Primária, as quais são: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. No tocante à obesidade e alteração cardiovascular em jovens, a Atenção Primária deve ter uma atitude de promoção à saúde e de vigilância, prevenindo novos casos e evitando sua evolução (BRASIL, 2014).

As práticas educativas em saúde devem ter como eixos centrais a promoção da saúde, compreendida como promoção da qualidade de vida e da cidadania, e o incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana (AGUIAR et al., 2012). Portanto, para subsidiar as ações educativas que o profissional deve desenvolver ao cuidar da pessoa com sobrepeso/obesidade com ou sem alteração da saúde cardiovascular, é de fundamental importância que estudos de investigação e análise de fatores de risco para esse agravo sejam desenvolvidos, assim como esta pesquisa se propõe a fazer.

A relevância dessa obra reside em enfatizar a valorização da prática clínica-epidemiológica dos profissionais de saúde na educação em saúde, compatível com a realidade social e econômica dos adultos jovens escolares, almejando a melhoria de sua qualidade de vida e a promoção da saúde.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, A. S. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na unidade de terapia intensiva. **RevEscEnferm USP**, v. 46, n. 2, p. 428-35, 2012.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003.

BEAGLEHOLE, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. **The Lancet**, v. 9.775, n. 377, p. 1.438-1.447, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade**. Brasília: Ministério de Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2015: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 23, de 9 de agosto de 2012**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 ago 10; Seção 1:43.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun 2013.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 126-134, 2012.

GOMES, E.B. et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, ago, 2012.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANCA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, dez. 2016.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Opas, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

MOREIRA, M. M. et al. Impacto da inatividade física nos custos de internações hospitalares para doenças crônicas no Sistema Único de Saúde. **ArqCien Esp.**, v. 5, n. 1, p. 16-19, 2017.

OLIVEIRA, V. S. et al. Análise dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: estudo com colaboradores de uma instituição privada. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, jan./abr, 2017.

SANTOS, F. D. R. et al. Ações de enfermeiros e professores na prevenção e no combate à obesidade infantil. **Rev Rene**, v. 15, n. 3, p. 463-70, 2014.

SILOCCHI, C; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, K. et al. Ações extensionistas com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: relato de

experiência. **DistúrbComun**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 743-748, dez. 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases**: report of the 2015 global survey. WHO, 2016. Acesso em: 31 de julho de 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246223/1/9789241565363-eng.pdf?ua=1>

ZART, V. B. et al. Concerns about eating habits and associated factors in Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 143-54, 2010.

## MÉTODO

Thereza Maria Magalhães Moreira  
Raquel Sampaio Florêncio

Para dar corpo aos objetivos propostos pelos capítulos deste livro, o estudo epidemiológico foi o fio condutor para a obtenção dos resultados, de modo que todo o processo foi desenvolvido durante o ano de 2014 na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, mais especificamente, nas escolas que possuíam Ensino médio e nos Centros de Educação de Jovens adultos (CEJA) sob responsabilidade da Secretaria Estadual da Educação do Ceará (SEDUC).

A SEDUC relacionava à época um total de 175 instituições de ensino entre Escolas de Ensino Fundamental (EEF), Escolas de Ensino Fundamental e Médio (EEFM), Escolas de Ensino Médio (EEM), Centros de Educação de Jovens adultos (CEJA), Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC), Centros Educacionais de Referência (CERE), Escolas Estaduais de Ensino Profissionalizante (EEEP), Centros Educacionais, Colégios Militares, Liceus, Colégios Estaduais, Institutos de Educação e Institutos para surdos e mudos que estavam sob abrangência da Superintendência das Escolas Estaduais de Fortaleza (SEFOR) (CEARÁ, 2012).

De todos os estudantes dessas instituições, a pesquisa teve como foco os adultos jovens, ou seja, aqueles com idade de 20 a 24 anos (BRASIL, 2007). Apesar de ser uma população peculiar, previu-se que o número de estudantes com esse perfil era grande devido o quantitativo de escolas e foi decidido que o total de participantes iria ser resultante do cálculo de amostra para população infinita. E assim foi feito, obtendo-se uma amostra inicial de 1067 jovens e uma final de 1073. Foi considerado o acréscimo de seis jovens na última escola, pois eles tinham o perfil para o estudo, aceitaram participar da pesquisa e puderam suprir possíveis perdas verificadas após construção do banco de dados. Foram excluídos da amostra os jovens que estavam matriculados, mas não compareceram no dia da coleta, gestantes (considerados outros parâmetros para identificação do excesso de peso), bem como aqueles que se locomoviam por meio de cadeiras de rodas, dado que não havia meios disponíveis para a realização de medidas antropométricas para este grupo. Quando ocorreram tais casos, novos jovens foram incluídos.

Na ciência da quantidade de alunos participantes, o plano amostral foi organizado em unidades amostrais (UA). Conforme o exposto abaixo, as unidades consideradas no processo de seleção dos jovens do estudo foram:

- Unidade primária de amostragem (UPA): regionais administrativas;

- Unidade secundária de amostragem (USA): sorteio de 30% das escolas;
- Unidade terciária de amostragem (UTA): seleção dos alunos por conveniência.

Na unidade primária de amostragem, consideraram-se seis das sete regionais administrativas da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, sendo excetuada a regional do centro, dado que a SEDUC considera apenas as seis para fins de regionalização escolar.

No que tange às unidades secundárias, foi estabelecido um sorteio prévio de 30% das escolas de cada regional, chegando-se a um total de 52 escolas. A percentagem foi estabelecida após a compreensão de que o número de escolas viáveis para visitação no período de uma semana seria de duas institui es, pois foi considerada a necessidade de tempo para o contato com os gestores da escola, bem como para a sensibiliza o para o estudo. Além disso, a aproxima o inicial realizada p de trazer   tona pormenores referentes   rotina escolar e frequência semanal dos alunos. Desta forma, foi possível definir os melhores dias para a coleta já que a frequência de alunos era maior nas terças, quartas e quintas-feiras.

Posteriormente, procedeu-se a contagem de semanas de aula viáveis de outubro de 2013 a outubro de 2014, considerando feriados, avalia es bimestrais e copa do mundo de futebol. Ao todo, foram 26 semanas e conseqüentemente 52 escolas visitadas e participantes do estudo, ou seja, 30% do total de escolas. Definida a percentagem, procedeu-se o

sorteio das instituições e a seleção dos jovens por conveniência.

Desta forma, foi contatada a direção e/ou coordenação escolar e marcados os dias de coleta de dados, conforme disponibilidade da instituição. A seguir, foram realizadas visitas em todas as salas de aula, explicada a pesquisa e, somente após esses procedimentos, convidados os estudantes na faixa etária pré-estabelecida a participarem do estudo. Quando o convite era aceito, os jovens eram encaminhados para sala específica, onde eram aplicados os instrumentos da pesquisa, realizadas as aferições objetivas de parâmetros antropométricos e a coleta de sangue capilar.

O preenchimento do instrumento continha itens referentes a características socioeconômicas (idade, sexo, data de nascimento, escola, turma, raça, estado civil, profissão, renda mensal, logradouro); história de ganho de peso (peso ao nascer, história de gravidez da mãe, amamentação, alimentação complementar, ganho de peso na infância, adolescência e atualmente); exposição a fatores de risco (antecedentes familiares de doença cardiovascular, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes; hábitos alimentares, uso de álcool e fumo, prática ou ausência de atividade física); história de doença (hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, doença do refluxo gastroesofágico, alterações reprodutivas ou articulares, doenças de pele, problemas de sono, cálculos vesiculares); histó-

ria de uso de fármacos obesogênicos (antipsicóticos, antidepressivos, corticosteroides, progestágenos, betabloqueadores, hipoglicemiantes orais, anticonvulsivos, insulina, anti-histamínicos), entre outros. Os demais itens seguiram com a verificação objetiva da pressão arterial (mmHg), peso (Kg), altura (metros), circunferência da cintura ou abdominal (CA) (cm), circunferência do quadril (cm) e relação cintura/quadril (RCQ). Foi ainda realizado o exame físico da pele (verificação de dobras de pele, edemas). Dois questionários validados também foram utilizados: o questionário Internacional de Atividade física (*International Physical Activity Questionnaires* - IPAQ) e o questionário 'Estilo de Vida Fantástico'.

O IPAQ foi inicialmente proposto por um grupo de trabalho de pesquisadores durante uma reunião científica em Genebra e teve como objetivo realizar um levantamento mundial da prática de atividade física em um instrumento padronizado (MARSHALL; BAUMANN, 2001). Desta forma, chegou-se ao IPAQ, um instrumento que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas, que contém perguntas relativas à frequência e à duração da realização de atividades físicas de caminhada, atividades de intensidade moderada e vigorosa. Há duas versões deste questionário - curta e longa. Porém, pesquisadores observaram que as duas apresentaram reprodutibilidade similar, com preferência dos entrevistados pela forma curta (MATSUDO et al., 2001), utilizada neste livro.

O “estilo de vida fantástico” trata-se de instrumento desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá (WILSON; CILISKA, 1984), com a finalidade de auxiliar os médicos que trabalhavam com a prevenção, a fim de que pudessem conhecer e avaliar o estilo de vida de seus pacientes. O questionário “Estilo de Vida Fantástico” foi traduzido e validado para o português (AÑEZ, REIS e PETROSKI, 2008). É autoadministrado e considera o comportamento dos indivíduos nos últimos meses. Compreende 25 questões distribuídas em nove domínios. A origem da palavra “fantástico” vem do acrônimo *fantastic*, que representa as letras dos nomes dos nove domínios: F = Family and friends (família e amigos); A = activity (atividade física); N = nutrition (nutrição); T = tobacco and toxics (cigarro e drogas); A = alcohol (álcool); S = sleep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro); T = type of behavior (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B); I = insight (introspeção); C = career (trabalho; satisfação com a profissão).

Após a aplicação dos questionários, a pressão arterial foi aferida por método indireto com técnica auscultatória e esfigmomanômetro aneróide calibrado. A técnica de verificação e avaliação das cifras pressóricas seguiu o protocolo recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As medidas antropométricas foram realizadas de forma padronizada. Para altura os examinados permanecerão de pé, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo e sem sapatos, utilizando-se fita métrica inextensível aderida a uma parede sem rodapé. A medida da Circunferência Abdominal ou da cintura (CA) foi realizada com fita métrica inextensível e com a roupa afastada, localizando-se a fita no ponto médio entre a crista ilíaca anterior superior e a última costela, sendo os valores normais considerados em 88 cm e 102cm para mulheres e homens respectivamente. A circunferência do quadril (CQ) foi verificada com a fita métrica ao nível do trocanter anterior e sua relação com a cintura calculada e considerada normal em mulheres com  $C/Q = 0,85$  e para homens  $C/Q = 0,95$  (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O peso foi determinado por balança elétrica para pessoas adultas, com o participante em pé e os braços junto ao corpo com o menor peso de roupa possível e sem sapatos.

Os indicadores bioquímicos de glicemia e colesterol total foram realizados com uso de fitas após coleta de sangue capilar, considerando a técnica aséptica e uso de equipamentos de proteção individual (EPI) com descarte apropriado dos perfuro-cortantes.

Com vistas a trazer benefícios aos participantes da pesquisa, os resultados lhes foram entregues pelos pesquisadores que fizeram as devidas orientações diante dos resultados particulares. Quando

necessários quaisquer encaminhamentos para intervenções clínicas, o estudante foi informado dos serviços disponíveis na rede pública de saúde do município, ficando sob sua responsabilidade a procura e seguimento clínico.

Os dados, tão logo coletados, seguiram para construção do banco de dados em um software específico. Foram calculadas inicialmente as medidas estatísticas descritivas: médias e desvio padrão das variáveis quantitativas e frequência simples e percentual das qualitativas. Após, foi utilizada a estatística analítica bivariada e multivariada no entrecruzamento das diversas variáveis, com utilização dos testes estatísticos, conforme tipo de variável.

Na análise bivariada, a maioria dos estudos adotou o teste do qui-quadrado de *Pearson* (exato de *Fisher* ou razão de verossimilhança) para as variáveis categóricas, considerando em todos os testes o nível de significância estatística de 5%. Para estimar a força de associação de possíveis marcadores do excesso ponderal, foi calculada a *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram processados e analisados no *International Business Machines Statistics Package Social Science* versão 20.0 (IBM SPSS 2.0), licença nº 10110131007. Tão logo analisados, foram apresentados por meio de texto, tabelas e gráficos de modo a tornar mais clara a divulgação e organização das informações referentes ao proposto pelos objetivos. Posteriormente a essa apresentação, foram discu-

tidos os resultados conforme literatura revisada e pertinente à temática em estudo, a fim de se produzirem evidências que colaborassem para a saúde coletiva.

Os resultados do estudo foram disponibilizados ao público estudantil e demais interessados, como forma de esclarecimentos e informações acerca dos riscos cardiovasculares com base na realidade do público em questão. Assim, foi dado retorno do resultado aos avaliados, em palestras de educação em saúde realizadas com áudio visual, além de entrega dos resultados. Esses dados subsidiaram um projeto de extensão na Universidade Estadual do Ceará, cujas ações foram voltadas à promoção da saúde cardiovascular dos adultos jovens das escolas participantes.

O projeto que deu origem à pesquisa foi submetido, por meio da Plataforma Brasil, ao Comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e foi aprovado no protocolo de número 263.271/2013, tendo a pesquisa seguido todos os princípios éticos em todas as fases do estudo, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Ante o exposto, algumas especificidades surgiram devido ao contexto e às temáticas discutidas em cada capítulo. Essas particularidades encontram-se dispostas no quadro 1 seguinte.

**Quadro 1** - Aspectos metodológicos específicos de cada capítulo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

<b>Capítulo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Análise</b>
1	Des-critivo	1073 adultos jovens	Idade, sexo, raça, religião, situação conjugal, tem filhos, quantidade de filhos, com quem mora, quantas pessoas residem no mesmo domicílio, ocupação nos últimos 12 meses, quantas horas trabalha/faz estágio por dia, condições de moradia, energia elétrica, sistema de água, tipo de moradia, escolaridade da mãe, do pai e do chefe da família, renda individual e familiar, recebe bolsa família.	Frequência simples e percentual
2	Anali-tico	1073 adultos jovens	Características de saúde (uso de cigarro, uso do álcool, uso de maconha e cocaína, problemas de saúde, acha que está acima do peso, tentou perder peso, estado nutricional, satisfeito com o corpo, autopercepção de saúde, comportamento sedentário na semana, comportamento sedentário no fim de semana) e evasão escolar.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> para relação entre variáveis categóricas
3	D e s - critivo	1073 adultos jovens	Idade, sexo, raça, religião, situação conjugal, filhos e número de pessoas no domicílio, participar de grupos na igreja, participar de outros grupos, que outros grupos existiam próximo da sua casa ou da sua escola, participar das atividades de algum conselho de saúde e participar do grêmio estudantil da sua escola.	Média e desvio-padrão; frequências simples e percentual
4	Anali-tico	1073 adultos jovens	Sexo, filhos, raça, situação conjugal, renda, ocupação e ter bolsa família, acesso à saúde, possuir serviço de saúde próximo à sua casa, deslocamento para o serviço de saúde, participação nas atividades de prevenção e promoção da saúde realizadas no posto, e necessidade de procurar o serviço de saúde.	Média e desvio-padrão; frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> para relação entre variáveis categóricas

5	D e s - critivo	508 adultos jovens	Autopercepção de saúde, acesso a serviços de saúde (Possui algum problema de saúde? Uso contínuo de medicação? Possui plano de saúde? Posto de saúde próximo de casa? Participa de atividades em serviço de saúde?), uso de medicamentos, realização de exames para vigilância e acompanhamento do estudo de saúde, recebeu informações referentes ao seu estado de saúde pelos profissionais.	Frequência simples e percentual
6	D e s - critivo	191 adultos jovens de escolas da região 1	Idade, sexo, religião, raça, situação conjugal, filhos, tipo de moradia, família e amigos, atividade, nutrição, cigarros e drogas, álcool, sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro, tipo de comportamento, introspecção e trabalho.	Média e desvio-padrão; frequências simples e percentual
7	Trans- versal	1017 adultos jovens escolares	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim, Dou e recebo afeto, sexo, raça, filhos, mora com o pai, mora com a mãe, mora com irmãos, mora com tios, mora com avós, mora com primos, mora com companheiro(a), mora sozinho, trabalho, renda familiar, tem acesso à internet, tem celular, participa de grupos de igreja, sou moderadamente ativo, sinto-me triste e deprimido e afetividade.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> para relação entre variáveis categóricas
8	Trans- versal	1073 adultos jovens escolares	Estresse, sexo, raça, religião, situação conjugal, filhos.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> para relação entre variáveis categóricas
9	Trans- versal	1073 adultos jovens escolares	Prática de sexo seguro, sexo, idade, experimentou bebida alcoólica, idade que experimentou bebida alcoólica, uso de bebida alcoólica, experimentou cigarro, idade que experimentou cigarro, fumante, usa drogas como maconha.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> para relação entre variáveis categóricas

10	Des-critivo	476 adultos jovens escolares	Faz uso de fármacos, sexo, problemas de saúde, idade, classe dos fármacos.	Média e desvio-padrão; frequências simples e percentual
11	Estudo de associação	560 adultos jovens escolares	Excesso ponderal, peso na infância, peso na adolescência, excesso ponderal na família.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> e <i>Odds ratio</i> (OR) para relação entre variáveis categóricas
12	Análítico	546 adultas jovens escolares	Tipo de parto, quantos quilos aumentou na gravidez, número de filhos, idade que teve o primeiro filho, idade da menarca, ovário micropolicístico autorreferido.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> e <i>Odds ratio</i> (OR) para relação entre variáveis categóricas
13	Análítico	381 adultos jovens escolares	Autopercepção de saúde, autopercepção de excesso ponderal, satisfação corporal.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> e <i>Odds ratio</i> (OR) para relação entre variáveis categóricas
14	Des-critivo	1073 adultos jovens escolares	Obesidade, ter acesso à internet, quantas horas assiste TV por dia, escolhe o alimento porque passou na TV ou na internet, mensagens sobre problemas de saúde pela TV, mensagens sobre problemas de saúde pela internet, mensagens sobre problemas de saúde em jornais.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> para relação entre variáveis categóricas

15	Des-critivo	508 adultos jovens escolares	Glicemia capilar casual categórica, sexo, situação conjugal, renda individual, renda familiar, ocupação nos últimos 12 meses, consome bebida alcoólica, fuma atualmente, alimentação fora de casa, toma café da manhã, tomo suco de fruta natural, pratico exercício físico.	Frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> , <i>Exato de Fisher</i> e <i>Odds ratio</i> (OR) para relação entre variáveis categóricas
16	Des-critivo	1073 adultos jovens escolares	Sexo, raça/cor, antecedentes familiares de HA e antecedentes familiares de problemas cardiovasculares classificadas como fatores de risco não modificáveis; situação conjugal, filhos, religião, trabalho remunerado, horas diárias de trabalho, renda individual, excesso de peso e obesidade, excesso de adiposidade abdominal, atividade física moderada e comportamento sedentário considerado como fatores de risco modificáveis.	Frequência simples e percentual
17	Anali-tico	1073 adultos jovens escolares	“Conhecimento dos adultos jovens sobre histórico familiar de hipertensão e diabetes”, categorizada como “conhece/desconhece”. As variáveis preditoras foram: sexo, cor autorreferida, situação conjugal, renda familiar, autopercepção de saúde, estilo de vida, dieta balanceada, consome alto teor de sal e açúcar e pratica atividade física.	Médias e desvio-padrão; frequência simples e percentual; teste Qui-quadrado de <i>Pearson</i> para relação entre variáveis categóricas

## REFERÊNCIAS

AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **ArqBrasCardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CEARÁ. Secretaria da Educação do Ceará. **Escolas Estaduais.** Disponível em: <[http://portal.seduc.ce.gov.br/images/arquivos/enderecos\\_escolas.pdf](http://portal.seduc.ce.gov.br/images/arquivos/enderecos_escolas.pdf)>. Acesso em: 26 de junho de 2012.

MARSHALL, A.; BAUMANN, A. **The international physical activity questionnaire summary report of the reliability and validity studies.** Document of IPAQ Executive Committee, World Health Organization, 2001.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol.**, v. 95, n. 1, sup. 1, p. 1-51, 2010.

WILSON, D. M; CILISKA, D. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **CanFamPhysician.**, v. 30, p. 1863-6, 1984.

**PARTE I**

---

**CONTEXTO SOCIAL DOS ADULTOS  
JOVENS ESCOLARES**

---

# PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Thereza Maria Magalhães Moreira

Raquel Sampaio Florêncio

Priscilla Mesquita Luz

Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva

Diana Fontenele Moraes Azevedo

A saúde tem diversos determinantes sociais e nas últimas décadas houve um avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. No entanto, o principal desafio das pesquisas sobre essas relações consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Identificar esses elementos é fundamental para o planejamento de ações de promoção da saúde.

de. Para tanto, é necessário diferenciar os grupos populacionais, pois cada um tem especificidades e conseqüentemente diferentes determinantes do processo saúde-doença seja de crianças a idosos ou de escolares a trabalhadores. Porém, para lidar com a heterogeneidade de grupos, primeiro é necessário conhecer o perfil da população a ser trabalhada, pois de acordo com Bourdieu (2002), cada sujeito é dotado de uma bagagem socialmente herdada. Bagagem essa, constituída de alguns componentes externos ao indivíduo (o capital econômico, o social e o cultural).

Entre os diversos grupos, verifica-se que o adulto jovem escolar precisa ser considerado como público-alvo entre os pesquisadores, pois está na transição da adolescência para a faixa adulta, além de agregar, em muitas situações, o papel de estudante e trabalhador. Assim, no conjunto do perfil a ser estudado para entender melhor os determinantes sociais de saúde da população adulta jovem escolar, tem-se a caracterização sóciodemográfica, que é composta por questões individuais do jovem, entre elas o sexo, a cor declarada, idade, local de procedência, religião e composição familiar. Tais elementos permitem classificações, possibilitando análises comparativas e descritivas sobre o perfil desses jovens em subgrupos (MACHADO; BONAMINO, 2004).

Traçar o perfil sóciodemográfico de escolares pode propiciar uma visão abrangente do Programa de Educação de Jovens e Adultos (PEJA), além

de fornecer dados para as equipes de Educação e Saúde dos municípios, possibilitando assim, um diagnóstico de problemas e elementos que sofrerão intervenções específicas após o planejamento de estratégias eficazes criadas a partir do delineamento do perfil da população (RIBEIRO, 2004).

Desse modo questionamos: Qual o perfil desse jovem adulto inserido nas instituições escolares? Essa indagação levou ao seguinte objetivo do estudo: descrever o perfil sociodemográfico de adultos jovens escolares nas instituições públicas de ensino de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Responder a esse questionamento e objetivo parece tarefa fácil, mas é uma atividade complexa, pois cada jovem é único e como tal, mostra características específicas. Apesar disso, apresentar um perfil de grupos populacionais jovens pode ser uma alternativa interessante para aqueles que trabalham com esse público, uma vez que podem identificar questões que se sobrepõem a outras, sobretudo quando são ligadas a iniquidades. Com base nisso, observa-se a seguir o contexto social onde esses adultos jovens estão inseridos.

Ao analisar os dados da Tabela 1, foi possível mostrar que 52,7% dos jovens pesquisados eram do sexo feminino; 65,6% declararam-se pardos e 48,1% eram católicos. Quanto à escolaridade dos pais, trabalho e renda, 59,1% dos jovens tiveram trabalho remunerado nos últimos 12 meses, 6,2% estágio remunerado, com média de cinco horas de trabalho/

estágio por dia, e 34,6% só estudavam. Quanto à escolaridade da mãe, 59% possuíam ensino fundamental incompleto e 8,5% eram analfabetas. Quanto à escolaridade do pai, 55,7% possuíam o ensino fundamental incompleto e 13,5% eram analfabetos.

Em relação às questões econômicas, 92,3% dos jovens tinham renda individual menor ou igual a dois salários mínimos e 61,4% possuíam renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos e, ainda, 31% recebiam bolsa família e 65,9% não recebiam.

**Tabela 1** - Análise univariada das características sociodemográficas de adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n=1073)</b>		
Feminino	565	52,7
Masculino	508	47,3
<b>Cor/Raça autorreferida (n=1064)</b>		
Branca	148	13,9
Parda	698	65,6
Negra	154	14,5
Indígena	28	2,6
Amarela	36	3,4
<b>Religião (n=1058)</b>		
Católica	509	48,1
Evangélica	438	41,4
Outra	111	10,5
<b>Ocupação nos últimos 12 meses (n=1057)</b>		
Trabalho remunerado	625	59,1
Estágio remunerado	66	6,3
Só estuda	366	34,6

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade da Mãe (n=719)</b>		
Analfabeta	61	8,5
Ens. Fund. (completo e incompleto)	516	71,8
Ens. Médio (completo e incompleto)	136	18,9
Ensino Superior (completo e incompleto)	6	0,8
<b>Escolaridade do Pai (n=636)</b>		
Analfabeta	86	13,5
Ens. Fund. (completo e incompleto)	432	68,0
Ens. Médio (completo e incompleto)	113	17,7
Ensino Superior (completo e incompleto)	5	0,8
<b>Renda individual*(n=1018)</b>		
≤ 2 salários	990	92,3
>2 salários	28	2,6
<b>Renda familiar* (n=777)</b>		
≤ 2 SM	477	61,4
>2 SM	300	38,6
<b>Recebe Bolsa Família (n=1040)</b>		
Sim	333	31,0
Não	707	65,9

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: \* SM (Salário Mínimo) = R\$: 880,00 em 2016.

Conforme a tabela 2, verificou-se que 78,1% dos jovens eram solteiros e 79,1% não tinham filhos. Dos 20,9% que tinham filhos, 81,95% possuía apenas um filho. Com relação à moradia e domicílio foi observado que, em média, os jovens residiam com mais três pessoas, 71,6% não moravam com o pai, 55,2% moravam com a mãe, 2,1% moravam sozinhos e 18,7% moravam com outras pessoas (amiga(o)(s), filho(a)(s), padrasto, sobrinho(a)(s)).

Em relação às condições de moradia, 91,9% moravam em casas de alvenaria, apesar de um percentual significativo morar em situações precárias; 83,5% dos jovens moravam em casas com energia elétrica, mas, mesmo no século XXI, 16,5% dos jovens relataram viver em casas sem energia elétrica. Em 78,2%, a casa possuía água encanada, 3,3% a água era de poço, em 0,8% a água era de cisternas e 17,7% não responderam a este questionamento. Além disso, 62,7% residiam em casa própria e 33,9% em casa alugada.

**Tabela 2** – Análise univariada da situação familiar e condições de moradia de adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Situação Conjugal (n=1068)</b>		
Solteiro	834	78,1
Casado	102	9,6
União Estável	120	11,2
Separado/ Viúvo	12	1,1
<b>Tem filho (n=1066)</b>		
Sim	223	20,9
Não	843	79,1
<b>Mora com o pai (n=1073)</b>		
Sim	305	28,4
Não	768	71,6
<b>Mora com a mãe (n=1073)</b>		
Sim	592	55,2
Não	481	44,8
<b>Mora sozinho (n=1073)</b>		
Sim	23	35,4
Não	1050	64,6

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Mora com outras pessoas (n=1073)</b>		
Sim	201	18,7
Não	872	81,3
<b>Moradia (n=1049)</b>		
Alvenaria	964	91,9
Madeira	52	5,0
Material reciclado	7	0,7
Papelão	8	0,8
Taipa	18	1,7
<b>Energia Elétrica (n=1073)</b>		
Sim	896	83,5
Não	177	16,5
<b>Sistema de Água (n=1073)</b>		
Água encanada	839	78,2
Água de poço	35	3,3
Água de cisterna	9	0,8
Não respondeu	190	17,7
<b>Tipo de moradia (n=1037)</b>		
Casa própria	650	62,7
Casa alugada	352	33,9
Casa emprestada	35	3,4

Fonte: Dados da pesquisa.

O perfil apresentado nesse grupo parece ser semelhante quando comparados ao público de outros estudos. Na pesquisa realizada por Ribeiro (2004) com jovens escolares de São Paulo, o levantamento mostrou que 55% dos jovens com idade entre 18 e 25 anos são do sexo feminino, 78% são solteiros, 62% são católicos e 54% estão trabalhando, corroborando com os resultados desta pesquisa.

Segundo o Censo Populacional de 2010 (BRASIL, 2012), 47,73% da população brasileira é da cor branca e 43,13% é da cor parda; os jovens da presente pesquisa também expressaram a diversidade racial como a população brasileira, porém a maioria (65,6%) considera-se parda, semelhante à pesquisa de Barros Júnior (2014), onde 49,54% dos alunos também se consideram pardos.

O resultado do perfil sociodemográfico dos estudantes da Educação de Jovens e adultos (EJA) da região metropolitana de Recife é próximo dos resultados do atual estudo, cujos 64,76% dos jovens escolares também trabalham, a maioria (43,8%) recebe entre um e dois salários mínimos e 56,19% residem em casa própria com energia elétrica e água encanada (BARROS JÚNIOR, 2014).

A caracterização do perfil sociodemográfico dos jovens escolares favorece a melhor percepção da realidade na qual os estudantes estão inseridos e com a qual se confrontam (BARROS JÚNIOR, 2014). Desse modo, pode-se refletir que a maioria desses jovens é oriundo de famílias de baixa renda com nível de instrução baixo, que precisam trabalhar para complementar a renda familiar e são estimulados a concluir os estudos visando conquistar melhores empregos e salários (RIBEIRO, 2004).

Ações de intervenção junto à família e escolas devem ser desenvolvidas visando minimizar a predisposição dos jovens aos riscos de evasão escolar,

comumente decorrente do contato com álcool e drogas, gestação na idade escoar e doenças.

A caracterização do perfil sociodemográfico no contexto escolar revela a realidade econômica e social desses jovens. A socialização e divulgação dos resultados das pesquisas são indispensáveis para a aprendizagem significativa de todos os envolvidos. Analisar o perfil sociodemográfico de uma determina da população ajuda o pesquisador a percebê-la como um todo e, assim, poder planejar ações específicas voltadas para cada grupo. As informações obtidas desse perfil são relevantes para o diagnóstico situacional inicial de qualquer problemática oriunda de pesquisas qualitativas ou quantitativas, além de embasar teorias e hipóteses de estudos (BARROS JÚNIOR, 2014).

## REFERÊNCIAS

BARROS JÚNIOR, N. F. A construção do perfil demográfico no contexto escolar. Congresso Brasileiro de Geógrafos, 7. **Anais...** Vitória/ES, 2014. Disponível em: <[www.cbg2014.agb.org.br](http://www.cbg2014.agb.org.br)>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2012, 40p. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) >

BOURDIEU, P. O capital social: notas provisórias. In: NOGUEIRA, M. A. e CATANI, A. (orgs.) **Escritos de Educação**. 4ª ed., Petrópolis, RJ : Vozes, 2002.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.

MACHADO, F.P.; BONAMINO, A. **Aluno do PEJ**: quem é você, por onde você andou? 2004. 132f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

RIBEIRO, V. M. **Traçando o perfil de alunos e professores da EJA**. São Paulo: Secretaria Municipal de Educação de São Paulo. Diretoria de Orientação Técnica. Divisão de Educação de Jovens e Adultos. Julho, 2004, 36p. (Coleção Uma nova EJA para São Paulo, 3) Disponível em: <<http://www.dbae.org.br>>

# EVASÃO ESCOLAR E CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE EM ADULTOS JOVENS DE ESCOLAS PÚBLICAS

Camila Brasileiro de Araújo Silva  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Larissa Alves Alexandre Moliterno  
Anaíze Viana Bezerra de Menezes  
Mairi Alencar de Lacerda Ferraz  
Ana Vlória Brasileiro de Araújo Silva  
Leandro Araújo Carvalho

A evasão escolar é um processo complexo, dinâmico e cumulativo, causado pela interrupção intencional no ciclo de estudo. Diversos são os motivos que levam os escolares a evadir-se da escola, podendo estar relacionados a fatores sociais, institucionais e individuais (DORE, LÜSCHER, 2011; FORNARI, 2010).

Ratificando tal contexto, relatório da Organização Educacional Científica e Cultural das Nações Unidas informou altas taxas de repetência e evasão escolar em vários países, incluindo Brasil, segundo maior em índice de repetência escolar da escola primária na América Latina (MATHIAS, 2016) e terceira maior taxa de abandono escolar no mundo

dentre os 100 países com maior Índice de Desenvolvimento Humano (DINIZ, 2015), o que mostra que o Brasil passa por uma crise no sistema educacional.

O movimento “Todos pela Educação” realizou levantamento com base na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) para confirmar os altos índices de abandono escolar, indicando que, mesmo após dois anos da idade adequada para o término do ensino médio (19 anos), 45,7% dos jovens brasileiros não concluem os estudos (BRASIL, 2013).

Com esta alta frequência de abandono escolar, é relevante conhecer os motivos que levam a este fenômeno, pois 1,6 milhões de alunos brasileiros que frequentavam a escola em 2014 não se matricularam em 2015, por diversos motivos, incluindo problemas de saúde (BRASIL, 2015). Trata-se de um dado preocupante, pois, mesmo diante da existência da Política Intersetorial do Ministério da Saúde e Educação e do Programa Saúde na Escola (PSE), voltado à promoção, prevenção e assistência à saúde do escolar, os índices de evasão escolar aumentam a cada ano (BRASIL, 2011).

Uma das justificativas está no fato de os adultos jovens enfrentarem desafios que os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para atender e, sem instrução e apoio adequados, há falta de conhecimento e confiança para tomar decisões fundamentadas em relação à sua saúde (UNICEF, 2011). Há também a necessidade de atuação interdisciplinar entre profissionais da saúde, professores,

escolares e gestão para identificar os fatores que influenciam no abandono escolar e, com isso, pensar em estratégias para reduzir os altos índices de evasão escolar. Sendo assim, esse capítulo tem por objetivo identificar a evasão escolar e as características de saúde a ela associadas em adultos jovens de escolas públicas.

Ao estudar um total de 1067 adultos jovens, observou-se que 781 (73,2%) pararam de estudar em algum momento durante sua trajetória escolar e 286 (26,8%) não o fizeram. Sobre sua saúde, 470 (45,1%) já tentaram perder peso, 932 (94,5%) não fumavam, 347 (34%) faziam uso de álcool, 76 (7,3%) faziam uso de substâncias ilícitas (cocaína e maconha), 263 (24,8%) possuíam algum problema de saúde; 332 (31,2%) achavam estar acima do peso ideal, 494 (46,4%) não estavam satisfeitos com o corpo, 408 (38,6%) possuíam autopercepção de saúde negativa e 381 (35,5%) possuíam sobrepeso; 212 (20,5%) possuíam comportamento sedentário na semana e 298 (28,9%) possuíam comportamento sedentário no fim de semana (Tabela 1). A tabela mostra a análise bivariada, onde se verificou associação significativa entre a evasão escolar e as variáveis uso de substâncias ilícitas ( $p=0,013$ ) e comportamento sedentário na semana ( $p=0,013$ ).

**Tabela 1** – Análise de associação entre evasão escolar e características de saúde de adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

Variáveis	Evasão escolar		Total	p-valor*
	Sim f (%)	Não f (%)	f (%)	
<b>Uso de cigarro</b>				0,420
Sim	42 (77,8)	12 (22,2)	54 (5,5)	
Não	676 (72,8)	253 (27,2)	932 (94,5)	
<b>Uso de bebida alcoólica</b>				0,366
Sim	262 (75,5)	85 (24,5)	347 (34,0)	
Não	489 (72,9)	182 (27,1)	673 (66,0)	
<b>Uso de substâncias ilícitas</b>				<b>0,013</b>
Sim	65 (85,5)	11 (14,5)	76 (7,3)	
Não	692 (72,5)	263 (27,5)	959 (92,7)	
<b>Problema de Saúde</b>				0,349
Sim	196 (75,4)	64 (24,6)	263 (24,8)	
Não	575 (72,4)	219 (27,6)	796 (75,2)	
<b>Acha que está acima do peso</b>				0,360
Sim	248 (75,2)	82 (24,8)	332 (31,2)	
Não	529 (72,5)	201 (27,5)	733 (68,8)	
<b>Já tentou perder peso</b>				0,372
Sim	349 (74,6)	119 (25,4)	470 (45,1)	
Não	411 (72,1)	159 (27,9)	572 (54,9)	
<b>Satisfeito com o corpo</b>				0,187
Sim	406 (71,6)	161 (28,4)	570 (53,6)	
Não	370(75,2)	122 (24,8)	494 (46,4)	
<b>Autopercepção de saúde</b>				0,131
Positiva	464 (71,5)	185 (28,5)	650 (61,4)	
Negativa	306 (75,7)	98 (24,3)	408 (38,6)	
<b>Sobrepeso</b>				0,205
Sim	285 (75,4)	93 (24,6)	381 (35,5)	
Não	486 (71, 8)	191 (28,2)	679 (64,1)	
<b>Comportamento sedentário na semana</b>				<b>0,013</b>
Sim	141 (66,8)	70 (33,2)	212 (20,5)	
Não	614 (75,2)	202 (24,8)	820 (79,5)	
<b>Comportamento sedentário no fim de semana</b>				0,905
Sim	218 (73,4)	79 (26,6)	298 (28,9)	
Não	537 (73,8)	191 (26,2)	732 (71,1)	

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: \*Teste qui-quadrado de Pearson.

No presente capítulo foram identificadas variáveis com o intuito de elencar o perfil dos adultos jovens escolares, bem como verificar as características de saúde relacionadas à evasão escolar e discutir este fenômeno como multifatorial, ou seja, relacionado a um conjunto de fatores que se relacionam e estão diretamente influenciados pelos fatores individuais (estudante), à relação deste com a família, escola e à comunidade em que vive (DORE; LÜSCHER, 2011).

Foi identificada alta frequência de adultos jovens que pararam de estudar em algum momento da vida (781, 73,2%). Este dado levou à reflexão sobre a crise do sistema educacional que o Brasil está passando nos últimos anos, onde se percebe que a taxa de evasão escolar está aumentando a cada ano, principalmente em adultos jovens. Os motivos para tal situação são diversos, tais como desinteresse escolar, necessidade de trabalhar, ter outras prioridades, desencorajamento familiar e proveniente da própria escola, assim como uso de drogas ilícitas, uso de álcool e tabaco, além de problemas de saúde, assim como a autopercepção negativa do próprio corpo (FALL; ROBERTS, 2012; RIBEIRO JUNIOR et al., 2016).

Uma importante parcela da população deste estudo está matriculada no Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA) e estudam no período noturno. Com isso, a grande maioria trabalha de dia e estuda à noite. Esta é uma realidade dos estudantes

de escola pública brasileira, onde os jovens precisam trabalhar para complementar a renda familiar. A alta carga de atividade de trabalho e estudo pode ser decisiva para o abandono escolar. Esta carga aumenta substancialmente quando moram sozinhos ou possuem filhos, pois, além de trabalho e estudo, realizam atividades domésticas.

Em um contexto semelhante, a alta frequência de evasão escolar também foi encontrada no estudo de Fernandes (2013), que identificou que 54,1% dos adultos jovens foram “*dropout*”<sup>1</sup> em algum momento da sua vida acadêmica. A pesquisa avaliou, ainda, a quantidade de vezes que o aluno evadiu da trajetória escolar, mostrando que a evasão escolar pode ser momentânea e frequente na vida dos discentes.

Sobre as características de saúde, foi identificado que quase metade dos adultos jovens já tentou perder peso e não estava satisfeito com o corpo. A imagem corporal que a população mais jovem possui de seu corpo é preocupante, pois acredita estar fora do “padrão de beleza”. No entanto, apresenta visão distorcida sobre sua imagem corporal e possui autopercepção negativa sobre seu peso, quando na verdade está com seu peso normal (FLORÊNCIO et al., 2016).

A insatisfação corporal pode levar os alunos a abandonarem os estudos por sentirem vergonha do corpo, desenvolvendo problemas psicológicos. O estudo de Oliveira, Santos e Rocha (2016) trata a

---

1 Abandono, evasão.

insatisfação corporal como fenômeno multifatorial, que deve ser enfrentado por diversos níveis, nomeadamente educação e saúde. A mídia tem grande influência sobre os desejos dos jovens, que visualizam no corpo magro um corpo perfeito e saudável. A influência da mídia e social pressiona os mais jovens a buscarem o “corpo perfeito” de maneiras não saudáveis e acabam desenvolvendo transtornos alimentares (CARVALHO; GOMES; FERREIRA, 2016).

Sobre a autopercepção de saúde, pouco mais da metade da população do estudo possui autopercepção de saúde positiva. É essencial entender como a pessoa percebe sua saúde, pois seu comportamento é condicionado pela percepção e importância dadas a essa (AGOSTINHO et al., 2010). A autopercepção negativa está diretamente correlacionada à depressão e conseqüentemente a vontade de se abster do convívio social e escolar. Florêncio (2014) encontrou que em 12,1% dos adultos jovens escolares de Fortaleza apresentam algum grau de tristeza e/ou depressão.

No tocante ao uso de cigarro e drogas ilícitas, 5,5% fazem uso de cigarro, 34% ingerem bebida alcoólica regularmente e 7,3% usam substâncias (cocaína e maconha). A precocidade no uso dessas substâncias é preocupante, por ser fator de risco para desenvolver problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar significativamente a chance de o indivíduo se tornar um consumidor excessivo ao longo da vida (MALTA et al., 2011).

O uso de substâncias ilícitas no presente estudo esteve significativamente associado à evasão escolar em adultos jovens escolares ( $p=0,013$ ). Tal resultado contribui relevantemente pela busca da sensibilização e conscientização de forma mais real e factível sobre o uso de drogas em estudantes de escola pública, visto que a problemática ainda é bem presente nesse estrato da população e o assunto continua sendo considerado um tabu para muitos.

A escola é ambiente favorável à realização de educação em saúde para a prevenção do uso de substâncias ilícitas entre jovens e possibilita que esta população torne-se consciente e reflexiva sobre suas escolhas e atitudes e, com isso, contribui na redução do abandono escolar.

Outros resultados mostraram que pouco mais de 25% dos adultos jovens possuem sobrepeso e apresentam comportamento sedentário na semana e fim de semana. Essas variáveis constituem fatores de risco à saúde da população, por favorecerem o desenvolvimento e o aumento da prevalência de doenças, como o diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares (PROPER et al., 2011), mesmo em idades mais jovens (FERREIRA et al., 2016; LUCENA et al., 2015). Com isso, a prevenção destes comportamentos de risco no âmbito escolar torna-se cada vez mais relevante, principalmente quando realizado por meio de ação interdisciplinar entre professores, alunos, gestão e profissionais da saúde.

O estudo mostrou, ainda, que a evasão escolar esteve associada ao comportamento sedentário durante a semana ( $p=0,013$ ). O tempo ocioso no período em que ficam fora da escola pode ter favorecido o aumento da realização de atividades sentada e/ou deitada, como assistir televisão e usar computador, não havendo mudança desse comportamento após o retorno escolar.

Contudo, ainda são escassas as informações decorrentes da associação entre evasão escolar, comportamento sedentário e uso de substâncias ilícitas. Identificando que a evasão escolar deve ser investigada com maior aprofundamento, principalmente porque outras variáveis não foram investigadas nesta pesquisa, como o tempo e o motivo da evasão. Assim, tem-se que a escola é espaço importante para promoção da saúde e exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando o exercício de direitos e deveres, bem como o controle das condições de saúde e qualidade de vida.

Acredita-se que o capítulo contribuiu para reflexão e discussão acerca da evasão escolar, elencando as possíveis características de saúde que a influenciam. É relevante identificar os principais fatores de risco para evasão escolar e, pela ação conjunta entre profissionais da saúde, gestores e professores, desenvolver ações planejadas mais relacionadas à realidade escolar.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Rev. Brasil. Med. Fam. Comun.**, n 5, v. 1, p - 9-15, jan./dez., 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa de Acolhimento, Permanência e Êxito – PAPE:** de Volta para Escola. Brasília: Ministério da Educação, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE:** Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHO, P. H. B.; GOMES, L. F.; FERREIRA, M. E. C. Comparação social, insatisfação corporal e comportamento alimentar em jovens adultos. **Interação em Psicologia**, v. 20, n. 2, 2016.

DINIZ, C. S. **Evasão escolar no ensino médio:** causas intraescolares na visão dos alunos. 2015. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Centro Universitário UMA, Belo Horizonte, 2015.

DORE, R.; LÜSCHER, A. Z. Permanência e evasão na educação técnica de nível médio em Minas Gerais. **Cad. de Pesquisa**, Minas Gerais, v. 41, n. 144, p. 772, 2011.

FALL, A. M.; ROBERTS, G. High schooldropouts: Interactionsbetween social context, selfperceptions, schoolengagement, andstudentdropout. **J Adolesc.** n. 35, v. 4, p-787–798. 2012.

FERNANDES, R. F. **Causas de evasão escolar da educação básica na percepção de alunos da educação de jovens e adultos.** 2013. 27f. Trabalho de Conclusão de

Curso (Licenciatura em Ciências Naturais) - Universidade de Brasília, Planaltina, 2013.

FERREIRA, R. W. et al. Prevalência de comportamento sedentário de escolares e fatores associados. **Rev. Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 56-63, 2016.

FLORÊNCIO, R. S. et al. Excesso ponderal em adultos jovens escolares: a vulnerabilidade da autopercepção corporal distorcida. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 258-265, 2016.

FLORÊNCIO, R. S. **Excesso ponderal em adultos jovens escolares: uma análise a partir das vulnerabilidades individuais.** 2014. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva - Programa De Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

FORNARI, L. T. Reflexões acerca da reprovação e evasão escolar e os determinantes do capital. **Rev. Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 17, n. 1, p. 112-124, jan./jun. 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** “Todos Pela Educação”. Rio de Janeiro, 2013.

LUCENA, J. M. S. et al. Prevalência de tempo excessivo de tela e fatores associados em adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 33, n. 4, p. 407-414, 2015.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa nacional de Saúde Escolar. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, n 1, p. 136-46, 2011.

MATHIAS, M. **Unesco divulga relatório sobre a educação no mundo.** Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/unesco-divulga-relatorio-sobre-a-educacao-no-mundo>. Acessado em: 13 de janeiro de 2017.

OLIVEIRA, A.; SANTOS, A.; ROCHA, L. Educação Física Escolar e Imagem Corporal em Adolescentes: Relatos de uma Insatisfação. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 626-35, 2016.

PROPER, K. I. et al. Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 40, n. 2, p. 174-182, 2011

RIBEIRO JUNIOR, W. A. et al. Prevenção ao uso de drogas no ambiente escolar através do processo de sensibilização e conscientização. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX.**, v. 1, n. 5, p. 31-42. 2016.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância**. Adolescência: uma fase de oportunidades. Todos juntos pelas crianças, 2011.

### ACESSO ÀS REDES DE APOIO, PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E CIDADANIA DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Vagner Rodrigues Silva Junior

Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins

Virna Ribeiro Feitosa Cestari

Raquel Sampaio Florêncio

Adryane Aparecida Câmara Cavalcante Lima

Thereza Maria Magalhães Moreira

O Brasil enfrenta na atualidade uma situação de tripla carga de doenças (doenças infecciosas e causas maternas e perinatais, doenças crônicas e causas externas), com predominância de condições crônicas. Essa sobreposição de problemas se configura como principal desafio para a organização de um sistema de saúde eficiente. Assim, mesmo com tantos avanços, ainda existe um cenário que se caracteriza por visível fragmentação de serviços e ações. A busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil, especialmente, pelo caráter multifatorial envolvido na dinâmica de funcionamento do complexo sistema da saúde (ARRUDA et al., 2015). Entretanto, situação de saúde de forte predomínio

das condições crônicas não pode ser respondida com eficiência, efetividade e qualidade por sistemas de saúde organizados de forma fragmentada (MENDES, 2011).

Portanto, a construção de redes de atenção à saúde se faz necessária. A noção de sistemas e serviços de saúde organizados em redes assistenciais tem sido bastante discutida. Redes são entendidas como estruturas nas quais um conjunto de pontos de intercessão está ligado por um conjunto de relacionamentos em processo dinâmico; implicam pessoas e organizações com autonomia e governança singular, interligadas por tecnologias de informação e comunicação (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015; MENDES, 2011).

As redes de assistência à saúde constituem-se de três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Elas estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos afins de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população quando se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção (MENDES, 2015).

É nesse contexto que surgem as redes de apoio social. Estas são recursos importantes no cuidado à saúde. A promoção e a proteção da saúde individual e grupal envolvem a construção de laços sociais e relações de solidariedade entre pessoas e

grupos. As redes de apoio estão associadas à organização do vínculo entre pessoas e são compostas pela rede de relações formais e informais (COSTA et al., 2015; ROSA; BENÍCIO, 2009).

As redes de apoio social são fundamentalmente relevantes aos jovens, considerando as especificidades de suas demandas de cuidado e atenção. A existência desse tipo de relação favorece o desenvolvimento social, a proteção pessoal e a inserção no mundo como cidadão. Estar ligado a estas redes para atuar em conjunto reduz as incertezas e os riscos no enfrentamento das questões pessoais, sociais e políticas (COSTA et al., 2015). Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira.

Nesse sentido, o cuidado à saúde de qualquer ser humano está diretamente relacionado à cidadania. O empoderamento da sociedade assegurada por meio de ações coletivas é uma condição essencial para a representação dos interesses da população, o que fortalece a busca de melhorias e execução dos seus direitos. A busca pela equidade, universalidade e integralidade da assistência estão sendo efetivadas com estratégias regionalizadas, promovendo qualidade à saúde da população (LAVRAS, 2011).

O fortalecimento de canais de comunicação com a comunidade é indispensável nesses espaços, tanto para a mobilização das pessoas, quanto para a articulação com as suas necessidades reais, estando

expresso como um processo necessário à concretização da participação democrática (VIEIRA, 2103).

O reconhecimento da participação como mecanismo social possibilita a construção das políticas de saúde e cidadania. Entre os resultados das políticas públicas está a criação de redes de atenção às pessoas com doenças crônicas, visando contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e suas complicações. Esse é um exemplo exitoso dessa iniciativa. Oferecer ao adulto jovem a possibilidade de inserção em redes de apoio que favoreçam sua participação política e cidadania ativa implicará de forma positiva em sua saúde, considerando a capacidade de empoderamento que este jovem desenvolverá, tornando-o apto a cuidar-se melhor.

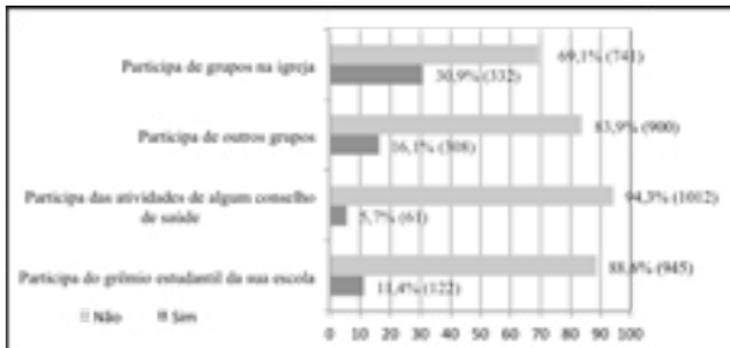
Desse modo, há necessidade de se discutir estes aspectos, sendo objetivo desse capítulo descrever o acesso às redes de apoio, participação política e cidadania de adultos jovens escolares de uma capital do Nordeste brasileiro.

Implicações pertinentes foram desenvolvidas com base nesse objeto de estudo, as quais mostraram que a participação em grupos e as relações sociais como um todo precisam ser encorajadas, em qualquer que seja o contexto, pois se percebeu que apenas um terço (30,9%) dos jovens participava de algum grupo de igreja. Além disso, quando questionados se integravam outro tipo grupo (teatro, dança, estudos e cooperativas), apenas uma pequena parce-

la (16,1%) do público estudado tinha alguma participação em um destes (Gráfico 1).

Em relação a participar de algum conselho de saúde (5,7%) e do grêmio estudantil (11,4%), novamente apenas uma pequena parcela da população estudada tinha participação (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Características de acesso às redes de apoio, participação política e cidadania dos adultos jovens escolares. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014. (n=1073)



Fonte: Dados da pesquisa.

A partir dos resultados, constatou-se que a maioria dos escolares não participava de nenhum grupo. Dentre os que participavam, 87 (8,1%) referiram fazer parte de grupos de estudos. O grupo de estudo tem como proposta estimular o processo de aprendizagem, a partir das trocas de experiências, deixando evidente que o trabalho em grupo e a troca de informações são de fundamental importância no desenvolvimento da capacidade de relações sociais (EDDY et al., 2015). A participação em grupos

promove apoio, que assume função importante na vida escolar. No grupo, por meio da interação social positiva, o indivíduo pode transpor suas limitações, transpor barreiras, bem como pode contribuir para o desenvolvimento pessoal.

Além do exposto, a produção acadêmica acerca da temática juvenil tem sido difundida em distintas áreas, como educação e ciências sociais, por exemplo, servindo como base para diversas discussões referentes à realidade dos jovens no país. Esses estudos têm proposto investigar a condição juvenil, os processos de participação política dos jovens e suas diferentes expressões e culturas (MESQUITA et al., 2016).

Diversos são os territórios onde são desenvolvidas atividades políticas e um desses espaços é a escola, por meio dos grêmios estudantis. Outro lugar que pode ganhar com a presença do jovem são os conselhos de saúde, devido seu vigor e desejo de transformação social. Entendendo que esse processo é relevante, o presente estudo investigou a participação de adultos jovens nesses espaços políticos.

Embora seja importante que esse grupo esteja vivenciando experiências desse tipo, verificou-se pouca participação dos jovens em espaços políticos institucionalizados. Confirmando tal achado, Mesquita et al. (2016) mostram que isso vem se intensificando e atribuem esse achado à falta de confiança na política que se tem desenvolvido nas últimas décadas. De forma complementar, Busana, Heide-

mann e Wendhausen (2015) apontam participantes com mais de 30 anos nos conselhos de saúde, o que mostra que adultos maduros têm tido mais interesse por ser conselheiro, seja por iniciativa própria ou por estímulo de colegas.

Diante do cenário encontrado em relação à participação política, parece haver um sentimento de desconfiança, mais relacionado a uma crítica ao sistema político do que à alienação ou despolitização. Eles parecem dizer que a política representativa deve se reinventar, caso queira garantir a participação de um número maior de pessoas, inclusive dos jovens. Nesse sentido, tanto os profissionais da educação, como os de saúde, precisam incentivar tal participação como forma de desenvolver a construção da transformação social tão necessária em tempos de crise política.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 442-9, 2015.

COSTA, R. F. et al. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 741-47, out. 2015.

- EDDY, S. L. et al. Caution, student experience may vary: social identities impact a student's experience in peer discussions. **CBE Life Sci Educ.**, v. 14, n. 4, 2015.
- FLORENTINO, R. Democracia liberal: uma novidade já desbotada entre jovens. **Opinião Pública**, v. 14, n. 1, p. 205-235, 2008.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saudesoc.**, SãoPaulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011.
- LIMA, D. P.; LEITE, M. T. de S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 65-75, Mar. 2015.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.
- MESQUITA, M. R. et al . JUVENTUDES E PARTICIPAÇÃO: COMPREENSÃO DE POLÍTICA, VALORES E PRÁTICAS SOCIAIS. **Psicol. Soc.**, v. 28, n. 2, p. 288-297, Aug. 2016.
- RICHARD, D.; KIANG, L. Religious identify, religious participation and psychological well-being in Asian America adolescents. **J YouthAdolesc.**, v. 45, n. 3, p. 532-46, 2016.
- ROSA, T. E. da C.; BENICIO, M. H. D. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, n. 47, abr. 2009.
- VIEIRA, D. R. et al. Participação, cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular. **Trab. educ. saúde**, v. 11, n. 3, p. 591-609, Dec. 2013.

# ACESSO À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS AOS MARCADORES DE VULNERABILIDADE SOCIAL DOS ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Joana Angélica Marques Pinheiro  
Raquel Sampaio Florêncio  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Maria José Melo Ramos Lima  
Dafne Lopes Salles  
Eline Mara Tavares Macedo  
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

O acesso e a utilização dos serviços de saúde dependem diretamente do indivíduo, que é quem procura inicialmente sua assistência. No entanto, compete ao Estado e seus gestores o oferecimento do serviço, e aos profissionais da saúde o cuidado posterior, definindo a demanda individual de cada usuário e os recursos destinados a resolver os problemas de saúde encontrados. A satisfação desse usuário com o serviço é o que vai influenciar os acessos subsequentes.

Conforme Reichert, Loch e Capilheira (2012), aspectos culturais, psicológicos, sociais, podem in-

fluenciar na percepção de saúde dos indivíduos. Além disso, consideram que nos países em desenvolvimento, com forte desigualdade social, diferenças econômicas, sociais e comportamentais, a autopercepção de saúde é afetada e isso prejudica a procura por assistência.

Em uma sociedade com informação restrita sobre saúde e com acesso desigual aos serviços de saúde, tem-se maior exposição dos indivíduos a riscos e a um modo de vida pouco saudável, formando grupos de vulnerabilidade, de acordo com as condições físicas, financeiras e sociais de cada um.

No caso de jovens e adultos em idade escolar, estes acabam sendo encarados como um grupo prioritário para promoção da saúde, em decorrência da exposição a situações consideradas de riscos para a saúde. Neste período, o indivíduo sofre intensas transformações cognitivas, emocionais, sociais, físicas e hormonais, e passa a buscar novas experiências, sensações, atitudes e comportamentos, nem sempre planejados e organizados de forma segura e sem riscos a sua saúde, como tabagismo, álcool, alimentação inadequada, atividade sexual precoce e desprotegida (OLIVEIRA et al., 2015).

Evidencia-se, assim, a relevância de se avaliar o comportamento deste grupo etário em relação à procura e acesso aos serviços de saúde, para que se possa, em seguida, embasar as ações de profissionais e gestores no planejamento, organização e execução de estratégias e programas voltados a facilitar a

oferta e esse acesso, produzindo como consequência a melhoria no perfil de saúde dessa população em especial. Portanto, foi objetivo desse capítulo analisar o acesso à saúde de adultos jovens escolares, a partir dos marcadores de vulnerabilidade social.

O jovem escolar com acesso à saúde foi assim definido como aquele que tivesse plano de saúde ou cadastro nos 'postos de saúde'. Assim, desvelar o conhecimento sobre esse grupo de jovens no que se refere a esse objetivo deve ser uma ação urgente, pois uma parcela importante não tem acesso aos serviços de saúde públicos, fato esse ratificado nos resultados decorrentes da análise dos dados do presente estudo, onde se observou que 19,9% dos jovens possuíam plano de saúde privado e que 62,2% deles tinham acesso ao 'posto de saúde' e utilizavam seus serviços.

Além dessas características, alguns aspectos dos adultos jovens foram apresentados na Tabela 1, mais especificamente os fatores relacionados ao acesso à saúde. Com relação ao deslocamento para o posto de saúde, a grande maioria ia a pé (64%) ou de ônibus (17,9%). Quando perguntados sobre a participação em atividades nos serviços de saúde, apenas 12,1% afirmaram participar das atividades oferecidas no posto de saúde e 5,6% frequentavam atividades oferecidas por outros serviços de saúde. Ao analisar a facilidade de acesso às consultas e exames, 64,1% afirmaram não conseguir acesso a esses serviços e 56,2% não encontraram horários disponíveis no posto.

**Tabela 1** - Análise bivariada do acesso à saúde associado aos marcadores sociais dos adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

<b>Variáveis</b>	<b>Acesso à saúde</b>		<b>p-valor*</b>
	<b>Sim</b> <i>f (%)</i>	<b>Não</b> <i>f (%)</i>	
<b>Sexo</b>			
Masculino	306(61,1)	195(38,9)	<0,001
Feminino	462(82,4)	899(17,6)	
<b>Tem Filhos</b>			
Sim	183(82,4)	391(17,6)	<0,001
Não	579(69,5)	254(30,5)	
<b>Cor/raça autorreferida</b>			
Branca	97(66,0)	50(34,0)	0,071
Não-branca	663(73,2)	243(26,8)	
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	593(70,8)	244(29,2)	0,043
Sem companheiro	171(77,7)	49(22,3)	
<b>Ocupação</b>			
Trabalha	477(69,7)	207(30,3)	0,008
Só estuda	281(77,4)	82(22,6)	
<b>Renda</b>			
Até 1 SM	187(81,7)	421(18,3)	<0,001
Mais de 1SM	374(68,8)	170(31,2)	

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: SM (Salário Mínimo) = R\$: 880,00 em 2016; \*Teste qui-quadrado de *Pearson*.

Conforme dados descritos na Tabela 2, foi possível observar que as variáveis ‘participar de atividades relacionadas à prevenção e promoção da saúde’, ‘deslocamento para o posto de saúde’, ‘facilidade de acesso a consultas e exames’ e ‘necessidade de procurar um serviço de saúde’ foram estatisticamente significantes e possuíam acentuada relação com o cadastro no posto de saúde.

Em relação à necessidade de procurar os serviços de saúde, quase metade procurava os serviços de saúde apenas em situações de emergência (44,1%) e 30,7% costumava procurá-los para marcar procedimentos ou consultas (Tabela 2).

**Tabela 2** - Análise uni e bivariada das variáveis relacionadas com o acesso à saúde. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

<b>Variáveis</b>	<b>Acesso à saúde</b>		<b>Total</b>	<b>p-valor</b>
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>	
<b>Existe algum posto de saúde próximo à sua casa?</b>				
Sim	722(74,9)	242(25,1)	973 (91,5)	<0,001
Não	43(47,8)	47(52,2)	90 (8,5)	
<b>Participa de atividades de prevenção/promoção da saúde</b>				
Sim	152(81,7)	34(18,3)	188 (17,7)	0,02
Não	610(70,4)	257(29,6)	875 (82,3)	
<b>Deslocamento até o serviço de saúde</b>				
A pé	114(22,6)	391(77,4)	687 (64,0)	<0,001
Outro	579(69,5)	254(30,5)	386 (36,0)	
<b>Tem facilidade de acesso a consultas e exames?</b>				
Sim	307(81,9)	68(18,1)	378(35,9)	<0,001
Não	445(66,7)	222(33,3)	674(64,1)	
<b>Em que momento você sente necessidade de procurar um serviço de saúde?</b>				
Emergência	294(63,2)	171(36,8)	473(44,1)	<0,001
Acompanhamento	474 (79,4)	123(20,6)	600(55,9)	
<b>Você possui plano de saúde?</b>				
Sim	145(68,1)	68(31,9)	213(19,9)	0,122
Não	623(73,4)	226(26,6)	858(80,1)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Os achados aqui evidenciados mostram ser o assunto relevante e que necessita ser aprofundado em outros estudos de modo que se estabeleça um planejamento adequado para melhorar a oferta de serviços e o acesso a eles pela população. Sabe-se que o acesso e a utilização dos serviços de saúde vêm sendo objeto de estudo ao longo do tempo, sendo a mensuração das desigualdades no acesso a saúde e a qualidade da atenção temas relevantes na Saúde Coletiva que visam a melhoria da assistência.

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo, que procura cuidados e normalmente é responsável pelo primeiro contato, e do profissional, que conduz este cuidado e que, na maioria das vezes, define o tipo e a intensidade de recursos para resolver os problemas de saúde dos usuários (OLIVEIRA et al., 2015).

A maioria dos modelos emprega acesso como sinônimo de utilização dos serviços de saúde ou o define como uma dimensão que contempla várias características da relação da população com os serviços, desde aspectos individuais (necessidades e características demográficas) até aspectos da organização dos serviços de saúde (AZEVEDO et al., 2014). No caso desse estudo, o acesso foi caracterizado pela utilização de planos de saúde ou pelo cadastro nas unidades de atenção primária à saúde ('postos de saúde').

A falta de acesso aos serviços de saúde foi maior entre os indivíduos com menor capacidade

econômica, assim como em outro estudo (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Pesquisa apontou que, quanto mais elevada a situação socioeconômica dos indivíduos ou das regiões, melhor o estado de saúde e maior o acesso aos serviços de saúde (POLIT, 2014). Esse fato serve de alerta para que essas diferenças sejam amenizadas com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da saúde para todos os cidadãos.

Lima et al. (2015) afirmam que a influência política é uma barreira que altera a prioridade do uso dos recursos financeiros destinados à saúde e que as decisões tomadas pelos profissionais de saúde, muitas vezes, favorecem determinados usuários, em detrimento de outros, assim como o conselho de saúde, que, muitas vezes, aprova medidas que geram benefícios pessoais.

Pesquisa realizada por Silva Júnior et al. (2010) mostrou que a principal forma de deslocamento utilizada pela população foi o deslocamento a pé, assim como o encontrado no nosso estudo. Ressalte-se que a acessibilidade geográfica pode ser citada como uma barreira para alguns, tornando difícil acessar os serviços de saúde.

Marques e Lima (2007) também apontam a burocratização das ações e procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), afirmando que muitas vezes se perde a noção das necessidades das pessoas, das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento, corroborando com esse trabalho, no qual os adultos

jovens relataram a dificuldade para conseguir consultas e exames.

O menor tempo (em dias) para atendimento nas UBS pode resultar, em boa medida, da insistência cotidiana para conseguir atendimento, inclusive enfrentando filas desde a madrugada (CUNHA; VIEIRA, 2010). As dificuldades para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames criam uma descrença no papel ordenador da Atenção Primária à Saúde (CAMPOS et al., 2014).

Pesquisa realizada em Pelotas mostrou que a cidade possui 51 unidades básicas de saúde, sendo 38 na zona urbana, o que poderia garantir oferta suficiente de atendimentos à população. Entretanto, a maior prevalência da falta de acesso nessas unidades sinaliza o foco de intervenções a serem realizadas (AZEVEDO et al., 2015).

Em relação à participação das atividades realizadas nas UBS, percebe-se uma participação pequena dos adultos jovens. Conforme Rojo, Bueno e Silva (2008) a educação ligada ao fenômeno da saúde deve incluir-se em todos os aspectos de uma vida saudável das pessoas. Sendo assim, a educação deve ser integrada à Promoção da Saúde, de modo que as pessoas possam refletir sobre a sua condição de saúde e buscar mudanças no estilo de vida por entenderem a necessidade e não por imposição (SANTOS et al., 2011).

Barbosa et al. (2013) destacam a importância da escuta e do diálogo entre o sujeito demandante e o profissional de saúde, pois esse diálogo possibilitaria que a intersubjetividade entrasse em ação, ajudando a combater as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas.

Percebe-se que o acesso aos Serviços de Saúde ainda é insuficiente, muitas vezes em decorrência da baixa cobertura e equipes reduzidas. Isso compromete a assistência, o que acarreta muitas áreas sem acesso aos serviços de saúde básica ou com grande dificuldade para utilizá-los. Os achados indicam que os serviços de saúde podem reduzir as iniquidades econômicas no acesso à saúde. São necessárias medidas que ampliem a assistência para minimizar a falta de acesso e o tempo na fila de espera, refletindo sua importância na determinação social da saúde.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, B. D. S. et al. Reflexão bioética sobre o acesso à saúde suplementar no Brasil. **Acta bioeth.**, Santiago, v. 21, n. 1, p. 117-125, jun. 2015.

BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

CAMPOS, R. T. O et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-64, 2014.

CUNHA, A. B. O; VIEIRA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, jun. 2015.

MARQUES, G. Q., LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

OLIVEIRA, M. M. et al. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1603-14, ago. 2015.

POLITI, R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Econ. Apl.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 117-37, mar. 2014.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-62, dec. 2012.

ROJO, M. D.; BUENOS. S. M. V.; SILVA E. C. Conceção dos estudantes de enfermagem sobre promoção da saúde relacionada ao uso de substâncias psicoativas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. esp., p. 627-33, ago. 2008.

SANTOS, D. S. et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 22, n. 6, nov./dez. 2014.

SILVA JÚNIOR, E. S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 49-60, nov. 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-98, 2004.

# ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE HOMENS ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Mércia Marques de Oliveira  
Antônio Ribeiro da Silva Júnior  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa  
Ítalo Lennon Sales de Almeida  
Virna Ribeiro Feitosa Cestari

Os cuidados voltados à saúde masculina são, por vezes, colocados em segundo plano. Com objetivo de oferecer diretrizes para tal segmento específico, o Ministério da Saúde do Brasil propôs em agosto de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com objetivo de favorecer ações de saúde coerentes com a singularidade masculina (BRASIL, 2009). O referido documento reitera a importância do autocuidado, que, não raro, é negligenciado pelos homens.

A preocupação com a saúde do homem é recente. Teve início no cenário internacional em 1980, impulsionada pelo advento do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e síndrome da imu-

odeficiência adquirida (AIDS), inicialmente entre homens gays e que fazem sexo com homens (BARBOZA et al., 2012).

Ao considerar que as taxas de morbimortalidade entre homens eram mais altas que nas mulheres, observa-se que a adesão e a presença desses homens no serviço básico de saúde era mínima (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010). A deficiência no autocuidado é um dos fatores que influenciaram a busca de estudos e políticas que favoreçam a saúde do homem.

Apesar dos avanços nessa área, ainda existe o pensamento de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços para mulheres, crianças e idosos, tendo em vista que a presença masculina ali é pouco percebida. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada à Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) - com as estratégias de humanização e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2009).

Na perspectiva de adoecimento masculino, podemos destacar o câncer de próstata (CaP), mais explorado pelo aumento do acesso a informações do sistema de saúde. Doença preocupante, principalmente em relação a sua prevenção e diagnóstico precoce, pois, na maioria das vezes, em sua fase inicial não há sinais e sintomas, podendo passar despercebida pelo homem, principalmente pela resistência a realização do exame de toque retal, que ainda desperta tabu (INCA, 2016).

O câncer que mais acomete homens no Brasil, atrás somente do de pele não-melanoma é o câncer de próstata. É considerado um câncer da terceira idade, pois três quartos dos casos no mundo ocorreram a partir dos 65 anos. A evolução dos métodos de diagnósticos (exames), melhor qualidade dos sistemas de informações do país e o aumento da expectativa de vida podem ser algumas das justificativas para o aumento observado nas taxas de incidência no Brasil (INCA,2016).

De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007), muitos são os fatores para que a população masculina não procure os serviços de saúde, sendo o principal deles achar que o cuidado não é masculino e o medo de descobrir doenças.

Relacionado às atitudes negativas, tem-se a procura pelo serviço médico apenas em caso de doença ou sintoma, além da falta de atividade física. Tabagismo e etilismo precoces também são atitudes negativas que se pode mencionar (ALVES, 2011).

A construção da saúde do homem foi baseada, principalmente, na divisão de gênero. Considerando que a maioria dos profissionais dos serviços de saúde é do sexo feminino, acredita-se que os homens podem criar barreiras e comparecer ao serviço apenas quando já possuem alguma doença. Seu risco de adoecer é principalmente ligado ao estilo de vida. Assim, as principais causas de mortalidade nos homens estão relacionadas ao consumo de álcool, fumo, estresse e trabalho, assim como fatores genéticos (BRASIL, 2009).

A imagem do homem protetor e provedor do lar revela um conceito socialmente construído de que é forte fisicamente e psicologicamente, rejeitando o cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e proteção à saúde (SILVA et al., 2012).

A busca ocasionada apenas na presença de doença inviabiliza as ações de promoção da saúde, levando o homem apenas ao nível ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Muitos agravos poderiam ser evitados, caso eles realizassem com regularidade medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta a sobrecarga financeira da sociedade, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e por melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009).

A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção junto a esse grupo (BRASIL, 2009). Portanto, a necessidade de estudos que busquem estilo de vida saudável para homens é relevante para diminuir suas taxas de morbimortalidade e promover maior acesso aos serviços de saúde e melhor qualidade de vida. No entanto, faz-se pertinente conhecer o acesso dos homens aos serviços de saúde e a autopercepção de

saúde deles, sobretudo no cenário escolar, ambiente comumente promotor de saúde.

Esses dados encontram-se nas tabelas a seguir e revelam características que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde no planejamento de suas ações e no modo como alcançarão essa população. Mais da metade dos adultos jovens escolares que participaram do estudo descreveram sua saúde como boa (50,9%), justificando em parte a baixa procura pelos serviços de saúde.

**Tabela 1** - Autopercepção de saúde de homens adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=508).

<b>Auto Percepção de Saúde*</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Excelente	93	18,4
Boa	257	50,9
Regular	139	27,5
Ruim	16	3,2
<b>Total</b>	<b>508</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: \*Missing: 3 (três).

Além da autopercepção de saúde, outras variáveis referentes à saúde do homem e seu acesso a serviços foram analisadas. Conforme a Tabela 2, o percentual de homens que afirmaram possuir algum problema de saúde foi de 13,8%; o uso contínuo de medicação foi apontado por 36,6%; um percentual de 20,7% afirmou possuir plano de saúde; quase a totalidade relatou existir posto de saúde próximo de casa, sendo que 56,7% afirmaram utilizar seus serviços, mas 88,4% negou a participação em atividades realizadas em serviços de saúde.

**Tabela 2** - Acesso a serviços de saúde de homens adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Possui algum problema de saúde (n=500)</b>		
Sim	70	14,0
Não	430	86,0
<b>Uso contínuo de medicação (n=501)</b>		
Sim	186	37,1
Não	315	62,9
<b>Possui Plano de Saúde (n=507)</b>		
Sim	105	20,7
Não	402	79,3
<b>Posto de Saúde Próximo de Casa (n=505)</b>		
Sim e utilizo seus serviços	288	57,0
Sim, mas não utilizo seus serviços	166	32,9
Não	51	10,1
<b>Participa de atividades em serviço de saúde (n=502)</b>		
Sim, no posto	30	6,0
Sim, outro serviço de saúde	23	4,6
Não	449	89,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando questionados sobre quais medicações utilizavam de forma contínua, diversas classes de medicamentos foram apontadas pelos estudantes. As classes medicamentosas estão descritas na Tabela 3. Os anti-inflamatórios foram os fármacos mais descritos pelos participantes (16,1%). Os antibióticos foram apontados por 3,0%. Medicações ansiolíticas, antipsicóticas e antidepressivas foram usadas por 1,2%, 0,6% e 0,4% respectivamente. Apenas uma pessoa (0,2%) fez uso contínuo de corti-

coide. Um por cento indicou o uso de antialérgico/ anti-histamínico e os anticonvulsivantes foram indicados por 1,4%.

**Tabela 3** - Medicamentos utilizados pelos participantes deste estudo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=508).

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Anti-inflamatório</b>		
Sim	82	16,1
Não	426	83,9
<b>Corticóide</b>		
Sim	1	0,2
Não	507	99,8
<b>Ansiolítico</b>		
Sim	6	1,2
Não	502	98,8
<b>Antipsicótico</b>		
Sim	3	0,6
Não	505	99,4
<b>Antidepressivo</b>		
Sim	2	0,4
Não	506	99,6
<b>Antibiótico</b>		
Sim	15	3,0
Não	493	97,0
<b>Antialérgico/ Anti-histamínico</b>		
Sim	5	1,0
Não	503	99,0
<b>Anticonvulsivante</b>		
Sim	7	1,4
Não	501	98,6

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 4 indicou os exames realizados pelos adultos jovens para vigilância e acompanhamento do seu estado de saúde, onde 24,8% afirmaram ter realizado exame geral da saúde. Em relação a outros exames, a pressão arterial foi verificada por 39,4% dos jovens; o colesterol e a glicemia por 18,7% e 21,3% dos jovens, respectivamente e a medição do peso junto do cálculo do IMC foi realizada por 32,7% dos participantes.

**Tabela 4** - Exames para vigilância e acompanhamento do estado de saúde de homens adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Exame geral da saúde (n=480)</b>		
Sim	126	26,2
Não	354	73,8
<b>Verificou a Pressão Arterial (n=487)</b>		
Sim	200	41,1
Não	287	58,9
<b>Mediu o colesterol (n=481)</b>		
Sim	95	19,8
Não	386	80,2
<b>Mediu a glicemia (n=481)</b>		
Sim	108	22,5
Não	373	77,5
<b>Mediu o peso e calculou o IMC (n=476)</b>		
Sim	166	34,9
Não	310	65,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre as informações recebidas por profissionais da saúde, a Tabela 5 aponta que 1,4% dos participantes já foi informada que sua pressão arterial está elevada. Os níveis de colesterol sanguíneos elevados foram informados para 2,6%. Três por cento já escutou de algum profissional que seus níveis de açúcar sanguíneos estão elevados e o excesso de peso já foi informado para 8,3% dos jovens.

**Tabela 5** - Informações de saúde recebidas de profissionais da saúde. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

<b>Algum profissional informou que</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sua PA está elevada (n=505)</b>		
Sim	7	1,4
Não	498	98,6
<b>Seus níveis de colesterol estão elevados (n=506)</b>		
Sim	13	2,6
Não	493	97,4
<b>Seus níveis de glicemia estão elevados (n=504)</b>		
Sim	15	3,0
Não	489	97,0
<b>Você está com excesso de peso (n=494)</b>		
Sim	42	8,5
Não	452	91,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Diante dos resultados obtidos, percebe-se que apenas 3,2% dos homens têm a autopercepção de que sua saúde está ruim, sendo que os demais afirmam ter saúde excelente, boa ou regular. Isso demonstra um modelo de hegemonia masculina que reflete na sua percepção, fato esse que implica em

84,6% dos homens admitir em não ter nenhum problema de saúde e apenas 13,8% afirmam ter algum sinal clínico de alterações na saúde.

Entretanto, isso contrasta com um número significativo de 88,4% adultos jovens que não participam de atividades nos serviços de saúde, seja por não ter um posto próximo de casa (10%), o que dificulta sua utilização, ou por ser algo desnecessário na percepção desse usuário (32,7%). De acordo com Oliveira et. al. (2015), a não procura por uma unidade básica de saúde (UBS), pode ser reflexo do papel social construído para o homem em que a masculinidade está atrelada a valores como fortaleza e agressividade. Há ainda aqueles que têm acesso a planos de saúde privados (20,7%), o que torna a rede pública um serviço que não se pretende utilizar, já que existe outra alternativa de acesso à assistência de saúde.

Há hipótese da automedicação por parte desses, pois apenas 13,6% afirmam ter problemas de saúde, porém 36,6% fazem uso contínuo de medicações, sendo os anti-inflamatórios os mais utilizados. Segundo Machin et. al. (2011), a força e a virilidade identificadas como atributo do masculino são elementos reveladores de uma fraqueza e fragilidade do homem em face do cuidado com o corpo, com a saúde. Com isso, o que seria vantajoso, rápido e prático se torna algo arriscado, que pode gerar prejuízos e agravos à saúde. Muitas vezes, as dores ou desconforto que esse homem venha a sentir são

mascarados e resolvidos com automedicação com evasão do serviço de saúde.

Isso reflete o pensamento de invulnerabilidade masculina, com autoconfiança de que nada irá atingi-los ou que não é necessário buscar o auxílio de um profissional de saúde. Para o autor referido, os homens são mais breves e objetivos, eles querem o remédio e não querem conversa. Os profissionais de saúde podem tomar a frente dessa situação, com medidas que levem informações sobre promoção e prevenção da saúde, e a melhoria da qualidade de vida desses homens após a utilização dos serviços básicos de saúde.

Podemos perceber que alguns medicamentos utilizados pelos participantes ( ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes) podem estar relacionados a tratamento ou controle de ansiedade, depressão ou crises convulsionais que afetam o estado psicológico ou emocional, refletindo sobre sua interação social.

Vale ressaltar que apenas 1/4 desses homens realizaram exame geral de saúde em algum momento de sua vida ao adentrar a UBS, podendo acarretar em insuficiência de conhecimento da sua saúde. Contudo, a verificação da pressão arterial foi realizada por 56,5%, o teste de glicemia por 73,9% e o cálculo do índice de massa corpórea foi realizado por 61%. Essas avaliações mais simples podem diagnosticar de forma precoce ou prevenir o surgimento de doenças crônicas.

Doenças hipertensivas e diabetes mellitus estão entre as causas mais relevantes na mortalidade masculina, e alguns achados que se apresentam como alertas, pois estão associados a tais doenças: excesso de peso, obesidade e pressão arterial alterada (OLIVEIRA et. al. 2015).

Quando falamos sobre hipertensão, diabetes, obesidade e colesterol alto, logo se chama a atenção de grande parcela da sociedade que sofre de algum desses males ou conhece alguém que conviva com uma dessas situações de adoecimento. Sabemos que a procura por consultas e medicamentos dessas doenças é grande, porém, podemos observar de acordo com a tabela 5 que 95% dos homens não foram informados ou desconhecem as alterações nos níveis de pressão arterial, colesterol, glicemia e peso.

Portanto, é relevante que todos os meios de informação sejam utilizados, com a perspectiva que os homens comecem a aderir cada vez mais aos serviços de saúde, assim como os profissionais e as esferas de saúde se mobilizem para que haja melhor adesão de programas e estratégias que resgatam esses homens para o serviço.

O cenário atual apresenta políticas públicas voltadas à população masculina, porém esse processo busca maturidade e compromisso de todas as partes envolvidas, ou seja, órgãos governamentais, conselhos de saúde, médicos, por meio de associações, pesquisadores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil (SILVA et al., 2012).

Diante do exposto, percebemos que as Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada dessa população aos serviços de saúde. Assim, torna-se importante a inclusão dos homens no serviço para melhoria da saúde, mas também nas questões culturais e sociais da população como um todo. Com a ampliação da atenção a saúde do homem, novos conceitos foram surgindo. Porém, o homem se manteve a margem desses serviços. Vale ressaltar que as ações de promoção e prevenção da saúde são a base para a qualidade de vida de qualquer população e a busca por esses serviços e medidas é a base para a diminuição de quadros de doenças graves ou internações em serviços de atenção secundária ou terciária.

Portanto, a adesão dos homens nos serviços de saúde é a porta de entrada para o sucesso das políticas públicas de saúde e para a redução das taxas de morbimortalidade masculina, que se elevam cada vez mais. Embora seja um grande desafio, pois o homem não agrega a sua rotina o autocuidado e o olhar do corpo em relação à saúde, porém, esse pensamento retrógrado ocasiona riscos à saúde do corpo e da mente. Por isso, a importância de uma educação em saúde que seja constante, que mostre ao homem que ser cuidado vai além de sua situação de protetor do lar, lhe dá condições para que ele continue com maior disposição para cuidar do lar.

## REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M.C.; NEVES, J. B. Desafio para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Enf. Integrada**, v. 3, n. 2, p. 554-563, nov-dez, 2010.

ALVES, R. F. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**.Paraíba,v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.

BARBOZA, C. et al. Saúde do homem no SUS. **Boletim do instituto de saúde**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 5-127, ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: Um desafio para os serviços de atenção primária.**Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p. 565-574, mar. 2007.

INSTITUTO DE NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tipos de câncer**.Rio de Janeiro, 2016. Acesso em: 15 de janeiro de2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao>

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: Estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

OLIVEIRA, M. M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015.

RODRIGUES, J. F.; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação a sua saúde. **CadSaúdeDe-senvolv**, v. 1, n. 1, p. 74-86, 2013.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-568, 2012.

**PARTE II**

---

**ESTILO DE VIDA DE ADULTOS  
JOVENS ESCOLARES**

---

### ESTILO DE VIDA DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Paulo Ricardo da Silva Justino  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Vagner Rodrigues Silva Junior  
Raquel Sampaio Florêncio

As doenças cardiovasculares integram o grupo das doenças crônicas não transmissíveis causadas por fatores de risco resultantes de mudanças de hábitos. O estilo de vida da atualidade configura-se como um somatório dos maus hábitos alimentares (horários irregulares, por exemplo), das atividades laborais com pouco esforço físico e que ocupam todo o dia, da oferta abundante de alimentos industrializados e de baixo custo que substituem a alimentação saudável, além de outras transformações socioeconômicas que, juntos, contribuem para o aumento progressivo de sobrepeso/obesidade e adoecimento cardiovascular (CORONELLI; OURA, 2003).

A mídia é um dos meios que, de forma omissa e convidativa, influencia no consumismo. De acordo com Ludwig e Gortmake (2004), a juventude mundial aderiu à televisão como passatempo dominante

em momentos diferentes do dia. Dessa forma, Hardy et al. (2010) corroboram afirmando que o tempo de tela é importante para o entendimento do sedentarismo e a saúde dos adolescentes. Com a explosão da popularidade do acesso à internet e como os adolescentes muitas vezes se envolvem em diversas atividades simultaneamente, medidas mais abrangentes, além da simples medição do tempo assistindo à programação televisiva tornaram-se necessárias para avaliar o comportamento sedentário diário deste grupo (MUST et al., 2007).

Neste âmbito, o enfermeiro possui papel relevante, com vistas à educação em saúde. Conforme o Ministério da Saúde, a educação em saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007).

A sociedade contemporânea vive em compasso acelerado, no qual o consumismo predomina e se destacam hábitos como tabagismo, etilismo, consumo de alimentos industrializados, dentre outros, expondo os adultos jovens a riscos cardiovasculares. Nesse contexto, questiona-se: Qual é o estilo de vida de adultos jovens escolares?

O conhecimento relacionado a comportamentos e indicadores de saúde em adultos jovens e suas variações selecionadas para este estudo é fundamental para orientar o desenvolvimento de práticas

que promovam a saúde e subsidiem o atendimento de enfermagem às demandas de saúde específicas dessa população.

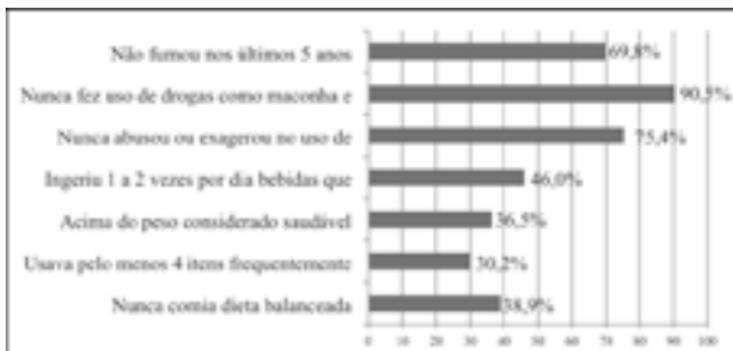
Nesse contexto, essa pesquisa teve como objetivo descrever o estilo de vida de adultos jovens escolares de Fortaleza-Ceará-Brasil. O alcance desse objeto de estudo foi de fato concretizado com a utilização de um instrumento de coleta de dados que caracteriza o estilo de vida de adultos jovens, conhecido como 'Estilo de vida fantástico', o qual avalia várias dimensões de comportamentos de saúde.

Antes de apresentar os resultados referentes ao estilo de vida, faz-se necessário conhecer alguns aspectos sociodemográficos desse público, importante para visualizar possíveis relações com o estilo de vida. Desse modo, verificou-se que os 191 jovens estudados tinham média de idade de 20,9 anos ( $\pm 1,2$ ), pouco mais da metade era do sexo feminino (53,2%) e católicos (54,0%). Grande parte era da raça parda (64,3%), predomínio de solteiros (79,4%) e a maioria não tinha filho (82,5%) e morava em casa de alvenaria (86,5%).

Os resultados da aplicação do instrumento mostraram que pouco mais de um terço (33,3%) tinha alguém para conversar com as coisas importantes para eles, e um quarto deles afirmou quase sempre dar e receber afeto (25,4%). No que concerne à variável atividade física, observou-se que mais da metade era vigorosamente ativo em menos de uma vez por semana por, pelo menos, 30 minutos diários (53,2%) e pouco mais de um terço era moderadamente ativo (37,3%).

Conforme o gráfico 1, no que diz respeito à nutrição, foi percebido que uma parcela significativa dos pesquisados quase nunca comia dieta balanceada (38,9%) e usava pelo menos quatro itens frequentemente com excesso açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos (30,2%), bem como referiu estar com dois quilogramas (kg) acima do peso considerado saudável (36,5%).

**Gráfico 1** - Classificação nutricional e uso de cigarro e drogas de adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=191).



Fonte: Dados da pesquisa.

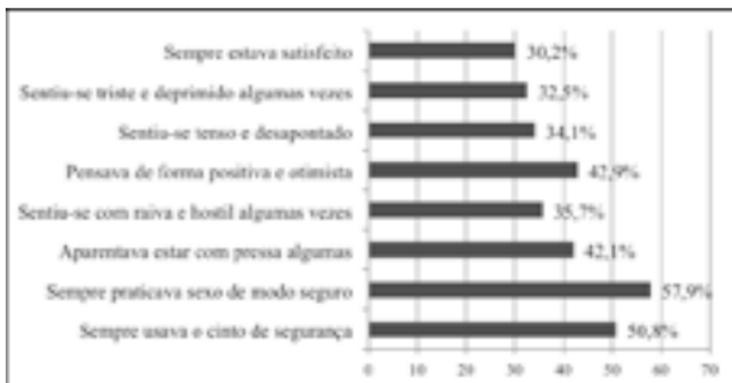
No que concerne ao uso de cigarro e drogas, foi verificado que grande parte não tinha fumado cigarro nos últimos cinco anos (69,8%), a grande maioria relatou nunca ter feito uso de drogas, como maconha e cocaína (90,5%), a maioria nunca abusou ou exagerou no uso de remédios (75,4%) e quase a metade ingeriu 1 a 2 vezes por dia bebidas que continha cafeína (46,0%) (Gráfico 1).

No tangente à variável álcool, observou-se que a maioria ingeriu em média de zero a sete doses de álcool por semana (69,8%) ou nunca bebeu mais de mais doses em uma ocasião (69,8%) e, ainda, que a maioria nunca dirigiu após beber (81,0%).

Com relação à variável sono, estresse, cinto de segurança e sexo seguro, verificou-se que pouco mais de um terço quase sempre dormia bem e se sentia descansado (32,5%) e era capaz de lidar com o estresse algumas vezes do dia-a-dia (34,9%). Apenas 25,4% relaxavam e desfrutavam algumas vezes do tempo de lazer.

Além disso, a metade sempre usava o cinto de segurança (50,8%) e sempre praticava sexo de modo seguro (57,9%). Com relação à variável tipo de comportamento, quase a metade aparentou estar com pressa algumas vezes (42,1%) e pouco mais de um terço se sentiu com raiva e hostil algumas vezes (35,7%) (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Cinto de segurança, sexo seguro e introspecção no contexto dos adultos jovens. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014 (n=191).



Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre a variável introspecção, foi observado que 42,9% dos adultos jovens quase sempre pensavam de forma positiva e otimista, e que 34,1% algumas vezes se sentiam tensos e desapontados. Contudo, foi verificado que 32,5% dos jovens algumas vezes ou quase nunca se sentiam tristes e deprimidos. Com relação ao trabalho/atividade, foi observado que 30,2% deles quase sempre estavam satisfeitos. (Gráfico 2).

A população adulta jovem constitui um público-alvo privilegiado para estratégias de marketing da indústria do consumo e lazer. Como consequência, há o aumento da ingestão de alimentos ricos em gordura e açúcar, pobres em frutas e vegetais, os chamados *fast-foods*. O lazer encontra-se voltado para atividades que requerem pouco esforço físico, como passar muito tempo navegando na internet, conversando com amigos virtuais. A atividade laboral também tem contribuído para a diminuição do esforço físico, restringindo o trabalho à operação de um computador.

Mediante os dados apresentados, ocorreram diferenças de informações as quais outros estudos discordaram ou corroboram com os achados, o que evidencia ampla discussão sobre o impacto das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco aos adultos jovens. Na abordagem sociodemográfica, a análise das características dos adultos jovens presentes no estudo envolve fatores sociais, comportamentais, culturais, ambientais, metabólicos e genéticos.

As mudanças de comportamento, no modo de trabalhar, modo de se alimentar e de lazer interferem no processo saúde-doença, além do acúmulo de atividades como trabalho, casa e filhos (BRASIL, 2005a; OMS, 2005). Neste estudo, os jovens tinham uma boa média de idade e estavam regularmente matriculadas no último ano do ensino médio, corroborando com as ações de incentivo do Ministério da Educação, que em sua política educacional preza pela proporcionalidade entre idade e ano escolar cursado, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996).

Pouco mais da metade era do sexo feminino, assim como nos estudos de Nunes Filho et al. (2007) e Peres et al. (2010) corroboram que isso esteja relacionado não só a questões demográficas, mas pela crescente participação das mulheres no campo profissional e, conseqüentemente, no educacional (PALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Foi observado ainda que a maioria era da raça parda, concordando com as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016), que apontam prevalência de risco para hipertensão duas vezes maior em pessoas consideradas não brancas.

Em um estudo feito por Lancarotte et al (2010), a evolução tecnológica tem facilitado a realização de tarefas na sociedade contemporânea, que dispensa boa parte do seu tempo diante da televisão ou computador, também como ferramenta de traba-

lho e entretenimento, amplamente utilizada entre os jovens, sendo mais uma questão a ser considerada ao falar de sedentarismo.

Nos achados de Olbrich et al. (2009), existiam agregação entre sedentarismo e situações como dislipidemias, alteração da glicemia e aumento da pressão arterial. Em outro estudo feito por Farias et al. (2012), realizado com 471 adolescentes do Rio Branco constatou que a categoria “insuficientemente ativo” da atividade física apresentou maior risco para desenvolver excesso de peso (OR=2,75).

No presente estudo, foi percebido que pouco mais de um terço quase nunca realizava uma dieta balanceada, bem como afirmaram estar no intervalo de dois quilogramas (kg) acima do peso considerado saudável. Corroborando com esses dados o estudo de Chiarelli, Ulbrich e Bertin (2011), os quais disseram que 78,2% dos entrevistados consumiram açúcar e doce quase duas vezes superior ao recomendado, (2 porções/dia) com média de 3,8%/dia de alimentos desse grupo.

O aumento da pressão arterial anteriormente relacionada ao sedentarismo e aumento de peso também tem relação direta com a dieta. A ingestão de sal, seja por alimentos industrializados e/ou ricos em sódio, pode elevar consideravelmente a pressão arterial. Em algumas pessoas o efeito do sal sobre a PA é mais deletério que em outras, é a chamada sensibilidade ao sal (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

Outros estudos apontam que a dieta não balanceada relaciona-se tanto com o estilo de vida imposto pela atualidade como com o grau de pobreza e de educação. Pode-se explicar essa associação pela maior adaptabilidade e pelo baixo custo de alimentos de grande densidade energética, como açúcar e gorduras (ABESO, 2009; DREWNOWSKI; SPECTER, 2004).

O tabagismo e o etilismo são práticas cada vez mais aderidas por populações mais jovens. Foi verificado neste estudo que grande parte não tinha fumado nenhum cigarro nos últimos cinco anos, a maioria relatou nunca ter feito uso de drogas como maconha e cocaína, também nunca tendo abusado ou exagerado no uso de remédios. No entanto, quase a metade ingeriu 1 a 2 vezes por dia bebidas que continha cafeína. Números pequenos, corroborado por Gomes (2010), que identificou 6,6% dos entrevistados, valor é aproximado também dos achados encontrados por Almeida, Almeida e Araújo (2009) em estudo com adultos em Feira de Santana na Bahia (8,1% de tabagistas).

Nos achados da presente pesquisa, observou-se que grande parte ingeriu em média de 0 a 7 doses de álcool por semana. Mendonça, Moreira e Santiago (2014), no estudo com adultos jovens do sexo masculino, constataram que a maioria afirmou ser etilista, enquanto a minoria fazia uso de tabaco.

Com relação à variável sono, estresse, cinto de segurança e sexo seguro, verificou-se que pouco

mais de um terço quase sempre dormia bem e se sentia descansado e capaz de lidar com o estresse algumas vezes do dia-a-dia. No entanto, apenas uma minoria relaxava e desfrutava algumas vezes do tempo de lazer. Vale ressaltar que pouco mais da metade praticava sexo de modo seguro.

Em estudo realizado por Rodriguez-Añez (2003), 19% declararam não dormir bem ou descansam bem apenas algumas vezes. Com relação ao “estresse”, 7,3% não se sentem capazes de controlar o seu estresse, 14,9% não conseguem relaxar e desfrutar durante o seu tempo de lazer. Na procura de relações ao estresse psicoemocional, descobriram que 57,6% estressava-se com facilidade por motivos como ausência de lazer (56,5%), noites mal dormidas (48,4%) e sono insuficiente (66,2%), com menos de oito horas diárias, com 13,3% deles utilizando algum sonífero (SOUSA et al., 2009).

Com relação ao tipo de comportamento, quase a metade aparentou estar com pressa algumas vezes e pouco mais de um terço se sentiu com raiva e hostil algumas vezes. No que concerne a introspecção, foi observado uma minoria dos adultos jovens quase sempre pensavam de forma positiva e otimista além de se sentirem tensos e desapontados. Contudo, foi verificado que menos da metade dos jovens, algumas vezes ou quase nunca se sentiam tristes e deprimidos.

Com relação ao trabalho/atividade, foi observado que menos da metade dos adultos jovens quase sempre estava satisfeito. Em estudo feito por Brito,

Gordia e Quadros (2014), constatou-se que 50,7% sentiam-se frequentemente com raiva e hostis, 22,1% tinham problemas de introspecção e 14,3% declararam insatisfação com o(a) trabalho/função que exerciam.

Mediante essa situação, os profissionais de saúde devem buscar desenvolver trabalhos educativos que possibilitem o resgate da autoestima, a visão crítica sobre alimentação, a propaganda dos alimentos, a brincadeira e a inclusão social, a partir da identificação dos fatores predisponentes naquele grupo populacional, promovendo melhora da saúde dos escolares.

## REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010** (DBO). 3 ed. Itapevi/SP: AC Farmacêutica, 2009.

ALMEIDA, R. T.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M. Abdominal obesity and cardiovascular risk: performance of anthropometric indexes in women. **Arq. Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 5, p. 345-350, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996: Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base. Brasília: Ministério da Saúde. Funasa, 2007.

BRITO, B. J. Q.; GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B. Revisão da literatura sobre o estilo de vida de estudantes universitários. **R. bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 6, n. 2, p. 66-76, abr./jun. 2014.

CHIARELLI, G.; ULBRICH, A. Z.; BERTIN, R. L. Composição corporal e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino de Blumenau (Brasil). **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.**, v. 13, n. 4, p. 265-271, 2011.

CORONELLI, C. L. S.; MOURA, E. C. Hipercolesterolemia em escolares e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 24-31, fev. 2003.

DREWNOWSKI, A.; SPECTER, S. E. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. **Am J Clin Nutr.**, v. 79, s/n, p. 6-16, 2004.

FARIAS, E. S. et al. Excesso de peso e fatores associados em adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 229-236, mar./abr., 2012.

GOMES, E.B. **Análise do risco cardiovascular em escolares adultos jovens de Juazeiro do Norte-Ceará**. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos) - Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

HARDY, L. L. et al. Screen time and metabolic risk factors among adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 164, n. 7, p. 643-9, jul. 2010.

LANCAROTTE, I. et al. Estilo de vida e saúde cardiovascular em adolescentes de escolas do município de São Paulo. **Arq. Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 61-69, 2010.

- LUDWIG, D. S.; GORTMAKER, S.L. Programming obesity in childhood. **Lancet**, v. 226, n. 7, p. 17-23, jul. 2004.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3, sup. 3, p. 1-83, 2016.
- MENDONÇA, F. A. C.; MOREIRA, T. M. M.; SANTIAGO, J. C. S. Características clínicas de escolares adultos jovens do sexo masculino no nordeste brasileiro. In: GOMES, I. L. V; PINTO, F. J. M; FIGUEREDO, S. V. (Orgs) **Temáticas de dissertações no âmbito da saúde pública: concepções de orientadores e estudantes.** Fortaleza: EdUECE, 2014, p. 197-211.
- MUST, A. et al. Activity, inactivity, and screen time in relation to weight and fatness over adolescence in girls. **Obesity**, v. 15, n. 7, p. 1774-81, jul. 2007.
- NUNES FILHO, J. R. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 319-324, 2007.
- OLBRICH, S. R. L. R. et al. Sedentarismo: prevalência e associação de fatores de risco cardiovascular. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 30-41, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre as doenças não transmissíveis 2014 [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2014. p. 298 Disponível a partir de: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde(OPAS). **Prevenção de Doenças Crônicas:** um investimento vital. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PERES, M.A. et al. Auto-avaliação de saúde em adultos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.

RIBEIRO, A. B.; PLAVNIK, F. L. (org.). **Atualização em hipertensão arterial**: clínica, diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2007.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R. **Sistema de avaliação para a promoção e gestão do estilo de vida saudável e da aptidão física relacionada à saúde de policiais militares**. 2003. 143p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) –Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2003.

SOUSA, F. F. A. et al. Pessoas em recuperação do alcoolismo: avaliação dos fatores de risco cardiovasculares. **Rev. Eletr Saúde Mental, Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 1-14, 2009.

# FATORES INTERVENIENTES NA AFETIVIDADE DOS ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Irialda Sabóia Carvalho

Dafne Lopes Salles

Francisco Vilemar Pinto Carneiro

John Nilberick de Castro Bento

Thereza Maria Magalhães Moreira

A juventude é considerada um período de mudanças importantes, de transformações na vida e de tomada de decisão. É nessa fase do desenvolvimento que o jovem tende a fazer escolhas que definirão o seu futuro. A influência da família e dos amigos como expectativa acerca do futuro, estimula o jovem a analisar questões que acompanham a escolha tomada (ALMEIDA; SILVA, 2011).

A fase adulta jovem, iniciada por volta da segunda década de vida, tem marcas, bem como tarefas importantes que devem ser vivenciados e enfrentados durante esse período. Nesta fase, o desenvolvimento cognitivo e emocional já deveria se encontrar plenamente construído. Porém, o desen-

volvimento psicológico do indivíduo continua em processo de construção (HAMMDAM, 1998).

O indivíduo se constitui em contato com a cultura e cada cultura produz sujeitos históricos diferentes e pode afetar não somente as condições da produção econômica e material, mas também a construção subjetiva dos sujeitos (RIBEIRO; ABE-CHE, 2013). Tal característica pode determinar ou condicionar o seu estilo de vida. Nessa construção subjetiva dos sujeitos, as relações entre pais e filhos possuem um impacto significativo no desenvolvimento ou prevenção de comportamentos de risco relacionados à saúde dos adultos jovens (NEWMAN et al., 2008).

Os comportamentos de risco geralmente são estabelecidos no início da infância e podem persistir e intensificar-se no período da adolescência e fase adulta. Existem muitas dimensões da afetividade que podem influenciar os resultados do desenvolvimento da saúde de crianças e jovens, assim como o desenvolvimento de comportamentos de risco à saúde (ARAÚJO et al., 2010).

A magnitude da influência que os comportamentos e afetividade exercem na proteção e risco dos jovens indica uma necessidade clara de mais intervenções centradas na família e nos relacionamentos humanos em busca de melhorar os resultados da saúde dos adultos jovens. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar os fatores intervenientes na afetividade dos adultos jovens es-

colares, pois se entende que o relacionamento interpessoal desses jovens pode ser caracterizado por um processo dinâmico, que se desenvolve ao longo do tempo e se modifica conforme as etapas da vida e suas condições sociais.

Para entender tais aspectos, a tabela 1 foi apresentada e mostrou que, ao serem questionados se eles possuíam alguém para conversar as coisas importantes para ele, pouco mais de um terço (35,2%) possuía quase sempre um familiar ou amigos para conversar e davam ou recebiam afeto (35,8%).

**Tabela 1** – Domínio de afetividade/ relacionamento da família e amigos com adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n = 1017).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Tenho alguém para conversar as coisas importantes para mim?</b>		
Quase nunca	91	8,9
Raramente	124	12,2
Algumas vezes	257	25,3
Com relativa frequência	187	18,4
Quase sempre	358	35,2
<b>Dou e recebo afeto?</b>		
Quase nunca	76	7,5
Raramente	109	10,7
Algumas vezes	254	25,0
Com relativa frequência	214	21,0
Quase sempre	364	35,8

Fonte: Dados da pesquisa.

O relacionamento familiar e o ciclo de amizades são identificados durante as diversas fases da vida, envolve apreço mútuo e reciprocidade. Familiares e amigos compartilham interesses, gostos ou outras características em comum. Além disso, são comprometidos com o outro, apresentam cooperação e se ajudam mutuamente. Com isso, a afetividade se mostra como um relacionamento significativo para as pessoas, que promove felicidade e satisfação com a vida por meio de recompensas instrumentais, apoio emocional e companheirismo (DE SOUSA; CERQUEIRA-SANTOS, 2012).

Alguns fatores influenciam a afetividade dos adultos jovens e para a melhor identificação da associação desses fatores com as perguntas propostas para determinar a afetividade do escolar com os familiares e amigos, as respostas das perguntas sobre afetividade (tabela 1) foram transformadas em dicotômicas. A estratificação foi denominada negativa (para as respostas quase nunca, raramente e algumas vezes) e positiva (para as respostas com relativa frequência e quase sempre).

A população adulta jovem aqui abordada apresentou distribuição homogênea, com discreta proporção aumentada para o sexo feminino (532; 52,3%). A grande maioria autorreferiu raça distinta da branca (85,7%), quase metade autorreferiu religião católica (47,8%), a maioria não tinha companheiro (78,5%) e não possuía filho (79,1%). Em relação à companhia de moradia, notou-se que apenas 2,0%

dos adultos jovens moravam sozinhos. No que concerne à ocupação e renda, grande parte referiu estudar, trabalhar/estagiar (63,5%) e a maioria (71,8%) tinha renda familiar de até dois salários mínimos. Quanto ao uso de celular, quase totalidade (94,4%) possuía aparelho e 92,5% tinha acesso à internet. A participação em grupos da igreja foi referida por 30,6% dos escolares. Verificou-se que 49,7% dos adultos jovens realizavam atividade física de forma moderada acima de três dias na semana e que um pouco mais da metade dos escolares sentia-se triste ou deprimido quase sempre ou com relativa frequência. (Tabela 2).

Ao averiguar relações entre afetividade e aspectos sociais (Tabelas 2 e 3), a presente pesquisa demonstrou que os fatores intervenientes na afetividade dos adultos jovens escolares eram: morar com alguns familiares, trabalho, ter celular, ser moderadamente ativo e sentir-se triste ou deprimido.

**Tabela 2** – Relação dos fatores intervenientes na afetividade (tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim?) adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n = 1017).

Variáveis	Total f (%)	Afetividade				p-valor*
		Negativa		Positiva		
		f	%	f	%	
<b>Tenho alguém para conversar as coisas importantes para mim?</b>						
<b>Sexo</b>						0,70
Masculino	485(47,7)	222	45,8	263	54,2	
Feminino	532(52,3)	250	47,0	282	53,0	

Variáveis	Total f (%)	Afetividade				p-valor*
		Negativa		Positiva		
		f	%	f	%	
<b>Raça</b>						0,82
Branca	144(14,3)	68	47,2	76	52,8	
Não branca	865(85,7)	400	46,2	465	53,8	
<b>Filhos</b>						0,53
Sim	211(20,9)	102	48,3	109	51,7	
Não	799(79,1)	367	45,9	432	54,1	
<b>Mora com o Pai</b>						0,20
Sim	291(28,6)	126	43,3	165	56,7	
Não	726(71,4)	346	47,7	380	52,3	
<b>Mora com a Mãe</b>						0,36
Sim	564(55,5)	269	47,7	295	52,3	
Não	453(44,5)	203	44,8	250	55,2	
<b>Mora com Irmãos</b>						0,63
Sim	367(36,1)	174	47,4	193	52,6	
Não	650(63,9)	298	45,8	352	54,2	
<b>Mora com Avós</b>						<b>0,04</b>
Sim	67(6,6)	39	58,2	28	41,8	
Não	950(93,4)	433	45,6	517	54,4	
<b>Mora com Tios</b>						0,46
Sim	65(6,4)	33	50,8	32	49,2	
Não	952(93,6)	439	46,1	513	53,9	
<b>Mora com Primos</b>						0,34
Sim	39(1,8)	21	53,8	18	46,2	
Não	978(96,2)	451	46,1	527	53,9	
<b>Mora com companheiro</b>						<b>0,00</b>
Sim	238(23,4)	92	38,7	146	61,3	
Não	779(76,6)	380	48,8	399	51,2	
<b>Mora Sozinho</b>						0,21
Sim	20(2,0)	12	60,0	8	40,0	
Não	997(98,0)	460	46,1	537	53,9	
<b>Trabalho</b>						<b>0,02</b>
Sim	638(63,5)	278	43,6	360	56,4	
Não	366(36,5)	186	50,8	180	49,2	

Variáveis	Total f (%)	Afetividade				p-valor*
		Negativa		Positiva		
		f	%	f	%	
<b>Renda Familiar</b>						0,68
< 2SM	532(71,3)	244	45,9	288	54,1	
≥2SM	214(28,7)	94	43,9	120	56,1	
<b>Tem acesso à internet</b>						0,06
Sim	941(92,5)	429	45,6	512	54,4	
Não	76(7,5)	43	56,6	33	43,4	
<b>Tem celular</b>						<b>0,01</b>
Sim	956(94,4)	435	45,5	521	54,5	
Não	57(5,6)	35	61,4	22	38,6	
<b>Participa de grupos na igreja</b>						0,96
Sim	308(30,6)	143	46,4	165	53,6	
Não	700(69,4)	326	46,6	374	53,4	
<b>Sou moderadamente ativo</b>						<b>0,03</b>
Não	507(50,3)	252	49,7	255	50,3	
Sim	501(49,7)	215	42,9	286	57,1	
<b>Sinto-me triste e deprimido</b>						<b>0,00</b>
Não	465(45,9)	255	54,8	210	45,2	
Sim	548(54,1)	214	39,1	334	60,9	

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: SM (Salário Mínimo) = R\$: 880,00 em 2016; \*Teste qui-quadrado de *Pearson*.

A afetividade pode trazer riscos ou benefícios para a saúde dos adultos jovens escolares, optar pela opção de práticas saudáveis parece estar relacionado a diversos fatores, dessa forma, conhecer a afetividade é uma ferramenta útil para a compreensão dos riscos que a falta de relacionamentos saudáveis pode trazer à saúde.

**Tabela 3** – Relação dos fatores intervenientes na afetividade (dou e recebo afeto?) adultos jovens escolares. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014 (n = 1017).

<b>Variáveis</b>	<b>Total</b>	<b>Afetividade</b>				<b>p-valor*</b>
		<b>Negativa</b>		<b>Positiva</b>		
	<i>f</i> (%)	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<b>Dou e recebo afeto?</b>						
<b>Sexo</b>						<b>0,00</b>
Masculino	485(47,7)	235	48,5	250	51,5	
Feminino	532(52,3)	204	38,3	328	61,7	
<b>Raça</b>						0,76
Branca	144(14,3)	64	44,4	80	55,6	
Não branca	865(85,7)	373	43,1	492	56,9	
<b>Filhos</b>						0,05
Sim	211(20,9)	79	37,4	132	62,6	
Não	799(79,1)	357	44,7	442	55,3	
<b>Mora com o Pai</b>						0,37
Sim	291(28,6)	132	45,4	159	54,6	
Não	726(71,4)	307	42,3	419	57,7	
<b>Mora com a Mãe</b>						0,56
Sim	564(55,5)	248	44,0	316	56,0	
Não	453(44,5)	191	42,2	262	57,8	
<b>Mora com Irmãos</b>						0,05
Sim	367(36,1)	173	47,1	194	52,9	
Não	650(63,9)	266	40,9	384	59,1	
<b>Mora com Avós</b>						0,07
Sim	67(6,6)	36	53,7	31	46,3	
Não	950(93,4)	403	42,4	547	57,6	
<b>Mora com Tios</b>						<b>0,00</b>
Sim	65(6,4)	39	60,0	26	40,0	
Não	952(93,6)	400	42,0	552	58,0	
<b>Mora com Primos</b>						0,70
Sim	39(1,8)	18	46,2	21	53,8	
Não	978(96,2)	421	43,0	557	57,0	
<b>Mora com companheiro</b>						<b>0,00</b>
Sim	238(23,4)	81	34,0	157	66,0	

Variáveis	Total f(%)	Afetividade				p-valor*
		Negativa		Positiva		
		f	%	f	%	
Não	779(76,6)	358	46,0	421	54,0	
<b>Mora Sozinho</b>						0,28
Sim	20(2,0)	11	55,0	9	45,0	
Não	997(98,0)	428	42,9	569	57,1	
<b>Trabalho</b>						<b>0,00</b>
Sim	638(63,5)	250	39,2	388	60,8	
Não	366(36,5)	181	49,5	185	50,5	
<b>Renda Familiar</b>						0,17
< 2SM	532(71,3)	238	44,7	294	55,3	
≥2SM	214(28,7)	84	39,3	130	60,7	
<b>Tem acesso à internet</b>						0,21
Sim	941(92,5)	401	42,6	540	57,4	
Não	76(7,5)	38	50,0	38	50,0	
<b>Tem celular</b>						<b>0,00</b>
Sim	956(94,4)	401	41,9	555	58,1	
Não	57(5,6)	36	63,2	21	36,8	
<b>Participa de grupos na igreja</b>						0,79
Sim	308(30,6)	131	42,5	177	57,5	
Não	700(69,4)	304	43,4	396	56,6	
<b>Sou moderadamente ativo</b>						<b>0,00</b>
Não	507(50,3)	255	50,3	252	49,7	
Sim	501(49,7)	181	36,1	320	63,9	
<b>Sinto-me triste e deprimido</b>						<b>0,00</b>
Não	465(45,9)	242	52,0	223	48,0	
Sim	548(54,1)	194	35,4	354	64,6	

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: SM (Salário Mínimo) = R\$: 880,00 em 2016; \*Teste qui-quadrado de *Pearson*.

É válido destacar que as práticas de cuidado apontam como referência a amizade, aumentando a potência dos envolvidos (MOURA; SILVA, 2015).

A saúde é reconhecida como uma reunião de subjetividades. Os adultos jovens sentem necessidade de demonstrações de interesse e disposição, A abordagem familiar mostrou-se significativa e promoveu relacionamentos capazes de diminuir o absenteísmo no trabalho, menor necessidade de uso dos serviços de saúde e menor uso de medicamentos (FREIRE; IGLÉSIAS, 2014).

A variável 'trabalho' mostrou-se associada com a afetividade, sendo uma dimensão indissociável do processo saúde-doença. A qualidade da inserção precoce do jovem no processo de trabalho pode trazer comprometimento e custo social em longo prazo, perpetuando a desigualdade. Do ponto de vista individual, pode prejudicar o futuro do jovem, seja pela interferência negativa em seus estudos, seja pelo trabalho exercido em condições precárias, ou seja, por gerar adoecimentos. É necessário que os ambientes de trabalho levem a relacionamentos que promovam transformações e possibilidades de pleno desenvolvimento (DIAS, 2014).

Os avanços tecnológicos e as facilidades obtidas decorrentes da modernização do processo de comunicação parecem ter favorecido os relacionamentos dos adultos jovens. Tal fator remete a uma maior rapidez nos encontros online, onde os jovens encontram amigos e até parceiros amorosos. Por isso, o presente estudo demonstrou que os relacionamentos por internet também podem favorecer a afetividade dos jovens estudados.

Em relação à prática de atividade física, a família desempenha papel importante na prática de atividade na infância e adolescência e, como resultado, os adultos jovens continuam a praticar nas fases subsequentes. O vínculo gera maior apoio social, cria um estilo de vida saudável e promove uma melhora da qualidade de vida. Os adultos jovens do presente estudo apresentaram associação significativa com a prática de atividade física moderada, por isso, é importante perceber que tal atividade contribui com o desenvolvimento de comportamento saudáveis, atitudes e valores (GRECA; SILVA; LOCH, 2016).

O presente estudo foi conduzido com um número relativamente grande de sujeitos, garantindo poder estatístico durante as análises. Quando perguntados sobre sentirem-se tristes ou deprimidos, a grande maioria apresentou resposta afirmativa. Tal fato pode ser decorrente de uma compreensão integral das condições do ambiente sociocultural do adulto jovem, dos processos de aprendizagem e da história de vida de cada estudante.

A partir da análise dos dados, algumas implicações podem ser evidenciadas e suscitam novas questões que precisam ser identificadas. A afetividade nessa fase da vida pode ser instigada por diversos fatores, já que os jovens nessa faixa etária estão passando por um processo de profundas mudanças. O estabelecimento dos relacionamentos interpessoais pode sofrer influência do estilo de vida adotado pelo adulto jovem, das companhias, da de-

pendência de moradia com algum familiar, do trabalho, dos aspectos emocionais, dentre outros.

Destaca-se a carência de estudos sobre a temática e faz-se necessária a realização de pesquisas com esse público-alvo, a fim de identificar os diversos fatores que influenciam a sua afetividade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. H; SILVA, L. L. Influência dos pais no processo de escolha profissional dos filhos: uma revisão de literatura. **Psico-USF**, v. 16, n. 1, p. 75-85, 2011.

ARAUJO, A. C. et al. Relationships and interactions in healthy process to be an adolescent. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 136-142, Mar. 2010.

DIAS, M.D.A. Jovens trabalhadores e o sofrimento ético-político. **Psico e Societ.**, v. 26, n. 2, p. 93-102, 2016.

FREIRE, T; IGLÉSIAS, C. Vida cotidiana e afetividade: um estudo em adultos portugueses. **Psicologia em estudo**, v. 9, n. 4, p. 633-644, 2014.

GRECA, J. P. A; SILVA, D. A. S; LOCH, M. R. Atividade física e tempo de tela em jovens de uma cidade de médio porte do Brasil. **Rev. Paul.Pediat**, v. 34, n. 3, p. 316-322, 2016.

HAMDAN, A. M. **Introdução à Psicologia do desenvolvimento**. Campo Grande: Solivros, 1998.

MOURA, R. F. S; SILVA, C. R. C. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. **Physis: Rev. Saúde. Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 993-1010, 2015.

NEWMAN, K. et al. Relações entre modelos de pais e comportamentos de risco na saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-americana. Enfermag**, v. 16, n. 1, 2008.

RIBEIRO, K. C. R.; ABEICHE, R. B. C. A repercussão da sociedade de consumo nos vínculos afetivos dos adolescentes. **Rev. Mal-estar e subjetividade**, v. 13, n. 2, p. 81-112, 2013.

SOUSA, D. A.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Relacionamentos de amizade íntima entre jovens adultos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 22, v. 53, p. 325-333, 2012.

# FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO ESTRESSE EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Samuel Miranda Mattos

Thereza Maria Magalhães Moreira

Remiel Brito Meneses

Ana Vladia Brasileiro de Araujo Silva

Liziane da Cruz Braga

Kellen Alves Freire

As desordens psíquicas têm aumentado em todo o mundo e sua distribuição difere entre classes sociais, sexos e diferentes fases do ciclo de vida. Tal condição tem gerado interesse sobre seus os determinantes, sendo o estresse o de maior ocorrência entre essas desordens (OLIVEIRA et al., 2012). Nesse contexto, o estresse é caracterizado como uma resposta individual em que cada ser humano pode agir de forma diferente diante dos agentes estressores internos e externos presentes no cotidiano, sendo capazes de gerar mudanças comportamentais, cognitivas e fisiológicas de acordo com a sua habilidade de sobressair a tais situações adversas. Essas alterações podem repercutir em graves consequên-

cias no estado de saúde físico e mental, como déficit de concentração, perda de memória em curto prazo, ataques de ansiedade, humor e depressão, além de enfermidades associadas à deficiência do sistema imunológico (PINTO et al., 2015).

De acordo com a individualidade biológica, as pessoas podem apresentar momento de estresse em diferentes formas, entretanto isso depende de diversos fatores extrínsecos e intrínsecos, como estilo de vida, personalidade, genética, âmbito sociável, psicológico entre outros (COSTA et al., 2016).

Presume-se que 15 a 25% dos jovens adultos escolares passam por inúmeros fatores associados ao estresse nas etapas que percorrem no período acadêmico, ocasionando transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão (FERNANDES et al., 2013). As pesquisas direcionadas ao tema estresse vêm crescendo, no entanto, com o público acadêmico ainda é pequena, apesar de alguns autores confirmarem a prevalência elevada de estresse nessa fase (VIEIRA; SCHERMANN, 2015).

Indivíduos que estudam e trabalham enfrentam grandes dificuldades em seu cotidiano. Um dia estressante, cheio de trabalho, compromissos acadêmicos e assuntos familiares, além da falta de tempo para o lazer e presença de comportamento sedentário, falta de exercício físico, alimentação desequilibrada interferem na qualidade do sono e intensificam o estresse físico e mental (COSTA et al., 2016; FERNANDES et al., 2013). Outros fatores podem

influenciar o estresse em jovens adultos estudantes: sexo, raça, religião, situação conjugal e presença de filhos (BENAVENTE et al., 2014).

Em resumo, as pesquisas relacionadas ao estresse são mais voltadas para o público adulto. Com isso, é pertinente o aprofundamento desse tema em jovens adultos, por serem mais susceptíveis a esse tipo de transtorno psicológico, pois essa faixa etária passa por momentos de grandes mudanças (busca por estabilidade financeira, independência, profissão almejada, tomada de decisões, cobrança pessoal, laços afetivos e seus deveres perante a sociedade). Muitos fatores estressores, pois a fase adulta contempla grau maior de responsabilidade, que aflige a população mais nova, pois requer melhor capacitação e preparação para entrar na vida adulta (FRIEDRICH; MACEDO; REIS, 2015; VIEIRA; SCHERMANN, 2015). Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre os fatores sociodemográficos e o estresse em adultos jovens escolares.

Essa relação já foi identificada em outros grupos, porém, a população adulta jovem escolar tem características particulares que merecem estudo.

Na Tabela 1, apresentou-se a análise descritiva das características sociodemográficas e seu entrecruzamento com o desfecho do estudo (estresse). Foi verificado na mesma tabela que o estresse sofreu influência estatisticamente significativa do sexo ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 1** - Análise bivariada das características sociodemográficas associadas ao estresse em adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

<b>Variáveis</b>	<b>Estresse</b>		<b>p-valor*</b>
	<b>Sim</b> <i>f (%)</i>	<b>Não</b> <i>f (%)</i>	
<b>Sexo</b>			
Masculino	214 (43,0)	284 (57,0)	<b>&lt; 0,001</b>
Feminino	334 (60,0)	223 (40,0)	
<b>Raça/cor autorreferida</b>			
Branca	67 (45,6)	80 (54,4)	0,100
Parda/Negra/outras	476 (52,9)	424 (47,1)	
<b>Religião</b>			
Católica	281 (55,5)	225 (44,5)	0,063
Evangélica	209 (49,2)	216 (50,8)	
Outra	50 (45,9)	59 (54,1)	
<b>Situação Conjugal</b>			
Sem companheiro	435 (52,0)	401 (48,0)	0,966
Com companheiro	111 (51,9)	103 (48,1)	
<b>Filhos</b>			
Sim	117 (53,2)	103 (46,8)	0,742
Não	430 (51,9)	398 (48,1)	

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: f: Frequência absoluta; \*: nível de significância do teste qui-quadrado de *Pearson*.

Identificou-se alta prevalência de estresse nos adultos jovens escolares. A rotina das atividades escolares obrigatórias e extracurriculares e a necessidade de trabalhar favorece o surgimento do estresse (PELLEGRINI; CALAIS; SALGADO, 2012). Salienta-se que o cotidiano da vida acadêmica, com provas, trabalhos e preocupação com o futuro profissional acarreta ao estudante uma sobrecarga física e psicológica, que resulta em estresse (CAVALCANTI et al., 2014).

Quando pesquisado os determinantes socio-demográficos do estresse em adultos jovens, verificou-se que apenas o sexo teve associação significativa com o estresse. As mulheres sofreram mais com estresse (60%) se comparadas aos homens (43%) e isso pode decorrer do desempenho de vários papéis pela mulher na sociedade, implicando na multiplicidade de responsabilidades e tarefas, além de suas variações hormonais (CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003). Estudos revelam que isso está relacionado às responsabilidades com as atividades obrigatórias escolares, trabalho e cuidados com o lar e a família. A sobrecarga de responsabilidades aumenta a produção de hormônios, como o cortisol e a adrenalina, que atingem duas mulheres para cada homem, implicando altos níveis de exaustão emocional e aparecimento de quadros de ansiedade, pânico e depressão (SAWATZKY et al., 2012; SILVA et al., 2014).

Diante do exposto, é necessário que as mulheres compartilhem o sentimento de estresse seja para o companheiro, outro familiar, amigos ou profissionais de saúde, de modo que possa encontrar estratégias para a divisão de tarefas desempenhadas quando possível. O companheiro tem papel fundamental para a minimização dessa condição, devendo se apresentar como rede de apoio para a mulher, dividindo tarefas domésticas e aumentando a atenção e a demonstração de afeto, os quais podem favorecer um ambiente menos disparador de situações estressantes.

É relevante comentar que o estresse tem diversos determinantes e estes precisam ser identificados em vários grupos populacionais, levando em consideração questões sociais, relacionadas aos serviços de saúde, bem como os aspectos sociodemográficos. Apesar do estudo em tela limitar-se a essa última questão, sugere-se que o grupo de jovens pode estar sendo influenciado por fatores culturais e de gênero, contribuindo para ter momentos de estresse durante o dia.

## REFERÊNCIAS

BENAVENTE, S.B.T. et al. Influence of stress factors and socio-demographic characteristics on the sleep quality of nursing students. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, n. 3, v. 48, p. 514-520, jun. 2014.

CALAIS, L. S.; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e Escolaridade de *Stress* em Adultos Jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 257-263, 2003.

CAVALCANTI, K. C. S. N. et al. A Síndrome de Burnout em Acadêmicos de Enfermagem em Universidades Públicas. **Rev enferm UFPE** [on line], Recife, v. 8, supl. 2, p. 3662-8, out. 2014.

COSTA. et al. associação entre estresse e variáveis socio-demográficas em estudantes de enfermagem de uma instituição do paraná. **Rev.enf-ufff**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 9-19, jan/jun. 2016.

FERNANDES, A. A. et al. Prevalência da má qualidade do sono e suas repercussões entre os acadêmicos que estudam no período noturno e trabalham durante o dia e os que não trabalham. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Sao Paulo, v. 17, n. 3, p. 50-70, 2013.

FRIEDRICH, A. C. D.; MACEDO, F.; REIS, A. H.. Vulnerabilidade ao stress em adultos jovens. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 59-70, 2015. Trimestral. Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho.

OLIVEIRA, B. L. et al. Estresse entre graduandos de enfermagem de uma universidade pública federal: um estudo epidemiológico. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 72-79, 2012.

PELLEGRINI, C. F. S.; CALAIS, S. L.; SALGADO, M. H. Habilidades Sociais e Administração do Tempo no Manejo do Estresse. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 3, p. 110-129, 2012.

PINTO, J. C. et al. Anxiety, depression and stress: a study of portuguese adults. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 16, n. 2, p.148-163, set. 2015.

SAWATZKY, R. G. et al. Stress and depression in students: the mediating role of stress management self-efficacy. **Nurs Res.**, v. 13, n. 1, p. 13-21, 2012.

SILVA, R. M. et al. Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities: an analytic study. **BMC Nurs.**, v. 13, n. 1, p. 9, 2014.

VIEIRA, L. N.; SCHERMANN, L. B. Estresse e fatores associados em alunos de psicologia de uma universidade particular do sul do Brasil. **Aletheia** [online], v. 46, Ene-Abr. 2015.

# ASSOCIAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS E A PRÁTICA DE SEXO SEGURO EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Thais Vaz Jorge

Sara Maria Soares Rabelo

Raquel Rodrigues da Costa

Thereza Maria Magalhães Moreira

O sexo seguro é fundamental para a prevenção de infecções sexualmente transmitidas (ISTs) e também para melhor planejamento familiar, sem o risco de gravidez indesejada. Nos anos 2000, a educação em saúde da população aumentou significativamente, porém a taxa de infecção por HIV e sífilis ainda é alta, ou seja, novas políticas de educação em saúde devem ser efetuadas para a prática de sexo seguro.

A população de adultos jovens tem elevado risco de infecções sexualmente transmitidas (IST) e são 50% dos novos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (WILSON et al., 2010). Com isso, a prática de sexo seguro deve ser incentivada com práticas de educação em saúde voltados a essa

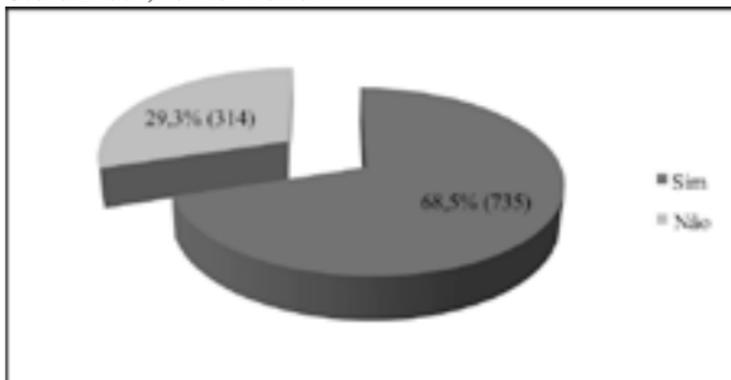
faixa etária. Essa população é uma das que mais consome álcool e drogas no Brasil. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LARANJEIRA, 2014) revelou que o consumo de álcool não vem crescendo no país, mas as pessoas que bebem aumentaram a frequência e a quantidade do seu consumo de álcool.

No Brasil, as mídias de publicidade têm como alvo o adulto jovem, principalmente o homem. Para que possam consumir o álcool, eles persuadem o grupo com a hipersexualização da mulher em propagandas de bebidas para chamar a atenção do grupo. Vale relembrar que isso também acontecia com as propagandas de cigarros no século passado. Apesar do conhecimento dos expostos ainda não há estudos suficientes com adultos jovens escolares sobre a prática do sexo seguro e drogas lícitas e ilícitas.

Com isso, o estudo faz a seguinte indagação: O consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, em adultos jovens escolares, tem associação com prática de sexo não seguro? Essa indagação gerou o seguinte objetivo do estudo: Identificar a relação entre uso de drogas lícitas e ilícitas com a prática de sexo seguro.

A resposta a esse questionamento pode ajudar a direcionar as diretrizes para o estudo de novas abordagens de educação em saúde para o público alvo, e, com isso, promover saúde à população e prevenir novos gastos públicos com tratamento às ISTs.

**Gráfico 1** - Sexo seguro em adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).



Fonte: Dados da pesquisa.

Após descrição do desfecho, verificou-se associação entre prática de sexo seguro e o sexo, idade e histórico do uso de drogas lícitas e ilícitas.

**Tabela 1** - Prática de sexo seguro segundo idade, sexo e histórico de uso de drogas lícitas e ilícitas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

Variáveis	Prática de sexo seguro		p-valor*
	Sim f(%)	Não f(%)	
<b>Sexo</b>			
Feminino	386(70,2)	164(29,8)	0,932
Masculino	349(69,9)	150(30,1)	
<b>Idade</b>			
20-22	574(69,6)	251(30,4)	0,758
23-24	147(70,7)	61(29,3)	
<b>Experimentou bebida alcóolica</b>			
Sim	600(69,4)	264(30,6)	0,399
Não	125(72,7)	47(27,3)	

Variáveis	Prática de sexo seguro		
	Sim f(%)	Não f(%)	p-valor*
<b>Idade que experimentou bebida</b>			
10 – 19	550(70,3)	232(29,7)	<b>0,012</b>
20 – 24	17(50,0)	17(50,0)	
<b>Uso de bebida alcoólica</b>			
Sim	237(69,1)	106(30,9)	0,631
Não	465(70,6)	194(29,4)	
<b>Experimentou cigarro</b>			
Sim	333(66,6)	167(33,4)	<b>0,012</b>
Não	394(73,8)	140(26,2)	
<b>Idade que experimentou cigarro</b>			
10-19	307(65,7)	160(34,3)	0,060
20-24	11(91,7)	1(8,3)	
<b>Fumante</b>			
Sim	38(70,4)	16(29,6)	0,927
Não	635(69,8)	275(30,2)	
<b>Usa drogas como maconha</b>			
Algumas vezes	46(60,5)	30(39,5)	<b>0,046</b>
Nunca	675(71,4)	271(28,6)	

Fonte: Dados da pesquisa; Nota: \*nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson.

O presente estudo mostrou que o comportamento sexual dos jovens estava associado significativamente com a ‘idade que experimentou bebida alcoólica’ ( $p=0,012$ ), com ‘experimentou ou não cigarro’ ( $p=0,012$ ) e o ‘uso de maconha’ ( $p=0,046$ ). Verificou-se que a proporção de jovens que não praticavam sexo seguro é maior nos jovens de 20 a 24 anos (50,0%), que já experimentou cigarro (33,4%) e naqueles que já usaram maconha algumas vezes (39,5%).

Na tabela 1, pode-se observar que na idade de 20 a 24 o percentual é 50%, enquanto que de 10 a 19

o percentual é 29,7%, ou seja, a proporção de jovens com idade de 20 a 24 que não praticam sexo seguro é maior que naqueles de 10 a 19.

Os achados sugerem mudança no comportamento dos jovens que já experimentaram álcool e drogas ilícitas, indicando associação entre o uso de álcool e drogas, e sexo sem proteção. Esse fato foi semelhante às estatísticas de outros estudos, como os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009, que mostram que 71,4% dos jovens já experimentaram bebida alcoólica alguma vez (BRASIL, 2009), enquanto a PeNSE 2015 mostra que 9,0% já usaram drogas, dentre essas, 18,4 % cigarro e 4,0% maconha (BRASIL, 2015).

Tratando-se de relações sexuais e uso de drogas, os estudos também se assemelharam ao resultado encontrado. Um estudo mostrou que entre os usuários de drogas ilícitas há mais jovens que já tiveram relação sexual (80,9%), em comparação com os não usuários (57,5%). (SCIVOLETTO, 1999). Outra pesquisa revelou que a maioria dos jovens com iniciação sexual já havia fumado maconha ou ingerido bebida alcoólica (VANZIN, 2013).

Um estudo mostrou que 46,1% dos jovens mantém relações sexuais sob efeito de álcool e drogas ilícitas. Estes jovens narraram não fazer uso do preservativo e também perda da consciência devido ao uso da droga e, dessa forma, acabam negligenciando o uso do preservativo, colocando a si mesmo e ao parceiro (a) em risco para as IST (MACHADO, 2010).

No âmbito internacional, estudo feito na Inglaterra mostrou a associação do uso de álcool e sexo sem proteção, onde o consumo de bebidas alcóolicas continua a crescer e os jovens relataram ter relações sexuais sem proteção, pois com o consumo crescente e frequente de álcool e drogas, certas funções cognitivas, como a memória, são afetadas e eles se referiram à falta de memória para explicar o não uso de preservativo. Como consequência, os casos de ISTs na Grã-Bretanha cresceram em 20% durante 1995 e 2000 (BELLIS; HUGHES, 2004).

De acordo com a PeNSE 2009, em Fortaleza, 73,4% dos jovens tiveram relações sexuais com uso do preservativo, mostrando que, apesar do consumo de álcool e drogas ilícitas ser um fator de risco para o sexo sem proteção, mais da metade dos jovens relataram fazer sexo seguro (BRASIL, 2009). Isso se deve a maior orientação sobre os riscos de ISTs e gravidez na adolescência, conscientizando os jovens a se protegerem.

Embasado nos dados da pesquisa realizada, fazem-se necessários políticas de educação e saúde pública para a prevenção do uso de álcool e/ou drogas ilícitas e o sexo não seguro para esta população.

A escola como instituição social destinada à educação deve estar, institucionalmente, articulada com as necessidades da sociedade para que sua proposta pedagógica possa implementar projetos referenciados pelo seu público alvo. Assim, a escola é responsável por formar jovens capazes de lidar, de maneira saudável com o uso de drogas e as ISTs.

Verifica-se na literatura concentração de estudos que aborda a questão do sexo desprotegido em adolescentes e escassez de estudos que tragam essa temática na população adulta jovem escolar, embora perceba-se que, na pesquisa realizada, a população em questão apresentou dados importantes a serem discutidos e analisados.

Salienta-se, portanto, a necessidade de que pesquisas posteriores abordem a questão do sexo não seguro em adultos jovens escolares, onde o conhecimento do comportamento desses jovens torne-se subsídio para a promoção da saúde dos estudantes, gerando possibilidades de elaboração das informações recebidas e de discussão dos obstáculos emocionais e culturais que impedem a adoção de condutas preventivas nessa população. Tal população deve receber mais atenção dos órgãos públicos de saúde para a promoção de educação em saúde sobre os riscos do uso abusivo dessas substâncias e educação sexual para a prevenção e redução de danos.

## REFERÊNCIAS

BELLIS, M. A., HUGHES, K. Sex potions. Relationship-betweenalcohol, drugsand sex. **ADICCIONES**, Barcelona, v. 16, n. 4, p. 249-258, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e **Hepatites Virais**. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Ministério da saúde, 2014.

LARANJEIRA, R. et al. (Supervisão). **II Levantamento nacional de álcool e drogas (IILENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

MACHADO, N. G. et al. Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 284-90, abr/jun.2010.

SCIVOLETTO, S. et al. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2o grau de São Paulo. **RevBrasPsiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 1999.

VANZIN, R. et al. Vida sexual de adolescentes escolares da rede pública de Porto Velho-RO. **Aletheia**, Canoas-RS, v. 41, p. 109-120, maio/ago.2013.

WILSON, C. M. et al. Epidemiology of HIV infection and risk in adolescents and youth. **J AcquirImmuneDeficSyndr.**, v. 54, suppl 1, 2010.

# **FÁRMACOS UTILIZADOS POR ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

Taiane Emyll Silva Sampaio  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Raquel Sampaio Florêncio  
Lorena Campos de Souza  
Jéssica Naiane Gama da Silva  
Virna Ribeiro Feitosa Cestari  
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

O uso de medicamentos é prática comum na nossa sociedade, pois é um meio considerado eficaz para a cura de indisposições e agravamentos da saúde, além de ser amplamente reforçado pelas práticas atuais de saúde. Segundo Lima, Nunes e Barros (2010) o medicamento é um símbolo da saúde, da cura e do retardo na progressão das doenças, porém, o uso sem controle, feito de forma indevida ou indiscriminada, pode suscitar agravos e até mesmo levar ao óbito.

O uso racional de medicamentos acontece quando os pacientes utilizam o fármaco de forma apropriada às suas necessidades clínicas, em doses e momentos adequados às particularidades indivi-

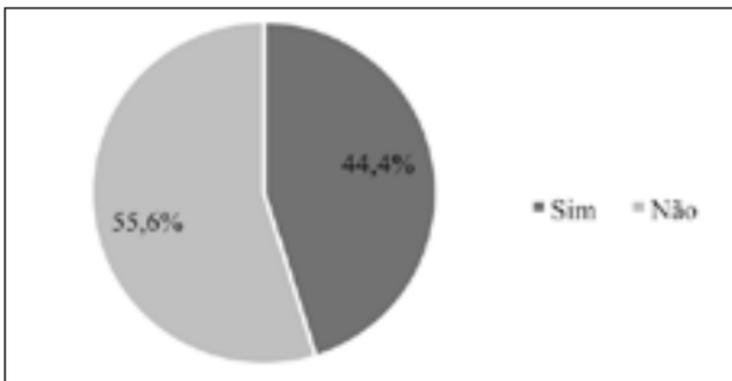
duais, com custo baixo para estes e para a comunidade (CUNHA et al., 2012). Porém, na atualidade, é comum muitos indivíduos utilizarem de forma inadequada. Usar o fármaco imprudentemente ou inadequadamente é o que se conhece como automedicação, ou seja, sem indicação do prescritor. Esse evento vem chamando atenção dos órgãos reguladores de saúde na atualidade, pois, pode acarretar sérios riscos à saúde do indivíduo que realiza essa prática (VENEGAS et al., 2016).

O uso indiscriminado de medicamentos é comumente associado aos idosos, pois essa camada da população convive com situações próprias que tendem a intensificar a necessidade de medicação. Contudo, Medeiros, Pereira e Medeiros (2011) afirmam que a automedicação ocorre há muito tempo em nosso país e está relacionada intensamente com a organização do sistema de saúde.

Desse modo, a população jovem também está sujeita a essa prática e suas consequências. Informações do Ministério da Saúde ressaltam que esse hábito na população brasileira pode se dá ao fato do medicamento ser considerada uma mercadoria que pode ser adquirida e consumida sem a orientação devida, como também pode estar relacionado ao difícil acesso aos serviços de saúde no país (BRASIL, 2005). Diante desse cenário de facilidades para adquirir os medicamentos, em contraponto às dificuldades no acesso aos serviços, objetivou-se identificar os fármacos utilizados por adultos jovens escolares.

Para alcançar tal objetivo, delineou-se um estudo descritivo, utilizando como população-alvo 1073 adultos jovens escolares de uma pesquisa maior. No entanto, para fins desse estudo, foram investigados aqueles que utilizavam algum tipo de fármaco, perfazendo um total de 476 jovens como mostra o gráfico 1.

**Gráfico 1** - Uso de fármacos por adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).



Fonte: Dados da pesquisa.

De 1073 jovens escolares que participaram do estudo, 476 (44,4%) afirmaram usar algum fármaco. Desse total, 60,9% (290) eram do sexo feminino e tinham média de idade de 21,23 ( $\pm 1,42$ ) anos. Em relação às questões clínicas, verificou-se que 36,6% tinham problemas de saúde e que a classe dos medicamentos mais utilizada por essa população foi a dos anti-inflamatórios, com 14,5%, seguido pelos anticoncepcionais com 9,4%, e os antibióticos com 3,3% (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização dos adultos jovens escolares quanto aos problemas de saúde e classe de fármacos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=476).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Problema de saúde</b>		
Tem problema de saúde	174	36,6
Não tem problema de saúde	296	62,2
<b>Classe dos fármacos</b>		
Anti-inflamatório	156	14,5
Anticoncepcional	101	9,4
Antibiótico	35	3,3
Antialérgico/Anti-histamínico	22	2,1
Antidepressivo	14	1,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base nestas informações, percebeu-se um número significativo de escolares em uso de algum tipo de fármaco, mesmo não tendo relatado problemas de saúde. Essa característica parece ser comum em outros estudos. Segundo Silva et al. (2011) 80 milhões de pessoas praticam a automedicação no Brasil, o que pode estar associado a fatores como a má qualidade de oferta de medicamentos, o não cumprimento da obrigatoriedade da receita médica e a carência de informações e instrução da população. O uso indevido dessas drogas gera consequências para os usuários que, em longo prazo, podem desenvolver alguma doença e em curto prazo, podem ser vítimas de intoxicação (CUNHA et al., 2012).

Além disso, observou-se média de idade superior a 20 anos e maior uso realizado pelas mulheres. Silva e Giugliani (2004) também encontraram prevalência do sexo feminino (58,4%).

A classe medicamentosa mais usada foi a dos anti-inflamatórios, semelhante ao encontrado por Silva e Giugliani (2004). Segundo Villeti e Sanches (2009), os anti-inflamatórios compartilham muitas atividades terapêuticas, contudo também compartilham vários efeitos colaterais indesejáveis, estando comumente associados à indução de ulceração gástrica ou intestinal que, algumas vezes, pode ser acompanhada de anemia devido à consequente perda de sangue. O uso contínuo dessas drogas pode representar prejuízo significativo na saúde desses jovens, contudo os sintomas que emergirem podem não ser percebidos como consequência da automedicação, promovendo estímulo ao uso dos medicamentos, ao invés de seu controle.

Ressalta-se que 62,2% dessas pessoas não referiram doença que justificassem o uso dessas medicações, confirmando a utilização indevida e a automedicação. Para Arruda et al. (2011), o exercício da automedicação envolve diversos aspectos, como praticidade para resolver distúrbios menores, tendo em vista a inacessibilidade ao médico por camadas da população, aliado à facilidade para conseguir o fármaco.

Após os anti-inflamatórios, a classe de medicamentos mais citada foi a dos anticoncepcionais. Esses fármacos são comumente ingeridos pelas mulheres e, de modo geral, seu uso não é orientado por se tratar de prática corriqueira.

Os contraceptivos orais, quando utilizados por mais de três, meses sugerem aumento no risco de

desenvolver lesão intra-epitelial de alto grau sendo importante fator na etiogenia do câncer do colo uterino, principalmente se o uso foi iniciado antes dos 17 anos, quando o trato genital feminino ainda não está completamente desenvolvido (SILVA et al., 2015).

A média de idade dos pesquisados foi de 21 anos, porém pode-se inferir que o uso dos anticoncepcionais tenha iniciado ainda na adolescência, o que aumenta os riscos de distúrbios associados. Um fator que merece ser pontuado é se essas jovens recebem orientação sobre a maneira adequada de usar esses fármacos, de modo a garantir a eficácia e a segurança, pois anticoncepcionais orais possuem especificidades que variam de um fármaco para outro.

Quanto aos antibióticos, (3,3%), terceira classe referida pelos pesquisados, estes são utilizados para combater infecções bacterianas. A literatura mostra que desde sua descoberta, houve grande progresso, pois foram criadas novas classes do medicamento, caracterizando-se pelo tipo de bactéria, do local e da gravidade da infecção, ou seja, das ações específicas a depender do fármaco (NOVARETTI; AQUINO; PSICOPO, 2014). Atualmente, esses medicamentos aparecem constantemente como tema de discussão sobre automedicação e uso indiscriminado, pois sua utilização sem controle acarreta riscos individuais e para a sociedade como um todo.

Os antibióticos vêm sendo empregados muitas vezes de maneira inadequada. São usados desnecessariamente em até 60% dos casos de infecções

respiratórias e em quase 40% dos casos de diarreia em países em desenvolvimento, pois predominam as infecções virais e/ou parasitárias. Segunda a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso de antibióticos, mesmo formalmente prescritos, pode ser desnecessário em até 50% dos casos (NOVARETTI; AQUINO; PSICOPO, 2014).

Como consequência do uso inapropriado da antibioticoterapia, a resistência bacteriana, problema de saúde mundial, cresce rapidamente entre os países com prevalência variável. A cada dia as bactérias ficam mais resistentes aos antimicrobianos. Consequentemente, aumentam o número de dias de internação, risco de mortalidade e custo hospitalar, além do fato de que os antibióticos de última geração têm elevado preço (NOVARETTI; AQUINO; PSICOPO, 2014).

Após os antibióticos, segue-se o uso de antialérgicos/anti-histamínicos (2,1%) que inibem a histamina, aminoácido liberado por muitos tecidos quando o organismo é exposto a alguma substância tóxica, ocorrendo, assim, uma resposta tecidual, ocasionando sintomas alérgicos, tais como: urticária, erupções cutâneas, espirros, coriza, vermelhidão da esclera, contração brônquica, sendo capaz de causar agravamentos tal como um choque anafilático (CRIADO et al., 2010).

Os antidepressivos aparecem na quinta posição, representando 1,3% do total de jovens pesquisados, merecendo atenção por tratar-se de me-

dicações com indicação específica. Antidepressivos produzem alterações de comportamento, percepção, pensamento e emoções, e podem levar à dependência em alguns casos, principalmente se usados por longos períodos (GUERRA et al., 2013).

Horta et al. (2014) referem que o consumo de psicotrópicos aumenta com a idade e está associado ao contexto familiar e à saúde mental. Para melhor utilização dessas medicações é necessário acompanhamento constante e reavaliações periódicas feitas por especialistas.

Faz-se relevante a sensibilização dos profissionais de saúde e da sociedade para o uso adequado e controlado de medicamentos. O fármaco representa mais do que o alívio de um sintoma, um fator importante no controle de doenças graves, como as infecções bacterianas. Vale ressaltar ser de suma importância que os profissionais da área da saúde realizem educação em saúde com o público alvo do estudo, tentando conscientizá-los sobre as consequências do uso inadequado de medicamentos.

## **REFERÊNCIAS**

- ARRUDA, E. L. et al. Automedicação: verificação em estudantes universitários da Universidade Federal do Tocantins – UFT Araguaína. **Ensaio e Ciência Ciências agrárias, biológicas e da saúde.**, v. 15, n. 6, p. 21-30, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Consumo de medicamentos: um autocuidado perigoso, 2005. Disponível em:

[http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/medicamentos.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/medicamentos.htm). Acesso em: 20 Jan 2017.

CRIADO, P. R.; CRIADO, R. F. J.; MARUTA, C. W.; MACHADO FILHO, C. D. Histamina, receptores de histamina e anti-histamínicos: novos conceitos. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, p. 195-210, Abril. 2010.

CUNHA, K. O. A. et al. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. **RevEscEnferm USP**, v. 48, n. 8, p. 1431-7, 2012.

GUERRA, C. C. M. et al. A. Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade referência para saúde mental. **RevEnfermUFPE OnLine**[Internet], v. 7, n. 6, p. 4444-51, 2013. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3437/pdf\\_2765](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3437/pdf_2765). Acesso em: 20 Jan 2017.

HORTA, R. L. et al. Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **RevBrasEpidemiol.** [Internet], v. 17, supl. 1, p. 31-65, 2014. Disponível em:[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt\\_1415-790X-rbepid-17-s1-00031.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00031.pdf). Acesso em: 20 Jan 2017.

LIMA, G. B.; NUNES, L. C. C.; BARROS, J. A. C. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo programa saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3517-3522, 2010.

MEDEIROS, R. A.; PEREIRA, V. G.; MEDEIROS, S. M. Vigilância em saúde na enfermagem: o caso das medicações sem prescrição em crianças. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 233-7, 2011.

NOVARETTI, M. C. Z. AQUINO, S. PSICOPO, M. R. Controle de vendas de antibióticos no Brasil: análise do efeito dos atos regulatórios no uso abusivo pelos consumidores. **RASM**, Alvorada, v. 4, n. 2, p. 25-39, jul./dez. 2014.

SILVA, C. H. GIUGLIANI, E. R. J. Consumo de medicamentos em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 4, 2004.

SILVA, I. M. et al. Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, suppl. 1, p. 1651-60, 2011.

SILVA, R. T. et al. Contraceptivos orais e hábito tabagista são fatores de risco para lesões precursoras do câncer do colo uterino? Congresso de pesquisa e extensão da FSG, 3. **Anais...** Caxias do Sul, 2015.

VENEGAS, E.P. et al. Propuesta de un modelo de gestión de medicamentos en indicaciones no registradas en Colombia. **Rev Panam SaludPublica**, v. 39, n. 5, p. 274-80, 2016.

VILLETI, F.; SANCHES, A. C. C. Uso indiscriminado e/ou irracional de antiinflamatórios não esteroidais (aines) observados em uma farmácia de dispensação. **Rev Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 10, n. 1, jan./jun, 2009.

**PARTE III**

---

**CRONICIDADES EM ADULTOS  
JOVENS ESCOLARES**

---

# **HISTÓRICO DE GANHO DE PESO EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES COM EXCESSO PONDERAL**

Raquel Sampaio Florêncio  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Ana Caroline Andrade Oliveira  
Raquel Rodrigues da Costa  
Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago  
Danilo Cunha Ribeiro

O excesso ponderal (EP) atinge mais da metade da população adulta brasileira (BRASIL, 2014). Sua prevalência é alta e preocupante, tornando-se evidente no cenário das discussões epidemiológicas e políticas, sobretudo, porque se apresenta como desencadeadora de várias outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (OLIVEIRA; MARTINS, 2013; OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2010).

Além disso, vêm se intensificando também entre jovens de idades diversas, em todo o mundo industrializado, que aderem precocemente ao comportamento alimentar irregular e praticam cada vez menos exercícios físicos. Como consequência, desenvolvem precocemente morbidades relaciona-

das ao EP, contribuindo para o aumento de casos de cronicidades e onerando o serviço de saúde para oferecer tratamento (DIAS; ORNELAS; AKIBA, 2010).

Já há evidência desse aumento da prevalência do EP em adolescentes e adultos e nos poucos estudos realizados com adultos jovens (20 a 24 anos) (CARVALHO et al., 2014; GOMES et al., 2012; MOREIRA, 2012; SANTIAGO, 2012), a frequência de casos de excesso ponderal já chega a um terço. Além desta evidência, são observados fatores de risco e vulnerabilidades à DCNT, sendo necessária maior atenção a esses jovens, que apresentam características peculiares dessa fase da vida.

Sabe-se que o agravo em questão é multifatorial e seus fatores sociodemográficos (FLORÊNCIO et al., 2016) e psico-emocionais (FLORÊNCIO et al., 2016a) a todo instante estabelecem relações estreitas com os modos de vida nos quais os adultos jovens estão imersos. Embora as questões citadas sejam importantes nesse processo, o histórico de ganho de peso tem determinado muitos casos de EP (ABESO, 2016). É acreditando nessa prerrogativa que se questiona: Que aspectos do histórico de ganho de peso estão relacionados ao EP em adultos jovens escolares?

Responder a esse questionamento se faz pertinente, pois o aumento da magnitude do EP entre os jovens de diversas regiões do mundo é uma realidade incontestável. O reconhecimento da comple-

xidade de seus determinantes é um dos desafios atuais na agenda da saúde pública mundial.

Assim, apresentou-se na tabela 1 a relação entre EP e histórico de ganho de peso, uma vez que determinantes individuais também fazem parte dessa condição.

**Tabela 1** - Análise uni e bivariada das características do histórico de ganho de peso associadas ao excesso ponderal em adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=560).

Variáveis	Total	Excesso ponderal		p-valor*	OR (IC 95%)
	f (%)	Sim f (%)	Não f (%)		
<b>Peso na infância<sup>1</sup></b>					
Peso normal	480 (85,7)	162 (33,8)	318 (66,2)	<b>0,001</b>	0,41 (0,24-0,72)
Acima do peso	58 (10,4)	32 (55,2)	26 (44,8)		
<b>Peso na adolescência<sup>2</sup></b>					
Peso normal	477 (85,2)	148 (31,0)	329 (69,0)	<b>0,001</b>	0,23 (0,14-0,39)
Acima do peso	76 (13,6)	50 (65,8)	26 (34,2)		
<b>Excesso ponderal na família</b>					
Sim	235 (42,0)	109 (46,4)	126 (53,6)	<b>0,001</b>	2,22 (1,56-3,17)
Não	325 (58,0)	91 (28,0)	234 (72,0)		

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: 1: 22 missing; 2: 7 missing; \*nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *oddsratio*; IC: intervalo de confiança.

Um desses determinantes diz respeito ao histórico de ganho de peso. Percebem-se importantes características a serem consideradas no planejamento de políticas públicas, pois a história de excesso ponderal na infância, adolescência e na família foram identificadas em 10,4%, 13,6%, 42,0% dos adultos jovens, respectivamente.

Houve maior proporção de EP no grupo de jovens que já tinham EP na infância (55,2%), adolescência (65,8%) e histórico de EP na família (46,4%). Na análise bivariada, estiveram associados ao EP: peso na infância (OR=0,41; [0,24;0,72]; p=0,001), peso na adolescência (OR=0,23; [0,14;0,39]; p=0,001), EP na família (OR=2,22; [1,56;3,17]; p=0,001).

Passando a discutir os aspectos do histórico de ganho de peso, resgatam-se as questões genéticas como possíveis marcadores associados ao EP. Identifica-se, ainda, associação entre obesidade em um dos pais ou em ambos e obesidade no filho (ABESO, 2016; 2009). Santiago (2012), quando investigou a história de ganho ponderal na infância, adolescência e dos pais, 12% relataram EP na infância e 11,8% na adolescência e um quarto deles afirmaram que os pais tinham histórico de EP.

Para Santiago (2012), o ganho ponderal na infância associou-se estatisticamente na análise bivariada (p=0,05), com OR=1,78[1,01-3,19], porém não permaneceu no modelo ao ser testado na análise multivariada (p=0,82). A literatura atual indica que adultos jovens estão sob risco de EP na transição da infância ou adolescência para a fase adulta de suas vidas. Os períodos mais críticos para o desenvolvimento do EP estão na primeira infância, durante a forte oscilação na trajetória da adiposidade corporal, que ocorre entre os cinco e sete anos, e na adolescência (CONDE; BORGES, 2011).

Com relação ao EP na adolescência, este apresentou significância estatística ( $p < 0,001$ ) na análise bivariada ( $OR = 7,81 [4,01; 15,19]$ ) e ao ser testado na multivariada, permaneceu no modelo final ( $p < 0,001$ ), demonstrando que o adulto jovem com história de EP na adolescência tem 6,3 vezes mais chances de desenvolver sobrepeso/obesidade na idade adulta jovem, com intervalo de confiança 95% [2,48; 13,31].

Além de tais aspectos, considera-se que a história de EP vai além da infância e adolescência, podendo estar relacionada com a história familiar. As Diretrizes Brasileiras para o tratamento da Obesidade (ABESO, 2016; 2009) afirmam que o risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, mas essa porcentagem aumenta para 50% quando um dos genitores é obeso e atinge 80% quando os dois são obesos.

Corroborando com esses resultados, a forte relação existente entre o EP dos pais e seus filhos tem sido frequentemente verificada em estudos anteriores (FERNANDES et al., 2009; SUÑÉ et al., 2007). Essa relação também ficou evidenciada no caso-controle realizado por Santiago (2012), onde a autora descreve a existência de associação estatística somente entre ganho de peso da mãe ( $p = 0,01$ ;  $OR = 1,78 [1,15; 2,76]$ ) na análise bivariada. Entretanto, quando realizada a análise multivariada, esta variável preditora não permaneceu no modelo ( $p = 0,37$ ;  $OR = 1,28 [0,74; 2,19]$ ).

Quando comparado a adultos de modo geral, em estudo realizado na cidade de Salvador-Bahia, a história familiar de obesidade elevou significativamente a prevalência do EP (RP: 1,42; IC%:1,08-1,86), quando comparada com a prevalência daquelas sem registro desses eventos entre os familiares (OLIVEIRA et al., 2009).

A partir dos achados, verificou-se a relação entre o histórico de ganho de peso em adultos jovens com EP. No entanto, sabe-se que esse agravo tem diversos determinantes. Verifica-se, assim, a multifatorialidade imbricada nesse agravo e a necessidade do planejamento e organização de estratégias que possam englobar tais aspectos como forma de fomentar as práticas de promoção da saúde de forma contextualizada. Outrossim, identificar esses aspectos relacionados ao histórico de ganho de peso podem sensibilizar profissionais de saúde a desenvolver as ações de prevenção de EP em fases cada vez mais precoces.

Portanto, a partir desses resultados, medidas e intervenções com o intuito de prevenir o desenvolvimento do EP e a ocorrência de seus determinantes devem ser implementadas, podendo contribuir para o incremento de estratégias de prevenção que devem ser adaptadas de acordo com o contexto demográfico, econômico e sociocultural.

## REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010**. 3. ed. Itapevi/SP: AC Farmacêutica, 2009.
- ABESO. Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo/SP: AC Farmacêutica, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CARVALHO, I. S. et al. Prevenção de cronicidades: análise do risco cardiovascular em escolares adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. In: GOMES, I.L.V.; PINTO, F. J. M.; FIGUEIREDO, S. V. **Temáticas de dissertações no âmbito da Saúde Pública: concepção de orientadores e estudantes (Orgs.)**. Fortaleza: EdUECE, 2014.
- CONDE, W. L.; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, n. 1, p. 71-9, 2011.
- DIAS, A. M.; ORNELAS, C.; AKIBA, T. As causas e as causas das causas da obesidade. **ArqCiênc Saúde**, v. 17, n. 3, p. 154-60, jul/set. 2010.
- FERNANDES, R. A. Fatores familiares associados à obesidade abdominal entre adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 451-457, out/dez. 2009.
- FLORÊNCIO, R. S. et al. Excesso ponderal e marcadores de vulnerabilidade sociodemográfica em adultos jovens escolares. **Acta paul. Enferm.**, v. 29, n. 4, p. 413-427, Ago 2016.
- FLORÊNCIO, R.S. et al. Excesso ponderal em adultos jovens escolares: a vulnerabilidade da autopercepção corporal distorcida. **Rev. bras. enferm**, v. 69, p. 258-265, 2016a.
- GOMES, E. B. et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, Aug. 2012.

GORDON-LARSEN, P.; THE, N. S.; ADAIR, L. S. Longitudinal trends in obesity in the United States from adolescence to the third decade of life. **Obesity** (Silver Spring), v. 18, n. 9, p. 1801-4, Sep 2010.

MOREIRA, T. M. M. **Análise do risco cardiovascular em escolares adultos jovens de Maracanaú – Ceará.** Edital MCT/CNPq 14/2010 – Universal, 2012. Mimeografado.

OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Fração da carga global do diabetes mellitus atribuível ao excesso de peso e à obesidade no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 27, n. 5, p. 338-44, 2010.

OLIVEIRA, G. M. M.; MARTINS, W. A. O Preço da Obesidade. **Rev Bras Cardiol.** v. 26, n. 4, p. 238-40, jul/ago, 2013.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 570-82, mar. 2009.

SANTIAGO, J. C .S. **Análise da obesidade em adultos jovens escolares:** subsídio à educação em saúde pelo enfermeiro. 2012. 121f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

SINGH, A. S. et al. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. **Obes Rev.**, v. 9, n. 5, p. 474-488, 2008.

SUÑÉ, F. R. et al. Prevalence of overweight and obesity and associated factors among school children in a southern Brazilian city. **CadSaudePublica.**, v. 23, p. 1361-71, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity:** preventing and managing the global.

YANNAKOULIA, M. et al. Five-Year Incidence of Obesity and Its Determinants: The ATTICA Study. **Pub Heal Nutr.**, v. 12, n. 1, p. 36-43, 2009.

# **CARACTERÍSTICAS DE NASCIMENTO E GINECOLÓGICAS ASSOCIADAS AO EXCESSO PONDERAL EM ADULTAS JOVENS ESCOLARES**

Raquel Rodrigues da Costa

Thereza Maria Magalhães Moreira

Raquel Sampaio Florêncio

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

O excesso ponderal (EP) pode ser conceituado resumidamente como o armazenamento excessivo de gordura no organismo, estando associado a riscos para a saúde, devido sua relação com várias complicações metabólicas (ABESO, 2011; BRASIL, 2014). As prevalências relacionadas ao EP em adultos são variáveis e sofrem determinações pelo sexo, sendo que a população adulta de mulheres constitui um grupo de elevada vulnerabilidade ao EP, atingindo a prevalência de 49% no Brasil e de 35% em escala mundial (COSTA et al., 2014).

Esse agravo tem sido associado a efeitos adversos à saúde das mulheres em curto e longo prazos. Mulheres com EP apresentam redução da capacidade reprodutiva e aumento do risco de desfechos adversos na gestação. Entretanto, vários fatores do

ciclo reprodutivo podem ser considerados como fatores de risco para o EP, condição que leva ao desenvolvimento de diabetes e doença cardiovascular (ROSA et al., 2011).

Paralelamente, o EP vem se intensificando também entre jovens de idades diversas em todo o mundo industrializado (DIAS; ORNELAS; AKIBA, 2010). Há evidência desse aumento da prevalência do EP em adolescentes e adultos, no entanto, a população de mulheres adultas jovens tem sido pouco estudada em publicações nacionais e mundiais, bem como diante das políticas de educação e saúde. Nos poucos estudos encontrados que abordaram as adultas jovens na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde brasileiro e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (20 a 24 anos) (CARVALHO et al., 2014; GOMES et al., 2012; MOREIRA, 2012; SANTIAGO, 2012), a frequência de casos de EP está em 50%.

Desta forma, evidencia-se a importância de estudos que abordem o EP no público em questão como subsídio para a articulação de estratégias que minimizem os riscos aos quais os jovens estão expostos, incitando-lhes o desejo de um viver saudável. Logo, objetivou-se analisar o excesso ponderal e fatores associados em mulheres adultas jovens escolares de uma capital do Nordeste brasileiro.

O alcance desses objetivos foi subsidiado inicialmente pela descrição das características de nascimento e ginecológicas, onde se verificou que do total de mulheres adultas jovens, mais da metade

nasceram de parto normal (68,7%) e 20,3% aumentaram mais que 16 quilos durante a gestação. Além dos resultados acima, observou-se que 16,3% das jovens tiveram o primeiro filho com idade menor que 16 anos, 50,5% apresentaram a menarca com idade inferior aos 12 anos e 11% autorreferiram ter ovário micropolicístico.

Na análise bivariada das características de nascimento e ginecológica, apresentaram associação estatisticamente significativa com o EP ( $p < 0,05$ ) a 'idade da menarca'. As variáveis 'quantos quilos aumentou na gravidez', 'idade que teve primeiro filho', 'presença de ovário micropolicístico autoreferido' não apresentaram relação significativa com o desfecho (Tabela 1).

**Tabela 1-** Análise uni e bivariada das características de nascimento e ginecológica associadas ao excesso ponderal em adultas jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=546).

Variáveis	Total	Excesso ponderal		p-valor*	OR (IC 95%)
	f (%)	Sim f (%)	Não f (%)		
<b>Tipo de parto</b>					
Cesáreo	123 (22,5)	43 (35,0)	80 (65,0)	0,310	0,803(0,525-1,227)
Normal	375 (68,7)	150 (40,1)	224 (59,9)		
<b>Quantos quilos aumentou na gravidez</b>					
≥16Kg	48 (8,8)	30 (62,5)	18 (37,5)	0,055	1,961(0,980-3,923)
<16 kg	111 (20,3)	51 (45,9)	60 (54,1)		
<b>Idade que teve o primeiro filho</b>					
<18 anos	89 (16,3)	50 (56,2)	39 (43,8)	0,111	1,629(0,893-2,970)
≥18 anos	84 (15,4)	37 (44,0)	47 (56,0)		

Variáveis	Total	Excesso ponderal		p-valor*	OR (IC 95%)
	f (%)	Sim f (%)	Não f (%)		
<b>Idade da menarca</b>					
<12 anos	90 (16,5)	52 (57,8)	38 (42,2)	<b>0,000</b>	2,395(1,474-3,890)
≥12 anos	276 (50,5)	100 (36,4)	175 (63,6)		
<b>Presença de ovário micropolicístico autorreferido</b>					
Sim	60 (11,0)	29 (48,3)	31 (51,7)	0,176	1,457(0,843-2,519)
Não	377 (69,0)	147 (39,1)	229 (60,9)		

Fonte: Dados da pesquisa; Nota: \*nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *oddsratio*; IC: intervalo de confiança.

As mulheres jovens, por serem mais vulneráveis às pressões dos padrões socioculturais, econômicos e estéticos, acabam constituindo o grupo de maior risco para possível desenvolvimento de distúrbios alimentares, que apresentam múltiplas causas, incluindo fatores genéticos, ambientais e comportamentais (SIMONE, 2012). Os fatores relacionados à função reprodutiva da mulher receberam um enfoque especial neste estudo. A idade da menarca apresentou-se como importante determinante para o EP destacando-se significativamente, em meio aos diversos outros analisados.

A menarca em idade inferior aos 12 anos apresentou associação estatística significativa com o EP na análise bivariada (OR=2,39; [1,47; 3,89]; p=0,000). No Nordeste brasileiro, estudo realizado com mulheres em idade reprodutiva (CORREIA et al., 2011), observou que uma menarca em idade precoce, ou seja, antes dos 12 anos, aumentou em 59% o

risco de obesidade, corroborando com dados de Pinho et al. (2011) em estudo realizado com mulheres da zona rural e urbana de Pernambuco, onde identificou que, das mulheres que tinham EP, mais da metade (61,3%) desenvolveram menarca com idade igual ou inferior a 11 anos de idade.

Meninas maturadas precocemente apresentaram maiores valores de peso e maior risco de EP, segundo Oliveira, Frutuoso e Gambardella (2014) em estudo realizado com crianças e adolescentes de duas escolas de São Paulo. Inúmeros fatores têm sido relacionados com essa maturação sexual, exercendo influência sobre a idade da menarca. Estudos anteriores indicavam que, meninas de classes sociais mais altas e as mais bem nutridas menstruam mais cedo. Recentemente estudos mostram que a obesidade também antecipa a menarca (CASTILHO; NUCCI, 2015).

Na associação entre a menarca precoce e o EP, há plausibilidade biológica, e pode ser explicada, pois a massa de gordura corporal seria precursora do início da puberdade por meio da síntese de leptina pelos adipócitos, que aceleraria a maturação do tecido e a função reprodutiva (OLINTO et al., 2007). Esta associação é preocupante, pois a puberdade tem apresentado uma tendência de ocorrer cada vez mais cedo, estimando-se que a cada década a idade da menarca diminua de três a quatro meses, implicando, assim, na manutenção e agravamento deste fator de risco de natureza biológica (CORREIA et al., 2011).

Reduzir a prevalência do EP em mulheres adultas jovens, de fato implica ganhos importantes em termos de saúde física e mental, como o controle de graves doenças crônicas e o aumento do sentimento de autoestima dessas mulheres, devendo-se, para isto, investir-se maciçamente em medidas de prevenção tanto primária (redução do sobrepeso) como secundária (redução da obesidade) (CORREIA et al., 2011). Assim, o conhecimento desses fatores torna-se fundamental para orientar o desenvolvimento de práticas que promovam a saúde e subsidiar o atendimento dos profissionais de saúde às demandas de saúde específicas dessa população.

## REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. **Revista da ABESO**, v. 2, n. 50, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014:**

vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO, I. S. et al. Prevenção de cronicidades: análise do risco cardiovascular em escolares adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. In: GOMES, I. L. V.; PINTO, F. J. M.; FIGUEIREDO, S. V. **Temáticas de dissertações no âmbito da Saúde Pública:** concepção de orientadores e estudantes (Orgs.). Fortaleza: EdUECE, 2014.

CASTILHO, S. D.; NUCCI, L. B. Idade da menarca em escolares com e sem excesso de peso. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 91, n. 1, p. 75-80, jan./feb. 2015.

CORREIA, L. L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 16, p. 133-145, 2011.

COSTA, E. C. et al. Evolução do excesso de peso e fatores associados em mulheres de 10 a 49 anos em Pernambuco, Nordeste, Brasil. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 27, n. 5, p. 513-524, 2014.

DIAS, A. M.; ORNELAS, C.; AKIBA, H. T. As causas e as causas das causas da obesidade. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.17, n. 3, p. 154-60, jul./set. 2010.

GOMES, E. B. et al. V. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 594-600, ago. 2012.

MOREIRA, T. M. M. **Análise do risco cardiovascular em escolares adultos jovens de Maracanaú – Ceará**. Edital MCT/CNPq 14/2010 – Universal, 2012. Mimeografado.

SANTIAGO, J. C. S. **Análise da obesidade em adultos jovens escolares**: subsídio à educação em saúde pelo enfermeiro. 2012. 121f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2012.

SIMONE, G. A. A influência da imagem corporal como causa de transtornos alimentares em adolescentes escolares de uma escola da rede particular de Brasília. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 6, p. 105-117, 2012.

OLINTO, M. T. A. et al. Epidemiologia da obesidade abdominal em mulheres adultas residentes no sul do Brasil. **Arch. Latinoam. Nutr.**, v. 57, n. 4, p. 349-356, 2007.

OLIVEIRA, J. R.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Associação entre maturação sexual, excesso de peso e adiposidade central em crianças e adolescentes de duas escolas de São Paulo. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 2, p. 201-207, 2014.

ROSA, M. I. et al. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2559-2566, 2011.

# **AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE NEGATIVA EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES COM EXCESSO PONDERAL: SUBSÍDIO À APROXIMAÇÃO DA ESCOLA AO SETOR DA SAÚDE**

Laryssa Veras Andrade  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Raquel Sampaio Florêncio  
Irialda Saboia Carvalho  
Dafne Lopes Salles  
Samuel Miranda Mattos  
Kellen Alves Freire

A autopercepção de saúde é um indicador utilizado em inquéritos de saúde que, embora subjetivo, propicia uma medida eficaz, rápida e de baixo custo sobre a saúde de grupos populacionais (AGUILAR-PALACIO; CARRERA-LASFUENTES; RABANAQUE, 2015).

As particularidades que envolvem a autopercepção de saúde justificam a condução de estudos locais e regionais, que possam auxiliar os gestores de saúde na elaboração de estratégias para melhorar as condições de saúde da população. A identificação

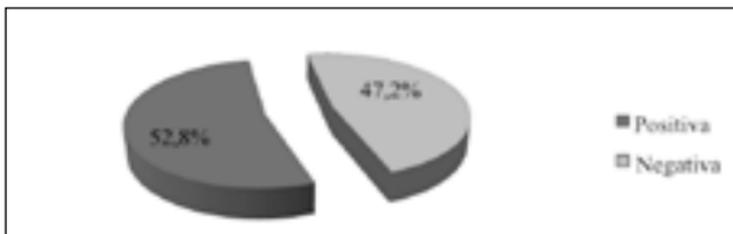
dos diversos aspectos envolvidos na percepção da saúde pode revelar grupos mais vulneráveis, possibilitando medidas mais específicas e mais efetivas para melhoria da qualidade de vida desses grupos.

A relevância deste estudo está na possibilidade de preencher lacunas de conhecimento no contexto nacional, sendo um indicador que poderá auxiliar em estratégias de ações em saúde pública na população jovem. No presente estudo, o objetivo foi analisar a associação da autopercepção de saúde negativa com a autopercepção do excesso ponderal (EP) e satisfação corporal em adultos jovens escolares com EP.

A avaliação da autopercepção geralmente é baseada em quatro categorias (ótima, boa, regular e ruim) nos estudos em geral. No entanto, nesse capítulo, optou-se por somar as classes, dividindo-as em positiva (ótima e boa) e negativa (regular e ruim).

Como parte integrante de um projeto maior, cuja amostra foi de 1073 adultos jovens, optou-se por extrair dela apenas aqueles com EP, totalizando 381. Desta forma, ao fazer a análise das duas categorias, verificou-se que 52,8% dos jovens tinham autopercepção de saúde positiva, o que não diferiu muito do que foi encontrado para autopercepção de saúde negativa (47,2%). (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal em Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=381).



Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise bivariada das características relacionadas ao peso corporal, apresentaram associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde ( $p < 0,05$ ): autopercepção de EP e satisfação corporal.

**Tabela 1**- Análise uni e bivariada das características relacionadas ao peso corporal associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal (EP). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=381).

Variáveis	Total f (%)	Autopercepção de saúde		p-valor*	OR(IC 95%)
		Positiva f(%)	Negativa f(%)		
<b>Autopercepção de EP**</b>					
Sim	243(63,8)	105(44,3)	132(55,7)	0,000	2,57(1,65-4,00)
Não	135(35,4)	90(67,2)	44(32,8)		1
<b>Satisfação corporal***</b>					
Não	242(63,5)	108(45,8)	128(54,2)	0,000	2,19(1,42-3,39)
Sim	138(36,2)	89(65,0)	48(35,0)		1

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: \*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: oddsratio; IC: intervalo de confiança; \*\*: 3missing; \*\*\*: 1 missing.

Aqueles jovens que se autoperceberam com EP (55,7%) e que estavam insatisfeitos com o corpo (54,2%) tiveram maiores taxas de autopercepção de saúde negativa. Vale salientar que 35,4% não se perceberam em EP, embora estivesse nessa situação nutricional.

Interligado a autopercepção de saúde existem diversos fatores. Nesse estudo, identificamos a autopercepção do EP e a satisfação corporal. A variável “autopercepção do EP” apresentou associação estatística significativa com a autopercepção de saúde negativa (OR=2,57; [1,65;4,00]; p=0,000). Segundo Leal (2009), à medida que o IMC aumenta, piora a autopercepção de saúde. Outra variável associada a autopercepção de saúde foi a variável “satisfação corporal” (OR= 2,19; [1,42-3,39]; p=0,000). Segundo Sousa (2010), o excesso de peso corporal representa um problema de saúde pública de proporções mundiais e o conhecimento acerca dos males advindos desse fator de risco assim como uma possível insatisfação corporal pode contribuir para uma auto-avaliação negativa de saúde.

Nota-se que nem todos os adultos jovens se percebem acima do peso, quando ocorrem discrepâncias entre a percepção e a realidade sem dúvida sobrevirão repercussões sobre a autoestima, pois as diferenças verificadas em relação aos padrões sociais vigentes têm sido consideradas como uma das principais causas de insatisfação corporal (BANITT et al., 2008). A autopercepção de EP está relacionada à ima-

gem corporal. Portanto, o desenvolvimento de uma imagem corporal saudável é um importante fator relacionado ao bem-estar físico, social e emocional.

O reconhecimento dos jovens sobre seu estado de saúde, mais especificamente sobre sua percepção corporal, é decorrente muitas vezes de como a mídia coloca os parâmetros de beleza. O maior acesso à mídia na adolescência tem sido associado ao aumento de peso e à menor aptidão física na vida adulta, insatisfação corporal, inabilidade em controlar o peso corpóreo e comportamentos de risco para transtornos alimentares (BENOWITZ-FREDERICKS et al., 2012).

A aproximação da escola com os serviços de saúde oferecidos pela rede pública poderia potencializar de forma positiva o acesso à informação obtido pelos meios de comunicação, fazendo com que os jovens reconhecessem melhor seu estado de saúde e nutricional e fossem menos influenciados pelo padrão corporal colocado pela mídia (FLORENCIO, 2014).

Assim, os profissionais de saúde tornam de grande relevância para trabalhar junto a esses jovens e assim sensibilizá-los a aderir a um estilo de vida saudável e a não adesão à cultura da beleza imposta pela mídia e que muitas vezes expõem esses jovens a distúrbios alimentares prejudiciais a saúde.

Os resultados encontrados reforçam a importância e a validade da medida da autopercepção de saúde negativa na faixa etária estudada. A medida apesar de simples é um indicador eficaz para ava-

liar a saúde física e percebida, pois está fortemente associada a fatores de risco comportamentais e biológicos. Nesse sentido, a escola também parece ser um importante local para o repasse de informações e prestação de esclarecimentos sobre os prejuízos que a insatisfação com a imagem e peso corporal pode trazer à saúde.

## REFERÊNCIAS

AGUILLAR-PALACIO, I.; CARRERA-LASFUENTES, P.; RABANAQUE, M. J. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 1, p. 37-43, 2015.

BANITT, A. A. et al. BMI percentiles and body image discrepancy in black and white adolescents. **Obesity**, v. 16, p. 987-991, 2008.

BENOWITZ-FREDERICKS, C. A. et al. Body image, eating disorders, and the relationship to adolescent media use. **PediatrClin North Am**, v. 59, n. 3, p. 693-704, Jun 2012.

FLORÊNCIO, R. S. **Excesso ponderal em adultos jovens escolares**: uma análise a partir das vulnerabilidades individuais. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

LEAL, S. A. **Estado de saúde auto-percebido, índice de massa corporal e percepção da imagem corporal em utentes dos cuidados de saúde primários**. 2009. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

MOREIRA, T. M. M.; SANTIAGO, J. C. S.; ALENCAR, G. P. Self-perceived health and clinical characteristics in school young adults an interior of northeastern Brazil. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 48, n. 5, p. 794-803, 2014.

SOUZA, T. F. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, 7, Ipojuca. **Anais...** Ipojuca: Midiograf, 2009.

# TIPOS DE MÍDIA E SUA RELAÇÃO COM A OBESIDADE EM ADULTOS JOVENS

Priscilla Mesquita Luz

Thereza Maria Magalhães Moreira

Sarah Ellen da Paz Fabrício

Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva

Floriano David Macedo Cruz

O tempo dedicado à atividade física e o hábito alimentar podem ser influenciados por mudanças comportamentais provocadas pela televisão (TV), que propiciarão o sobrepeso ou a obesidade nas populações (ROSSI et al., 2010). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), em pesquisa realizada recentemente constatou que mais da metade da população está acima do peso (BRASIL, 2012). Esses dados são reflexos de excesso de sódio, açúcar, gorduras e horas dedicadas a atividades que não estimulam a prática de atividade física regular, pois um dos principais passatempos dos brasileiros é a televisão aberta ou de canais pagos.

De acordo com o MS, a obesidade é uma pandemia, principalmente em adultos jovens que se dedicam a atividades sedentárias e excedem o consumo de alimentos com alta densidade energética,

assim, o uso da mídia televisiva e de outros equipamentos eletrônicos podem ser marcadores para o desenvolvimento da obesidade (ROSSI et al., 2010).

Considerada um fator ambiental para o desenvolvimento da sobrecarga ponderal, a televisão é uma ferramenta barata, de fácil acesso, com vasta programação para todos os tipos de público, desde crianças a idosos. A variedade de atrações na programação é vasta e contempla filmes, séries, programas de culinária, policiais, investigativo, shows, realities, entre muitos outros (RIBEIRO JUNIOR, 2007). Dessa forma, o tempo gasto frente a essa atividade diária na vida das pessoas pode causar inúmeros problemas de saúde não percebidos pela população por considerarem-na um momento indispensável de seu cotidiano e que contribuem deveras com seu bem-estar. Além disso, outros tipos de mídia também devem ser considerados, pois diante do mundo globalizado o acesso a eles tem sido cada vez mais frequente.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi descrever a associação entre o tipo de mídia e a presença de obesidade em adultos jovens. Os resultados decorrentes desse objeto de estudo evidenciaram que o perfil do grupo em questão era composto por jovens com acesso à internet, assistiam menos de 4h de televisão por dia e que semanalmente ou mensalmente viam mensagens de problemas de saúde pela televisão e internet e raramente ou nunca pelos jornais, cuja escolha do alimento a ser ingerido não

se dava devido a influência das mídias televisivas e internet (Tabela 1).

**Tabela 1** - Análise uni e bivariada das características de comunicação e mídias associadas à obesidade em adultos jovens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

<b>Variáveis</b>	<b>Total</b>	<b>Obesidade</b>	
	<b>f(%)</b>	<b>Sim f(%)</b>	<b>Não f(%)</b>
<b>Tem acesso à internet</b> (n=1072)			
Sim	992 (92,5)	91 (9,3)	888 (90,7)
Não	80 (7,5)	7 (8,9)	72 (91,1)
<b>Quantas horas assiste TV por dia</b> (n=909)			
≤ 4 horas	752 (70,1)	60 (8,1)	682 (91,9)
> 4 horas	157 (14,6)	20 (12,7)	137 (87,3)
<b>Escolhe o alimento porque passou na TV ou na internet?</b> (n=1073)			
Sim	71 (6,6)	7 (9,9)	64 (90,1)
Não	1002 (93,4)	91 (9,2)	896 (90,8)
<b>Mensagens sobre problemas de saúde pela TV</b> (n=1059)			
Raras vezes ou Nunca	201 (18,7)	18 (9,2)	178 (90,8)
Semanal ou Mensal	858 (80,0)	78 (9,2)	771 (90,8)
<b>Mensagens sobre problemas de saúde pela Internet</b> (n=1033)			
Raras vezes ou Nunca	428 (39,9)	32 (7,6)	389 (92,4)
Semanal ou Mensal	619 (57,7)	63 (10,3)	549 (89,7)
<b>Mensagens sobre problemas de saúde em Jornais</b> (n=1036)			
Raras vezes ou Nunca	549 (51,2)	51 (9,4)	490 (90,6)
Semanal ou Mensal	487 (45,4)	45 (9,4)	436 (90,6)

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando o cruzamento da associação das variáveis de comunicação e mídias com a presença de obesidade, foi possível verificar que quem tem maiores chances de ter obesidade são pessoas que acessam a internet, assistem TV por mais de quatro horas por dia, escolhem o alimento que comerão porque viram na TV ou na internet e veem mensagens de problemas de saúde pela TV, pela internet e em jornais com frequência semanal/mensal. A mídia pode ser relacionada como fator ambiental que desempenha papel estruturador na construção e desconstrução de procedimentos alimentares com base em determinações socioculturais (SERRA; SANTOS, 2003).

Cada vez mais os jovens são acometidos pelo fenômeno da obesidade, devido ao sedentarismo estimulado pelos dispositivos eletrônicos, pois atualmente os jovens utilizam os meios eletrônicos como forma de divertimento em vez de atividades que envolvam movimento físico, essa atitude pode comprometer a saúde física e psicológica desses jovens, provocando até o isolamento social (PAIVA; COSTA, 2015). Porém, as tecnologias móveis, digitais e interativas, chamadas de mHealth, estão oferecendo soluções que podem revolucionar significativamente a prática atual na prevenção da obesidade (KAPLAN; STONE, 2013; THOMAS; BOND, 2014; TURNER et al., 2015). Com o desenvolvimento tecnológico, incluindo a criação de aplicativos com sensores vestíveis, utilizáveis e de baixo consumo de energia, é possível rastrear os três pilares comportamentais

relacionados à obesidade: dieta, atividade e sedentarismo e sono (SPRUIJT-METZ, 2011).

Assistir TV pode provocar mudanças comportamentais no hábito alimentar e no tempo dedicado à atividade física, sendo então determinantes que podem propiciar o sobrepeso ou a obesidade, indicando a TV como variável que pode estar indiretamente associada. Assim, é de grande valia analisar o tempo dedicado a assistir à TV e sua relação com a obesidade (ROSSI et al., 2010).

No presente estudo foi possível identificar que grande parte da população (70,1%) assiste TV por menos de 4 horas/dia e quem tem maior chance de estar no grupo de obesos foram jovens que assistem TV por mais de 4 horas/dia (12,7%). Esse resultado é comparado a outros estudos que também evidenciaram um tempo excessivo de TV entre os jovens, onde evidências foram encontradas mostrando a relação da prevalência do lazer sedentário sendo caracterizado pelo tempo diário assistindo TV superior a duas horas/dia (CAMELO et al., 2012; ENES; LUCCHINI, 2016).

Os resultados do estudo realizado por Enes e Lucchini (2016) indicam também que o tempo de TV exerce influência negativa sobre as escolhas alimentares dos adolescentes. O consumo médio de doces e açúcares, de refrigerantes, de leite e derivados foi maior entre os jovens que despendiam mais de duas horas diárias em frente à TV, contudo também foi evidenciada menor ingestão de frutas, legumes e verduras por esse grupo de adolescentes.

A substituição dos alimentos saudáveis por aqueles mais comumente anunciados pelas propagandas pode representar um estilo de vida pouco saudável (ENES; LUCCHINI, 2016). A escolha do alimento porque passou na TV ou na internet é representado no presente estudo por 9,9% da população constante na obesidade. Esse resultado é possível, pois propagandas podem ser indutoras de escolhas já que, no estudo feito por Santos et al. (2012), destacou-se que das propagandas alimentícias divulgadas pelas emissoras, 85% anunciavam produtos contendo açúcares, óleos e gorduras. Um estudo também revelou que apenas uma ou duas exposições a uma propaganda são suficientes para influenciar as preferências alimentares de crianças (BORZEKOWSKI; ROBINSON, 2001).

Outro dado do estudo é que a frequência de visualização de mensagens sobre problemas de saúde por meio da TV e por jornais obteve valores iguais quando correlacionados com a obesidade, porém o grupo de pessoas que visualizavam as mensagens sobre problemas de saúde pela internet raras vezes ou nunca (10,3%) tem maior chance de estar no grupo de obesos. Assim, o estímulo para a conscientização sobre a obesidade e suas comorbidades precisa ser mais intenso e melhor disseminado pelas mídias, para que assim tenhamos um impacto representativo na redução das taxas de obesidades na sociedade.

Nesse contexto, o profissional de saúde não pode estar alheio ao que se passa no mercado da mídia, sob o risco de se encontrar desatualizado e desfocado do público alvo. Não adianta orientar e divulgar práticas alimentares saudáveis descontextualizadas da forte influência que o público jovem recebe da mídia. Assim, é sugerido mais estudos sobre a influência da mídia no processo da obesidade, como a verificação se outras variáveis de comunicação e mídia têm relação causal com a obesidade em jovens, pois se trata de um tema polêmico que gera controvérsias entre as literaturas nacionais e internacionais.

## REFERÊNCIAS

BORZEKOWSKI, D. L. G.; ROBINSON, T. N. The 30-second effect: An experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. **J Am Diet Assoc.** v. 101, n. 1, 2001, p. 42-46.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), 2012.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/portal-dcnt/mais-sobre-portal-dcnt?start=10>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientação: Obesidade e Desnutrição.** Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade\\_desnutricao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf).

CAMELO, L. V. et al. Lazer sedentário e consumo de alimentos entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Cad. Saúde Pública,** v. 28, n. 11, 2012, p. 2155-2162.

ENES, C. C; LUCCHINI, B. G. Tempo excessivo diante da televisão e sua influência sobre o consumo alimentar de adolescentes. **Rev. Nutr.** v. 29, n. 3, 2016, p. 391-399.

KAPLAN, R. M; STONE, A. A. Bringing the laboratory and clinic to the community: mobile technologies for health promotion and disease prevention a. **Annu Rev Psychol.** v. 64, 2013, p. 471-98.

PAIVA, N. M. N; COSTA, J. S. A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? **Portal dos psicólogos.**,jan, 2015.

RIBEIRO JUNIOR, H. C. A pandemia de obesidade entre os jovens. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 25, n. 4, 2007, p. 304.

ROSSI, C. E. et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 4, 2010, p. 607-620.

SANTOS, C. C. et al. A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. **CogitareEnferm.** v. 17, n. 1, 2012, p. 65-71.

SERRA, G. M. A; SANTOS, E. M. Saúde e Mídia na Construção da Obesidade e do Corpo Perfeito. **Ciência&Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 20, 2003.

SPRUIJT-METZ, D. Etiology, treatment, and prevention of obesity in childhood and adolescence: a decade in review. **J Res Adolesc.** v. 21, n. 1, p. 129-52, 2011.

THOMAS, J. G; BOND, D. S. Review of innovations in digital health technology to promote weight control. **Curr-Diab Rep.** v. 14, n. 5, 2014, p. 485.

TURNER, T. et al. Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review. **PediatrObes.**, 2015.

# **FATORES ASSOCIADOS À ALTERAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR CASUAL EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

Antonio Dean Barbosa Marques  
Ítalo Lennon Sales de Almeida  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Vera Lúcia Mendes de Paula

As modificações dos padrões de morbimortalidade e dinâmica do crescimento populacional em longo prazo vêm projetando novo cenário de situação de saúde no sistema sanitário brasileiro, com a configuração de tripla carga de doença manifestada pela concomitância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), doenças infecciosas e causas externas. Sendo que as DCNT possuem papel de destaque na saúde da população, além das mudanças nos hábitos de vida do indivíduo em qualquer fase do ciclo de vida (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016).

Estima-se que anualmente cerca de 36 milhões de mortes mundiais (63%) são por DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Dentre essas, destaca-se o diabetes mellitus (DM) em crescimento exponencial. Calcula-se que aproximadamente 640 milhões de pessoas de 20 a 79 anos de idade até 2040 em todo o mundo desenvolvam a doença (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015). Tal fato faz com que DM seja uma das doenças crônicas priorizadas em nível de saúde global (BRASIL, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Diabetes é uma condição crônica caracterizada por hiperglicemia, em decorrência da ação e/ou produção de insulina produzida pelo pâncreas. O aumento da incidência do DM tipo 1 e 2 entre adultos jovens vem sendo observado em várias regiões do mundo. Conjectura-se que em 2040 a prevalência de diabetes será de um em cada dez adultos. Cerca de 8% das mortes por DM na região da América do Sul e Central ocorrem em adultos jovens (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O risco de desenvolvimento de DM em adultos jovens escolares está associado a fatores de risco modificáveis, como índice de massa corpórea (IMC) elevado, diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) e sedentarismo. Destarte, a identificação e intervenção precoce podem contribuir não somente para o declínio da DM nesta população, mas para uma diminuição de outras comorbidades e da mortalidade neste grupo (MAZINNI et al., 2013).

O DM é uma doença complexa e crônica que requer cuidados médicos contínuos com estratégias de redução de risco multifatoriais além do controle glicêmico (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016). Este último é considerado como intervenção plausível e custoefetiva para as pessoas com diabetes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Na prática clínica, existem duas técnicas para avaliar a eficácia do plano de gestão sobre o controle glicêmico, estas são feitas mediante a utilização de testes laboratoriais: os testes de glicemia e os de hemoglobina glicada (HbA1c), cada um com seu significado clínico específico e ambos considerados recursos complementares para a correta avaliação do estado de controle glicêmico em pacientes diabéticos. Deve-se considerar que os testes de glicemia refletem o nível glicêmico atual e instantâneo no momento exato em que foram realizados, por este motivo, é recomendado a HbA1c, como teste de diagnóstico para a diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Apesar dos níveis glicêmicos alterados não determinarem, necessariamente, diagnóstico de DM, isso pode apontar o risco de desenvolver esse problema cardiovascular na vida adulta (VIJAYA-KUMAR et al., 2016).

Nesse cenário, sobressai a importância de voltar atenção ao espaço escolar, pois grande parte do dia de crianças, adolescentes e adultos é desprendido no

ambiente escolar. Destarte, é indispensável comunicação estreita e cooperativa com a instituição de ensino (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016).

Deste modo, ao considerar a alta prevalência do DM em adultos jovens, torna-se importante a detecção de níveis glicêmicos, no intuito de planejar intervenções precoces. Assim, considera-se o espaço escolar como campo fértil para a realização de práticas educativas que promovam saúde. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo identificar os fatores que podem estar associados a alterações nos níveis de glicemia casual de adultos jovens escolares.

A glicemia capilar foi dosada em estudantes em jejum de pelo menos 120 minutos (glicemia casual) e a interpretação dos resultados foi realizada conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Assim, escolares cuja glicemia casual foi inferior a 140 mg/dL eram informados que o resultado estava normal. Os demais, que apresentaram glicemia casual alterada, foram orientados a procurar atendimento médico para realização de glicemia plasmática de jejum.

Foram avaliados 508 estudantes. A glicemia capilar casual dos adultos jovens foi categorizada após sua medição, evidenciando que 5,2% apresentaram alteração no nível glicêmico após, pelo menos, 120 minutos de jejum. Quanto à participação dos sexos, houve maior participação de mulheres (52,8%). As informações relacionadas a classificação da glicemia e características sócio demográficas estão expressas na tabela 1.

A situação conjugal dos adultos jovens apontou superioridade de indivíduos sem companheiro (79,1%), grupo representado por pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas. Quanto à renda, os adultos jovens em quase totalidade tinham renda individual de até um salário mínimo. Ao informar a renda familiar, a maior parte dos que souberam informá-la possui renda de mais de um salário mínimo. Quanto sua ocupação nos últimos doze meses, a maior parte afirmou trabalhar e estudar.

**Tabela 1** - Classificação da glicemia capilar casual e características sociodemográficas dos adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=508).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Glicemia Capilar Casual</b>		
Normal	496	94,8
Alterada	27	5,2
<b>Sexo</b>		
Feminino	276	52,8
Masculino	247	47,2
<b>Situação Conjugal<sup>a</sup></b>		
Sem companheiro (a)	412	79,1
Com companheiro (a)	109	20,9
<b>Renda Individual<sup>b</sup></b>		
Até um salário mínimo	457	92,1
Mais de um salário mínimo	38	7,9
<b>Renda Familiar<sup>c</sup></b>		
Até um salário mínimo	121	32,9
Mais de um salário mínimo	247	67,1
<b>Ocupação nos últimos 12 meses<sup>d</sup></b>		
Trabalha e estuda	319	61,9
Só estuda	196	38,1

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: Missing: a - 2; b - 27; c - 155; d - 8.

Os hábitos dos adultos jovens estão expostos na tabela 2. Os hábitos de etilismo e tabagismo foram investigados, evidenciando que 32,1% consomem bebida alcoólica de forma regular e 5,8% fumam atualmente. Alguns hábitos alimentares também foram investigados. A alimentação fora de casa integra a rotina de 79,2% dos jovens. A realização de um jejum foi confirmada por 87,8%. O consumo de suco de frutas natural foi evidenciado por 65,6% e a prática de algum exercício físico foi confirmada por 49,3%.

**Tabela 2** - Hábitos dos adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n= 508).

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Consome bebida alcoólica<sup>a</sup></b>		
Sim	160	32,1
Não	338	67,9
<b>Fuma atualmente<sup>b</sup></b>		
Sim	27	5,8
Não	442	94,2
<b>Alimentação fora de casa</b>		
Sim	414	79,2
Não	109	20,8
<b>Toma café da manhã</b>		
Sim	459	87,8
Não	64	12,3
<b>Tomo suco de frutas natural</b>		
Sim	343	65,6
Não	180	34,4
<b>Pratica exercício físico</b>		
Sim	258	49,3
Não	265	50,7

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: Missing: a - 25; b - 54.

A análise bivariada entre glicemia casual e características sociodemográficas e hábitos dos adultos jovens não evidenciou associação estatística. Os valores de *p*, *Odds Ratio* (OR) e seus intervalos de confiança 95% (IC 95%) estão expostos na tabela 3.

**Tabela 3** - Avaliação da associação entre glicemia capilar casual normal e características sociodemográficas e de hábitos dos adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n= 508).

<b>Variáveis</b>	<b>Glicemia Capilar Casual Normal</b>	
	<b>p-valor</b>	<b>OR (IC 95%)</b>
<b>Sexo*</b>	0,92	0,962 (0,443-2,088)
<b>Situação Conjugal*</b>	0,75	0,852 (0,315-2,305)
<b>Renda Individual**</b>	0,71	0,436 (0,058-3,304)
<b>Renda Familiar*</b>	0,72	0,849 (0,346-2,082)
<b>Ocupação nos últimos 12 meses*</b>	0,97	1,018 (0,453-2,291)
<b>Consumo bebida alcoólica*</b>	0,48	0,745 (0,330-1,681)
<b>Fuma atualmente**</b>	1,00	1,493 (0,194 – 11,472)
<b>Alimentação fora de casa*</b>	0,08	0,291 (0,068-1,247)
<b>Toma café da manhã**</b>	1,00	0,922 (0,269-3,155)
<b>Toma suco de frutas natural*</b>	0,25	1,571 (0,719-3,433)
<b>Prática exercício físico*</b>	0,6	1,230 (0,564-2,681)

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: \*Teste qui-quadrado de *Pearson*; \*\*Teste Exato de *Fisher*; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

A monitorização da glicemia capilar torna-se cada vez mais necessária, considerando a evolução dos índices de DCNT. Estudos realizados com escolares tem trazido ao ambiente escolar a importância da avaliação da dosagem glicêmica de rotina desde a juventude. Por tratar-se de indivíduos jovens, com pouca exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento do DM tipo dois, os estudos têm evidenciado prevalência pouco expressiva de indivíduos com alterações graves nos níveis glicêmicos. Contudo, a importância desses estudos se encontra na busca por padrões de alterações menos expressivos, mas que apontam para problemas que podem se manifestar futuramente. Outro aspecto importante é a análise dos fatores que podem estar relacionados a essas alterações.

O presente estudo teve prevalência de 5,2% de dosagens alteradas, considerando um tempo de jejum de pelo menos 120 minutos, confirmando o estudo de Moreira, Santiago e Alencar (2014) realizado com adultos jovens escolares na região metropolitana de Fortaleza.

A predominância do sexo feminino do presente estudo tem sido encontrada em outros estudos que tiveram o ambiente escolar como cenário (MOREIRA; SANTIAGO; ALENCAR, 2014; SANTIAGO; MOREIRA; FLORÊNCIO, 2015). Assim como a pesquisa de Numata Filho et al. (2016) realizada com adultos jovens frequentadores de locais públicos usados para lazer, onde maioria de parti-

cipantes do sexo feminino também foi encontrada. A predominância feminina está relacionada aos aspectos demográficos contemporâneos da população brasileira, aumento do número de mulheres no campo profissional e educacional. Tal crescimento impacta em pesquisas de base populacional, tornando a presença da mulher mais expressiva em tais estudos.

Faria, Gandolfi e Moura (2014) buscaram descrever os comportamentos de risco de adultos jovens universitários, ao investigar seus hábitos de consumo encontraram prevalência de 2,5% no uso de cigarro e 40,0% no consumo de bebidas que contém álcool. O presente estudo encontrou prevalências de 5,8% e 32,1%, respectivamente.

O consumo do cigarro tem caído nas últimas décadas como resultado de massiva propaganda educativa e campanhas de alerta aos riscos do fumo. Contudo, o consumo de álcool por jovens em ambiente escolar e universitário tem sofrido aumento, tendo como principal fator relacionado a facilidade de acesso a esse tipo de bebida, a pressão das atividades múltiplas, a necessidade de fazer parte do grupo e o preço unitário acessível da bebida alcoólica (SANTIAGO; MOREIRA; FLORENCIO, 2015; WESCHLER; NELSON, 2008).

A investigação dos hábitos alimentares e o estudo de sua influência sobre a dosagem glicêmica é fundamental, pois é sabido que a terapia nutricional é importante na prevenção do diabetes mellitus

(DM) e no retardo das complicações associadas ao DM, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em saúde (BRASIL, 2013). As modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares.

Beck et al. (2011) estudaram uma população de escolares de um município do Rio Grande do Sul e encontraram resultados que evidenciam consumo em excesso de alimentos ricos em sal, açúcar e gordura, onde 98,3% dos estudantes apresentava dieta aterogênica, na qual 95,4% consumiam na sua alimentação habitual proporções de gordura e 59,4% de sal. O presente estudo evidenciou percentual expressivo de adultos jovens que tem como hábito rotineiro a realização de refeições fora de casa, tal aspecto remete aos cuidados com refeições realizadas com *fast foods* e outros alimentos ricos em gordura, açúcar e sódio.

A realização de exercícios físicos foi foco do presente estudo por ser esclarecida sua importância para a prevenção do DM. O exercício físico regular melhora o controle glicêmico, diminui os fatores de risco para doença coronariana, contribui para a perda de peso, melhora o bem-estar, além de prevenir DM tipo dois em indivíduos de alto risco (BRASIL, 2013). A prevalência de adultos jovens praticantes de algum exercício encontrada no presente estudo corrobora com a encontrada por Faria, Gandolfi e Moura (2014) em seu estudo.

A análise estatística aplicada no estudo não foi capaz de detectar fatores associados à glicemia capilar casual dos adultos jovens escolares participantes. A realização de estudos que considerem outras variáveis e investiguem o fenômeno de forma mais aprofundada faz-se necessário para que os aspectos que influenciam alterações glicêmicas ainda na juventude possam ser detectados precocemente, possibilitando intervenções eficientes que trarão maiores benefícios por ser aplicados antes do surgimento de cronicidades e comorbidades associadas. A realização de pesquisas com longitudinalidade e uso de variáveis controladas junto de escolares pode evidenciar tais fatores.

Observa-se que a monitoração do diabetes mellitus pela glicemia capilar fornece apenas dados do controle metabólico, não permitindo uma visão do perfil glicêmico do paciente. Apesar disso, a glicemia capilar apresenta-se como importante ferramenta de triagem de saúde dos sujeitos que circulam lugares públicos, sendo uma importante ferramenta de controle podendo ser aplicada em escolas e locais de trabalho. Os resultados servem como alerta aos escolares e recomendam que estratégias de caráter educativo sejam adotadas.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Glycemic Targets. **Diabetes Care** v. 39, sup1, p. 39-46, Jan 2016. Disponível em: <care.diabetesjournals.org>. Acesso 18 Jan 2016. DOI: 10,2337 / DC16-S008.

BECK, C. C. et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, n. 1, p. 36-49, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

FARIA, Y. O.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. A. Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 27, n.6, p. 591-595, dez.2014. Availablefrom<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000600591&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600591&lng=en&nrm=iso)>. accesson 21 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400096>.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015. **Pocketbook for management of diabetes in childhood and adolescence in under-resourced countries**. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/ISPAD-LFAC-Pocketbook-final-revised-2.pdf>.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da car-

ga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 25 n. p. 713-724, dez. 2016. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742016000400713&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742016000400713&script=sci_arttext)>. Acesso em: 16 Jan 2017.

MAZZINI, M. C. R. et al. Rastreamento do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus em pais de estudantes de uma escola privada na cidade de Jundiaí, São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 136-142, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000200012-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200012-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Jan 2017.

MOREIRA, T. M. M.; SANTIAGO, J. C. S.; ALENCAR, G. P. Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 794-803, out. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000500794&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500794&lng=en&nrm=iso)>.access on 21 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000004>.

NUMATA FILHO, E. S. et al. Estilo de vida influencia variáveis antropométricas e pressão arterial em adultos jovens. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 137-142, jan./abr. 2016. Disponível em <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4934/2758>> acesso n 21 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n1p137-142>.

SANTIAGO, J. C. S.; MOREIRA, T. M. M.; FLORENCIO, R. S. Associação entre excesso de peso e características de adultos jovens escolares: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 250-258, abr. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200010&lng=en&nrm=iso)>. access on

21 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0174.2549>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan for the prevention and control of non-communicable disease 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)>.

VIJAYAKUMAR, P. et al., HbA<sub>1c</sub> and the prediction of type 2 diabetes in children and adults. **Diabetes Care**. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc16-1358>.

# **FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES**

Daniele Braz da Silva Lima  
Ana Célia Caetano de Souza  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Irialda Sabóia Carvalho  
Thiago Santos Garces  
Camila Milagros Gómez Lima

A hipertensão arterial é um sério problema de saúde pública causado por diversos fatores de risco. Entre os principais fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da enfermidade estão a idade, o sexo, a raça, a genética, o excesso de peso/obesidade, o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados, o consumo de álcool, dentre outros que tornam o organismo suscetível a desenvolver a doença (MALACHIAS et al., 2016). Com isso, alguns desses fatores têm sido reconhecidamente associados a níveis pressóricos arteriais elevados na fase adulta jovem: obesidade, aumento do índice de massa corpórea (IMC), alterações nos níveis lipídicos, diabetes mellitus, alimentação irregular e inatividade física (SESTILE et al., 2014).

Dessa forma, o direcionamento de estudos voltados à população jovem justifica-se por prevenir o surgimento da hipertensão e consequentes danos na condição favorável de suas vidas, pois o desenvolvimento da enfermidade na idade jovem predispõe a diversas complicações cardiovasculares na fase adulta. Assim, o objetivo do estudo foi identificar os fatores de risco para hipertensão arterial em escolares adultos jovens.

Para alcançar esse intento, o estudo desenvolvido nesse capítulo caracterizou-se como descritivo, recorrendo aos dados coletados dos 1073 adultos jovens escolares do projeto ao qual derivou o livro no qual consta esse capítulo. Além disso, é oportuno comentar que os fatores de risco podem ser classificados em dois grupos: os não modificáveis (hereditariedade, idade, raça e sexo) e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida (MAGALHÃES et al., 2014)

No que diz respeito aos fatores não-modificáveis, os resultados apontaram que pouco mais da metade (52,7%) dos adultos jovens escolares do estudo era do sexo feminino, com média de idade de 21,1 anos; a maioria (85,8%) da raça não branca (14,2%) e de raça (85,8%) e solteiros (79,3%). Mais da metade (55,5%) dos participantes apresentavam história familiar de hipertensão arterial e 67,8 % não tinha antecedentes de doenças cardiovasculares na família (Tabela 1).

No que concerne aos fatores modificáveis, observou-se que a maioria não tinha companheiro (79,3%), mais da metade (65,4%) possuía trabalho remunerado. Em relação às variáveis comportamentais, mais da metade (54,4%) era fisicamente inativa, a maioria (76,4%) tinha comportamento sedentário, porém 63,3 % não possuíam excesso de peso ou obesidade e 82,9 % não tinham adiposidade abdominal aumentada, (Tabela 2).

**Tabela 1** – Fatores de risco não modificáveis para hipertensão em adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

<b>Fatores de Risco Não Modificáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	565	52,7
Masculino	508	47,3
<b>Raça</b>		
Branca	152	14,2
Não branca (parda/negra/outras)	921	85,8
<b>Antecedentes familiares de HAS</b>		
Sim	595	55,5
Não	478	44,5
<b>Antecedentes familiares de doenças cardiovasculares</b>		
Sim	345	32,2
Não	728	67,8

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 2 descreve os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da hipertensão arterial nos participantes do estudo. Observa-se que apenas a inatividade física e o comportamento sedentário estiveram presentes com elevada frequência, sendo identificados como os principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da enfermidade nos adultos jovens escolares. Ainda na tabela 2, foi possível identificar que o excesso de peso e obesidade atingiu um terço (36,7%) dos adultos jovens.

**Tabela 2** – Descrição dos fatores de risco modificáveis para hipertensão em adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

<b>Fatores de Risco Modificáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Situação conjugal</b>		
Sem companheiro	851	79,3
Com companheiro	222	20,7
<b>Trabalho remunerado</b>		
Não	371	34,6
Sim	702	65,4
<b>Excesso de peso e obesidade</b>		
Sim	394	36,7
Não	679	63,3
<b>Excesso de adiposidade abdominal</b>		
Sim	183	17,1
Não	890	82,9
<b>Atividade física moderada</b>		
Ativo	489	45,6
Inativo	584	54,4
<b>Comportamento Sedentário</b>		
Não	253	23,6
Sim	8200	76,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Nesse estudo, pode-se constatar que em relação ao sexo, os dados mostraram um percentual de pessoas do sexo feminino e masculino semelhante a distribuição da população por sexo segundo dados do IBGE (2017), portanto não houve dados de predominância do sexo feminino nesse grupo estudado, diferente de outras pesquisas que trazem maior prevalência de pessoas do sexo feminino nessa mesma faixa etária (GOMES et al., 2012; RODRIGUES; MACHADO, 2016).

A presença de pessoas da raça negra em sua grande maioria também esteve presente em outro estudo realizado no Brasil sobre fator de risco cardiovascular em adultos jovens mostrando percentual de 61,3 % de pessoas mestiças (GOMES et al, 2012). A prevalência da hipertensão arterial é maior entre pessoas da raça negra (49,3 %) do que em pardos ou brancos segundo estudo ELSA-Brasil (MALACHIAS et al., 2016).

Apesar de os antecedentes para doenças cardiovasculares não ser um fator de risco prevalente nos adultos jovens escolares desse estudo, muitas pesquisas relatam o papel dos antecedentes familiares no desenvolvimento das doenças cardiovasculares e da hipertensão arterial alcançando percentuais de 74% e 67%, respectivamente (RODRIGUES; MACHADO, 2016; GOMES et al., 2012).

Existem muitos fatores de risco para doenças cardiovasculares e relacionadas ao desenvolvimento da hipertensão arterial. Os fatores de risco

modificáveis em que o indivíduo pode intervir e os não modificáveis ligados principalmente à questão da hereditariedade. Entre os principais fatores de risco modificáveis destacam-se: o excesso de peso/obesidade, com o aumento da gordura central, a inatividade física, o consumo excessivo de álcool e alimentação inadequada (BRASIL, 2014).

No que tange aos fatores de risco modificáveis evidenciou-se que essa população de adultos jovens está na faixa etária produtiva e procurando oportunidades de emprego para ajudar no sustento da família. Muitos jovens, também nessa faixa de idade não possuem companheiro e vivem ainda na casa dos pais. Esse fato talvez seja explicado pela baixa renda desses jovens, apesar de terem trabalho remunerado, pois sem condições de se manterem permanecem na casa dos pais, avós ou tios (BUNGE et al., 2012). Cabe lembrar que a manutenção de um estilo de vida saudável, sofre influência direta de fatores sociais, econômicos, culturais e familiares.

Outrossim, os fatores de risco modificáveis presentes nos participantes foram o comportamento sedentário, a inatividade física e, em menor frequência, o excesso de peso/obesidade, embora muitos outros estivessem presentes em um pequeno percentual dos participantes. Estudo realizado em Patos na Paraíba ressaltou que os fatores de risco mais prevalentes entre estudantes universitários na fase adulta jovem foram antecedentes familiares, alimentação inadequada e inatividade física, apesar

da existência de outros fatores como o fumo e o uso abusivo de bebidas alcoólicas (RODRIGUES; MACHADO, 2016).

No Brasil, a prevalência de adolescentes com níveis insuficientes de atividade física varia de 39% a 93,5%. Esta variação pode ser influenciada pela diversidade de instrumentos utilizados e pela definição do ponto de corte para os baixos níveis de atividade física. A inatividade física dos adultos jovens escolares desse estudo encontra-se em uma posição intermediária quando comparada às frequências encontradas em outras cidades (TASSITANO et al., 2007).

O excesso de peso/obesidade ocasiona anormalidades na pressão arterial e no metabolismo dos lipídeos e da glicose e, conseqüentemente, predispõe à hipertensão. O impacto adverso do excesso de peso sobre os múltiplos fatores de risco requer prevenção primária em idades precoces e, acrescido a estas evidências, estudos apontam que o excesso de peso tende a persistir na vida adulta (BECK et al., 2011).

O controle dos fatores de risco modificáveis é responsável por 44 a 76% da redução da mortalidade atribuível à doença arterial coronária, demonstrando um impacto superior ao efeito da terapêutica farmacológica (DI CHIARA; VANUZZO, 2009). A importância epidemiológica dos fatores de risco está relacionada com o número de fatores, magnitude da sua alteração e persistência no tempo dos mesmos.

A exposição cada vez mais precoce aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, a tendência para a sua aglomeração e persistência na idade adulta e o aumento da longevidade tornam os jovens um alvo fulcral do esforço preventivo (BERRY et al., 2009).

Portanto, o conhecimento dos fatores de risco para hipertensão arterial de adultos jovens escolares favorece o direcionamento de políticas públicas de prevenção, visando uma parceria entre saúde e educação na construção de ações de saúde com o intuito de reduzir os fatores de risco predisponentes, bem como reduzir adoecimentos e mortes causados pelas doenças cardiovasculares e pela hipertensão arterial.

Destarte, para que se possa sobrepujar as dificuldades existentes no que corresponde à sensibilização e o acesso dos adultos jovens com fatores de risco para hipertensão aos serviços de saúde, que têm como papel a implementação de práticas preventivas, são necessárias medidas específicas, que tragam esses indivíduos para próximo destas unidades de saúde. Entretanto, esta via não deve ser mão única, sendo necessário que estas unidades tentem estar o mais próximo possível desses jovens desenvolvendo ações educativas nas escolas, no sentido de promover a troca de experiências e conhecimentos relacionados à temática da hipertensão e de complicações associadas de modo a construir um entrecruzamento promotor do acesso a uma melhor qualidade de vida.

Portanto, há necessidade de ampliar a visão sobre os fatores de risco para hipertensão em adultos jovens principalmente naquilo que concerne a prevenção, tendo em vista a ciclicidade do universo temporal desses indivíduos. A promoção da saúde se dá por meio de sensibilização, devendo ocorrer constantemente em todos os cenários possíveis de vida.

## REFERÊNCIAS

BECK, C. C. et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 14, n. 1, p. 36-49, 2011.

BERRY, J. et al. Prevalence and progression of subclinical atherosclerosis in younger adults with low short-term but high lifetime estimated risk for cardiovascular disease. The Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study and Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Circulation**, v. 119, n. 3, p. 382-9, jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Cadernos de Atenção Básica para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE: 2017. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/distribuicao-da-populacao-por-sexo.html>.

BUNGE, M. et al. O jovem adulto que reside com os pais: um estudo exploratório. Mudanças – **Psicologia da Saúde**, v. 20, p. 51-62, jan/dez, 2012.

DI CHIARA, A.; VAZUNNO, D. Does surveillance impact on cardiovascular prevention. **Eur Heart J.**, v. 30, n. 9, p. 1027-9, 2009.

MAGALHÃES, F. J.; MENDONÇA, L. B. A; REBOUÇAS, C. B. A; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. C. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. *Rev. bras. enferm.*, v. 67, n.3, 2014.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3, sup. 3, p. 1-83, 2016.

McGILL, H. et al. Association of Coronary Heart Disease Risk Factors With Microscopic Qualities of Coronary Atherosclerosis in Youth. **Circulation.**, 2000.

PERK, J. et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (version 2012). **Eur Heart J.**, 2012.

RODRIGUES, F. C.; MACHADO, M. C. F. P. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários da cidade de Patos-PB. **Temas em Saúde.** v. 16, n. 2, 2016.

SESTILE, C. et al. Hipertensão em escolares do Umuarama – PR. **Rev Bras Hipertens** v. 21, n. 2, p. 98-103, 2014.

TASSITANO, R. et al. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Rev Bras CineantropomDesempenho Hum**, v. 9, p. 55-60, 2007.

# FATORES INTERVENIENTES EM ADULTOS JOVENS COM HISTÓRIA FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES

Dafne Lopes Salles

Maria José Melo Ramos Lima

Ana Caroline Lima Vasconcelos

Joana Angélica Marques Pinheiro

Thereza Maria Magalhães Moreira

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um fator de risco para doenças cardiovasculares, com prevalência de 24,1% em 2013 nas capitais brasileiras, com progressivo aumento entre mulheres e adultos de menor escolaridade associados ao excesso ponderal (EP), tabagismo, entre outros (ANDRADE et al., 2015). Em relação ao diabetes *mellitus* (DM), Milechet al. (2016) apresentam estimativa mundial de 387 milhões de pessoas acometidas, com previsão para 471 milhões em 2035, e 80% desses indivíduos sejam de países em desenvolvimento, com crescente aumento na população mais jovens, justificado provavelmente por padrão alimentar inadequado.

Esses fatores de risco, em especial, e o estilo de vida inapropriado associado a antecedentes hereditários tem aumentando significativamente o

desenvolvimento e agravamento de doenças crônicas degenerativas na população mais jovem, e isso se deve às inúmeras transformações na vida diária das pessoas produzidas pela dinâmica atual em que há a exposição a diversas situações de risco, sem hábitos saudáveis ou ações de prevenção verdadeiramente eficazes.

Como esclarece Contreira et al. (2014), o estilo de vida das crianças e jovens sofreu modificações no tempo e atualmente se volta a atividades mais estáticas, com uso de computador, jogos eletrônicos e televisão, além de uma alimentação baseada em *fast foods*, afastando-os de práticas motoras, acentuando o risco de sobrepeso/obesidade e as demais condições associadas às doenças crônicas.

Esse estilo de vida mencionado anteriormente é caracterizado, conforme Rodriguez-Añez, Reis e Petroski (2008), por padrões de comportamento identificáveis que podem ter um efeito profundo na saúde da população e se relacionar com diversos aspectos que refletem atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas, sendo focado no bem estar físico, emocional e social do indivíduo.

Segundo Sousa et al. (2014), após identificar as necessidades de saúde dos adolescentes e jovens adultos, no que tange a sua saúde e a dos demais que os cercam, as próprias representações estabelecidas sobre ela e de como se manifestam na vida diária, os profissionais de saúde e educação podem aplicar medidas efetivas de intervenção junto a esses, no

intuito de que seus hábitos e estilo de vida possam influenciar positivamente na sua qualidade de vida na fase adulta.

Para Agostinho et al. (2010), esse entendimento de como a pessoa percebe e a importância que dá a sua própria saúde, especialmente nos jovens que possuam antecedentes familiares para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mostra-se essencial, pois muitas vezes como não apresentam sintomas evidentes (por exemplo, HAS) e não promovam incapacidades imediatas ou outras comorbidades, podem passar despercebidas e posteriormente tornarem-se graves e incapacitantes.

Assim, ações preventivas educacionais em pacientes jovens com esses antecedentes para DCNT, podem ampliar o conhecimento junto a esse público e o incentivo a posturas mais adequadas frente a um estilo de vida mais favorável e de menor risco à saúde, com propostas efetivas de boa alimentação, atividade física regular, acompanhamento médico, entre outros, além de favorecer melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

Baseado no exposto, o presente estudo objetivou analisar a associação entre conhecimentos de antecedentes familiares para doenças crônicas, de forma mais específica, a HAS e DM, e características sociodemográficas e o estilo de vida de adultos jovens escolares.

Essa relação torna-se relevante para ser investigada, pois o conhecimento sobre o histórico de

doenças na família pode favorecer a modificação de hábitos e a percepção desse conhecimento pode ser ampliada quando se identifica os fatores associados a esse desfecho. Esses dados podem direcionar as ações de promoção da saúde não só para os que já têm a doença, mas para toda a população, inclusive para os jovens.

Nesse sentido, os resultados decorrentes da resposta aos objetivos desse estudo seguem com apresentação da Tabela 1.

**Tabela 1** – Descrição dos fatores intervenientes ao conhecimento dos adultos jovens, conforme história familiar de Hipertensão e Diabetes. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=1073).

Blocos	Conhecimento sobre histórico familiar de Hipertensão		Conhecimento sobre histórico familiar de Diabetes		p-valor*	
	p-valor	Conhece f (%)	Desconhece f (%)	Conhece f (%)		Desconhece f (%)
<b>Bloco 1: Fatores sócio-demográficas e econômicas</b>						
<b>Sexo</b>						
Masculino	<b>0,013</b>	377(74,2)	141(25,8)	408(80,6)	98(19,4)	0,798
Feminino		455(80,5)	110(19,5)	455(81,2)	105(18,8)	
<b>Situação conjugal</b>						
Sem companheiro	0,853	172(77,1)	51(22,9)	684(81,4)	456(18,6)	0,450
Com companheiro		655(77,7)	188(22,3)	175 (79,2)	46 (20,8)	
<b>Cor autorreferida</b>						
Branca	0,509	188(79,7)	30(20,3)	121 (82,3)	192 (17,7)	0,615
Não-branca		708(77,3)	208(22,7)	733(80,5)	177(19,5)	
<b>Renda familiar</b>						
Até 1 SM	0,730	181(79,0)	48(21,0)	177(77,3)	52 (22,7)	<b>0,048</b>
Mais que 1 SM		427(77,9)	121(22,1)	455(83,3)	91 (16,7)	
<b>Autopercepção de saúde</b>						
Positiva	0,833	503(77,4)	147(22,6)	533 (82,3)	115 (17,7)	0,227
Negativa		318(77,9)	90(22,1)	321 (79,3)	841 (20,7)	
<b>Bloco 2: Fatores comportamentais</b>						
<b>Fuma</b>						
Sim	<b>0,041</b>	49(68,1)	23(31,9)	49 (69,0)	22 (31,0)	<b>0,009</b>
Não		754(78,5)	207 (21,5)	81(81,7)	175 (18,3)	

Blocos	Conhecimento sobre histórico familiar de Hipertensão			Conhecimento sobre histórico familiar de Diabetes		
	p-valor	Conhece	Desconhece	Conhece	Desconhece	p-valor*
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
<b>Ingestão de bebida alcoólica</b>						
Sim	0,306	191(86,4)	3(13,6)	16 (76,2)	5 (23,8)	0,485
Não		481(77,1)	143(22,9)	511(82,2)	111 (77,8)	
<b>Dieta balanceada</b>						
Sim	0,347	358(79,0)	95(21,0)	374(83,3)	75 (16,7)	0,095
Não		458(76,6)	140(23,4)	472(79,4)	124 (20,8)	
<b>Consome alto teor de sal e gordura</b>						
Sim	0,637	286(76,7)	85(23,3)	289(79,2)	76 (20,8)	0,335
Não		535(78,0)	151(22,0)	556(81,6)	125(18,4)	
<b>Prática Atividade Física</b>						
Sim	0,998	17(77,9)	90(21,0)	45(84,8)	62 (15,2)	<b>0,018</b>
Não		507(77,9)	144(22,1)	509 (78,9)	136 (21,1)	

Fonte: Dados da pesquisa; Notas: SM (Salário Mínimo) = RS: 880,00 em 2016; \*Teste qui-quadrado de Pearson.

De acordo com o modelo, foi confirmada associação estatística do conhecimento sobre história familiar da hipertensão com o sexo dos adultos jovens escolares ( $p=0,007$ ) e fumo ( $p=0,041$ ) em relação ao conhecimento sobre história familiar de diabetes, apresentando significância estatística as variáveis: fumo ( $p=0,026$ ), renda (0,042) e atividade física (0,045).

Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da HAS e DM, os níveis de controle dessas doenças ainda são um grande desafio para os profissionais da área da saúde. Dessa forma, o conhecimento dos antecedentes familiares para HAS e DM pode ser importante para que os indivíduos busquem o controle e a prevenção dessas condições crônicas.

Nesse estudo o conhecimento sobre histórico familiar de HAS esteve associado com o sexo e com o hábito de fumar no modelo final de regressão. Esse fato corrobora com outro estudo no qual, as características biológicas e socioeconômicas como sexo, idade, estado civil, escolaridade, classe econômica e etnia foram descritas como preditora sobre a adesão/não adesão ao tratamento da hipertensão e ao controle dos fatores de risco (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

Logo, o fato de conhecer ou não o histórico familiar para essa doença é diferente para homens e mulheres. Estudos evidenciam que mulheres possuem percepção mais acurada de sua condição de saúde e, dessa forma, não somente procuram mais os serviços de saúde, buscam controlar os fatores de risco bem como tendem a seguir os tratamentos propostos pela equipe de saúde (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Estudo de revisão sistemática com publicações de 35 países mostrou prevalência global de hipertensão arterial de 37,8% para o sexo masculino e 32,1% para o feminino. Portanto, a variável sexo merece atenção especial no contexto da hipertensão. Estudos têm mostrado que as mulheres constituem a maioria da população hipertensa seguida na atenção básica de saúde visto que elas costumam aderir melhor ao tratamento (ROSÁRIO et al., 2009).

Nesse estudo, em relação ao conhecimento sobre história familiar de diabetes, apresentou

significância estatística as variáveis: fumo, renda e atividade física corroborando com outro estudo no qual o aumento da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes pode explicado por fatores modificáveis como o sedentarismo e a inadequada alimentação, que se encontram diretamente relacionados com o nível de escolaridade e renda familiar, ampliando os fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, como o diabetes, de forma precoce (OLIVEIRA, 2011).

A renda é um preditor independente mais fortemente determinante para o hábito de comprar frutas e hortaliças: indivíduos com menor nível educacional são menos propensos a adquirir ou consumir esses alimentos (RIETH et al., 2012). Por sua vez, outro estudo evidencia que a prática insuficiente de atividade física foi o fator de risco mais prevalente (82%), seguindo-se baixo consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes e jovens para doenças crônicas (74%) (RAIZEL et al., 2016).

Percebe-se que a promoção de práticas saudáveis durante a adolescência é fundamental para a prevenção de problemas de saúde nessa fase do ciclo vital e na idade adulta visto que os comportamentos de risco à saúde, tais como sedentarismo, tabagismo e baixa ingestão de frutas e hortaliças têm sido encontrados com frequência nessa população (BRITO; HARDMAN; BARROS, 2015). Com isso, estratégias de atenção à saúde que possam reconhecer antecipadamente os aspectos sociodemográficos, econômi-

cos e epidemiológicos da população, poderão direcionar procedimentos educativos para mudanças no estilo de vida destes indivíduos (ESPÍRITO SANTO et al., 2012).

Desta forma, o conhecimento sobre histórico familiar para doenças crônicas, como a HAS e a DM pode ser relevante, pois este pode estar relacionado com o controle ou não dos fatores de risco, com a adesão ou não ao tratamento e com a forma de autocuidado. Merece atenção o fato que a condição socioeconômica destes adultos jovens associadas a um estilo de vida inadequado está relacionado com essas doenças.

Os resultados deste estudo ratificam a importância do desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde, relacionadas a hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, fatores de risco para HAS e DM, com o intuito de orientar, sensibilizar e trocar saberes com a população acerca das medidas de prevenção de agravos à saúde, promovendo, assim, o emponderamento dos indivíduos. A educação em saúde deve ser realizada por profissionais e deve envolver todos os grupos populacionais. Dessa forma, o adulto jovem escolar também deve ser incluído no planejamento das atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE), pois é um público que muitas vezes acaba não recebendo a atenção à saúde necessária, pois a maioria desses jovens está na escola no período noturno.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **R. bras. Med. Fam. e Comun.** Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 9-15, jan./dez. 2010.
- ANDRADE, S.S.C. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.2,p.297-304, abr./jun. 2015.
- AUTNER, R. Q. et al. Índice de prevalência de obesidade e hipertensão em crianças e pré-adolescentes no ensino público de Formiga-MG. **EnfermagemRevista**, v. 15, n. 3, p. 297-307, 2013.
- BARRETO, M. S; REINERS, A. A. O, MARCON, S. S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 491-498, jun. 2014.
- BRITO, A. L. S; HARDMAN, C. M; BARROS, M. V. Prevalence and factors associated with the co-occurrence of health risk behaviors in adolescents. **Rev Paul Pediatr**, v. 33, n. 4, p. 423-30, 2015.
- CONTREIRA, A. R. et al. Estilo de vida e coordenação motora. **Fisioter. Pesq.** v. 21, n. 3, p. 223-228, 2014.
- COSTA, L. C; THULER, L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros. **Rev. bras. Est. Pop.** v. 29, n. 1, p. 133-145, jan./jun. 2012.
- ESPÍRITO SANTO, M. B. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 1, p. 88-101, 2012.
- GRITTI, G. C. M. et al. DCNT e antecedentes pessoais em reinternados. **Cad. Saúde. Colet.**, v. 23, n. 2, p. 214-219, 2015.

MILECHI, A. et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/>.

OLIVEIRA, G. C. **Perfil físico funcional dos indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo 1 e 2, do município de Matinhos - PR**. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) –Mestrado em Educação Física, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

RAIZEL, R. et al . Comportamentos de risco à saúde de adolescentes e atividades educativas da Estratégia Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 291-299, jun. 2016.

RIETH, M. A. et al. Fruits and vegetables intake and characteristics associated among adolescents from Southern Brazil. **Nutr J**, v. 16, nov. 2012.

RODRIGUEZ ANEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 2, p. 102-109, ago. 2008.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 6, p. 672-8, 2009.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **RevEscEnferm USP**, v. 50, n. 1, p. 50-8, 2016.

SOUZA, Z. A. A; SILVA, J. G; FERREIRA, M. A. Saberes e práticas de adolescentes sobre saúde: implicações para o estilo de vida e cuidado de si. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 400-406, set. 2014.

## CONCLUSÃO

O conhecimento sobre a população adulta jovem escolar pressupõe a existência de características relevantes que merecem ser divulgadas, pois há necessidade de discuti-las por gestores e profissionais de diversos setores da sociedade. Isso porque muitas delas mostram a existência de determinantes que podem levar a condições crônicas de saúde.

Como considerado inicialmente, o livro partiu do pressuposto que as condições sociais e o estilo de vida não saudável tinham relação com diversos tipos de cronicidades e tal ideia foi ratificada quando se apresentaram os capítulos dessa obra, cujas partes revelaram quem são os adultos jovens escolares e o contexto social em que vivem, bem como quais as suas condições de saúde-doença.

No que concerne ao perfil geral e ao contexto social, o adulto jovem escolar que está diante de nós tem uma idade média de 21 anos, mulher, solteiros, católicos, de raça parda, sem filhos, cujos pais e o chefe da família têm baixa escolaridade, moram com a mãe, em casas próprias de alvenaria, com energia elétrica e água encanada, residem em média quatro pessoas no domicílio, não recebem bolsa família, possuem trabalho remunerado nos últimos

doze meses, trabalham em média cinco horas por dia e a renda individual ou familiar não passa de dois salários mínimos. Além disso, a maioria dos adultos jovens em algum momento precisa interromper seus estudos devido ao uso de substâncias ilícitas e comportamento sedentário na semana.

A participação do jovem nos diversos espaços sociais também é comprometida, pois os jovens apresentam distanciamento principalmente dos espaços políticos. Tal contexto ressalta que a busca pelo protagonismo juvenil precisa ser resgatado por profissionais das mais diversas áreas, devendo ser discutido nos espaços onde os adultos jovens estão inseridos. Nesse sentido, tanto os profissionais da educação como os de saúde precisam incentivar tal participação como forma de desenvolver e melhorar a construção da transformação social tão necessária em tempos de crise política.

No contexto dos serviços de saúde a maioria dos adultos jovens utiliza o serviço público de saúde, deslocando-se a pé, o que pode demonstrar que a rede de serviços de saúde está próxima à casa dos estudantes. No entanto, eles não têm esclarecimento efetivo acerca das atividades realizadas pela unidade de saúde e por isso mesmo tendem a buscar assistência principalmente em casos de emergência, não fazendo acompanhamento regular da sua saúde.

Apesar dessas características mostrarem condições sociais razoáveis, percebe-se que diversas iniquidades ainda são presentes no contexto de vida

dos adultos jovens pesquisados. Essa conjuntura mostra vulnerabilidades que podem repercutir no processo de saúde-doença-cuidado como visualizado na parte dois e três desse livro.

Na parte dois, os estudantes mostram uma condição de saúde permeada por um estilo de vida prejudicial à saúde evidenciado por pouca ou ausência da prática de atividades, bem como hábitos alimentares irregulares e estresse. Além de tais elementos, a relação entre o uso de drogas lícitas e ilícitas e o sexo sem proteção, a utilização intensa de fármacos anti-inflamatórios, aliada à automedicação e à afetividade também são componentes do estilo de vida e sofrem interferência direta de questões socioeconômicas.

Na parte três, fica ratificado que o estilo de vida não saudável afeta de forma considerável as condições de saúde da população em geral de forma paulatina. No entanto, o excesso ponderal acaba por ser evidenciado em idades cada vez mais precoces e está associado ao histórico de ganho de peso. Embora não tenha sido relacionado aos tipos de mídia, essa ligação deve ser estudada posto que alguns hábitos são reproduzidos devido esses dispositivos. Importante ainda comentar que essa situação crônica de saúde tem repercussões físicas e relacionadas à saúde mental, pois os jovens aqui estudados estão insatisfeitos com o corpo.

Ademais, na identificação de alguns parâmetros de rastreamento, a glicemia capilar casual foi

avaliada, acusando uma percentagem baixa, porém preocupante de alteração no nível glicêmico após pelo menos 120 minutos de jejum. Esse elemento, associado à presença de fatores de risco para a hipertensão arterial e diabetes no público estudado trazem apreensão, pois a exposição às doenças cardiovasculares pode aparecer de forma precoce.

Essa publicação traz à tona a necessidade urgente de intervenções educativas efetivas voltadas para esse público em todos os cenários em que estes estão inseridos, em particular, na escola, pois parte-se da concepção de que a escola é um local com potencialidades para promoção da saúde e estímulo à autonomia dos jovens. Estes aspectos são essenciais para a propagação do conhecimento sobre hábitos saudáveis que podem ser considerados pelos alunos de forma consciente.

Apesar da intervenção não ser direta nesse tipo de estudo aqui proposto, verificam-se potencialidades de iniciativas ativas para as mudanças de hábitos de vida no momento da divulgação e aplicação dos instrumentos de pesquisa. A pesquisa mostrou-se reveladora da situação em que se encontram os pesquisados como revelam os capítulos, onde as vivências produzidas para a realização de cada etapa da pesquisa geraram transformações com quem realizou a pesquisa e quem foi pesquisado. Foi oportunizado aos pesquisadores o desenvolvimento e o aprendizado de conteúdo, de conceitos, de habilidades intelectuais necessárias para lidar com

as nuances de desenvolvimento relacionadas ao conhecimento da pesquisa, permitindo maior conhecimento sobre a temática.

Contribuições foram evidentes para todos que participaram da pesquisa, porém, as limitações foram inúmeras para a construção deste estudo. Desde a não adesão por parte dos pesquisados, bem como o enfrentamento para ter acesso aos estudantes. Por se tratar de escolares que, em sua maioria, estavam fora de faixa regular de ensino, a pesquisa ocorreu no turno da noite. Esse período dificultava tanto a participação do público-alvo quanto a própria equipe da pesquisa pelo enfrentamento de deslocar-se em áreas consideradas de risco em que estavam situadas alguns dos locais de coleta.

Essas situações não desanimaram os pesquisadores, os quais reconhecem que os estudos no setor saúde e educação devem investigar a natureza e a extensão dos problemas, bem como as suas causas etiológicas para que averiguações da relevância e capacidade de transferência desses conhecimentos pelo próprio setor de educação venham a desenvolver ferramentas uteis e adaptáveis às condições e contextos locais e, isto posto, acompanhar e analisar a efetividade das intervenções e seu grau de sucesso a fim de proporcionar a equidade em saúde e seu desenvolvimento.

## **SOBRE OS AUTORES**

### **AUTORES ORGANIZADORES**

#### **Thereza Maria Magalhães Moreira**

Coordenadora geral do projeto do CNPq, que deu origem ao livro.

Enfermeira e Advogada. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Associado da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2) Saúde Coletiva; 3) Mestrado Profissional Gestão em Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Consultora Ad hoc de vários periódicos.

#### **Raquel Sampaio Florêncio**

Assessora de coordenação do projeto do CNPq, que deu origem ao livro. Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSA-

C-UECE). Mestre em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE) e Discente da Especialização em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) vinculado à UECE.

### **Vagner Rodrigues da Silva Júnior**

Assessor de coordenação do projeto do CNPq, que deu origem ao livro. Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIES-UECE). Mestre em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE). Especialista em Auditoria em Saúde (CESA-UECE). Membro do Conselho Fiscal da ABEn Seção Ceará, Gestão 2016-2019. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) vinculado à UECE.

### **Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins**

Enfermeira (FAMETRO). Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde da Família (UECE) e em Enfermagem Pediátrica e Neonatal (FAMETRO). Atua como Professora no Centro Universitário Christus. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cronicidades e Cuidado em Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

## **AUTORES COLABORADORES**

### **Adryane Aparecida Câmara Cavalcante Lima**

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista voluntária do Observatório de Saúde da Rede Assistencial de Urgência e Emergência do SUS (Programa de Urgência) - PROURG/UECE. Bolsista de Iniciação científica IC/UECE e integrante do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem - GRUPECCE/UECE.

### **Ana Caroline Andrade Oliveira**

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

### **Ana Caroline Lima Vasconcelos**

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Compôs a Rede Mundial Global Shapers Community. Foi integrante do Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação e Monitora da disciplina de Metodologia de Pesquisa em Enfermagem, além de Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE). Foi também estagiária voluntária de Iniciação Científica do Laboratório de Bioprospecção e Biotecnologia Marinha - LaBB-Mar, na linha de pesquisa Farmacologia do Câncer, com ênfase na atividade citotóxica e antitumoral, do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos da Universidade Federal do Ceará. Residente na Escola de Saúde Pública (ESP) na área de urgência e emergência.

### **Ana Célia Caetano de Souza**

Enfermeira (UECE). Mestre e Doutora em Cuidados Clínicos em enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (PPCCLIES-UECE). Atualmente é enfermeira da Hospital da Mulher de Fortaleza-Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos (NPDM) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

### **Ana Vladia Brasileiro de Araújo Silva**

Farmacêutica pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

### **Anaíze Viana Bezerra de Menezes**

Enfermeira (FGF). Especialista em Saúde da Família pela Faculdade ATENEU (FATE). Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Antônio Dean Barbosa Marques**

Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e em Docência na Educação Profissional nos Níveis Básico e Técnico pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). Pós-Graduando (*lato sensu*) em Enfermagem em Estomatoterapia pela UECE. Graduado em Enfermagem pela Faculdade Aliança. Integrante do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/CNPq/UECE) e Cultura e Humanização do Cuidado (CNPq/UNIFOR).

### **Antônio Ribeiro da Silva Júnior**

Enfermeiro Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Camila Brasileiro de Araújo Silva**

Profissional de Educação Física (UECE). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialista em Personal Training (especialização) pela UECE. Ex-membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) da Universidade Estadual do Ceará.

### **Camila Milagros Gómez Lima**

Enfermeira (UECE). Pós-Graduada (*lato sensu*) em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (UECE). Ex-membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Dafne Lopes Salles**

Enfermeira (UECE). Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC-UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Daniele Braz da Silva Lima**

Enfermeira (UFC). Mestre e Doutora em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Danilo Cunha Ribeiro**

Profissional de Educação Física (UNIFOR). Especialização em andamento em Fisiologia do Exercício, Prescrição do Exercício pela Universidade Gama Filho. Atualmente é preparador físico - Serviço Social do Comércio - AR/CE. Mestrando em Saúde da Criança e do Adolescente.

### **Diana Fontenele Moraes Azevedo**

Enfermeira (UNIFOR). Especialista em Nefrologia (UECE). Atualmente trabalha com pacientes transplantados renais/pancreáticos/hepáticos no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Membro do Grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE). Mestranda em transplantes pela UECE.

### **Eline Mara Tavares Macedo**

Enfermeira (UNIFOR). Mestranda em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, vinculado à UECE. Especialista em Saúde do Trabalhador pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e Audi-

toria em Serviços de Saúde Pública e Privada pelo Instituto de Educação e Tecnologias (INET). Docente da Escola de Saúde Pública do Ceará e da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Floriano David Macedo Cruz**

Profissional de Educação Física (UECE). Ex-membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Francisco Vilemar Pinto Carneiro**

Enfermeiro (UECE) da Estratégia Saúde Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Psiquiátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: alcoolismo, abstinência, estresse, grupo de autoajuda e úlcera de pressão.

### **Irialda Saboia Carvalho**

Enfermeira (UECE). Especialista em Gestão, Auditoria e Perícia em Saúde (UECE). Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE). Enfermeira da Unidade Pronto Atendimento - UPA em Fortaleza-CE.

### **Ítalo Lennon Sales de Almeida**

Enfermeiro (UECE). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC-UECE). Especialização em Terapia Intensiva (Escola de Saúde Pública do Ceará). Enfermeiro assistencial no Frotinha do Antônio Bezerra, atuando na emergência (UTU). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Cuidados de Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago**

Enfermeira (UECE). Mestre e Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS-UECE). Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (UECE). Docente Adjunto A da Universidade Federal do Ceará. Diretora Financeira da ABEn Seção Ceará, Gestão 2016-2019.

### **Jéssica Naiane Gama da Silva**

Enfermeira (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Joana Angélica Marques Pinheiro**

Fonoaudióloga (UNIFOR). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialização em Linguagem (UNIFOR) e Psicomotricidade (UFC/FLACSO). Servidora pública do Estado (SESA), Fonoaudióloga do Setor de Pediatria do Hospital do Coração de

Messejana (Dr. Carlos Alberto Studart). Preceptora da residência multiprofissional da escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE). Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cronicidades e Cuidados de Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **John Nilberick de Castro Bento**

Enfermeiro (UFC). Especialista em Saúde da Família (UFC). Enfermeiro assistencial da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Morada Nova. (2009 - 2013) Enfermeiro Assistencial no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (2013 - 2016). Atualmente, Enfermeiro Emergencista na Unidade de Pronto Atendimento – Itaperi e da Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca.

### **Kellen Alves Freire**

Nutricionista pelo Centro Universitário Estácio de Sá. Especialista em Prescrição de Fitoterápicos e Suplementação Clínica e Esportiva (Estácio de Sá).

### **Larissa Alves Alexandre Moliterno**

Fisioterapeuta (FIC). Mestre em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE). Ex-membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Laryssa Veras Andrade**

Enfermeira (UECE). Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos

em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS-UECE). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Leandro Araújo Carvalho**

Profissional de Educação Física (UNIFOR). Mestre e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialização em Educação Física para Grupos Especiais na Faculdades Nordeste - FANOR - (2010). Ex-membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem - GRUPECCE - CNPq.

### **Liziane da Cruz Braga**

Enfermeira (UECE). Pós-Graduada (*lato sensu*) em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (UECE). Ex-membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Lorena Campos de Souza**

Enfermeira (FANOR). Mestrado em Transplante pela UECE. Especialista em Enfermagem Cardiovascular (UECE). Enfermeira plantonista no Hospital Municipal José Maria Philomeno Gomes - Pacajus CE. Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidados em Cronicidades e Enfermagem

(GRUPECCE/UECE) e do programa Boas Práticas Clínicas em Cardiologia no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

**Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins**

Enfermeira (FAMETRO). Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde da Família (UECE) e em Enfermagem Pediátrica e Neonatal (FAMETRO). Atua como Professora no Centro Universitário Christus. Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

**Mairi Alencar de Lacerda Ferraz**

Fisioterapeuta. Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cronicidades e Cuidados de Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

**Maria José Melo Ramos Lima**

Fisioterapeuta (FIC). Mestre em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (UECE) e em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória (UNIFOR). Título de Especialista em Fisioterapia Respiratória pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva. Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Mércia Marques de Oliveira**

Acadêmica de Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista do Programa de Iniciação Científica da Universidade Estadual do Ceará (IC/UECE). Ex-membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Paulo Ricardo da Silva Justino**

Enfermeiro (UECE). Ex-membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Priscilla Mesquita Luz**

Esteticista (UVA). Enfermeira (UECE). Especialista em Enfermagem Clínica (UECE). Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCLIS-UECE). Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Raquel Rodrigues da Costa**

Enfermeira (UECE) da Estratégia Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCLIES-UECE). Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Raquel Sampaio Florêncio**

Enfermeira (UECE). Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE). Discente da Especialização em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Remiel Brito Meneses**

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Ex-bolsista do Programa de Extensão Universitária da Universidade Estadual do Ceará (PROEX-UECE). Ex-membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Samuel Miranda Mattos**

Educador Físico, Mestrando em Saúde Coletiva. Profissional de Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará. MBA em Gestão de Academias e Negócios em Esportes e Bem-estar (Centro Universitário Farias Brito). Ex-membro associado do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte - CBCE. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Sara Maria Soares Rabelo**

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Sarah Ellen da Paz Fabrício**

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Taiane Emyll Silva Sampaio**

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Thaís Vaz Jorge**

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Extensão. Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cronicidades e Cuidados de Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Thereza Maria Magalhães Moreira**

Enfermeira (UFC). Advogada (FIC). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Associado da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2) Saúde Coletiva; 3) Mestrado Profissional Gestão em Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Consultora Ad hoc de vários periódicos.

### **Thiago Santos Garces**

Enfermeiro (FAMETRO). Especialista em Centro de Terapia Intensiva (UECE). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS-UECE). Enfermeiro do Centro Terapia Intensiva do Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura (Frotinha Antônio Bezerra). Enfermeiro do Centro Terapia Intensiva do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (Hospital da Mulher). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Vagner Rodrigues Silva Junior**

Enfermeiro (UECE). Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS-UECE). Mestre em Saúde Coletiva (PPSAC-UECE). Especialista em Auditoria em Saúde (CESA-UECE). Membro do Conselho Fiscal da ABEn Seção Ceará, Gestão 2016-2019. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) vinculado à UECE.

### **Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva**

Pedagoga (UECE). Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

### **Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa**

Enfermeira (UFC). Advogada (Faculdade Farias Brito). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana. É professora adjunto 11 da Universidade Estadual do Ceará. É pesquisadora do Grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE/UECE). Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

### **Virna Ribeiro Feitosa Cestari**

Médica Veterinária (UECE). Enfermeira (UNIFOR). Mestre e Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (PPC-CLIES-UECE). Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Crônicas e Cuidados de Enfermagem (GRUPECCE/UECE).

