



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

LARYSSA VERAS ANDRADE

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE COMO MARCADOR DE VULNERABILIDADE
INDIVIDUAL EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES COM EXCESSO PONDERAL:
ESPAÇO PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

FORTALEZA-CEARÁ

2015

LARYSSA VERAS ANDRADE

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE COMO MARCADOR DE VULNERABILIDADE
INDIVIDUAL EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES COM EXCESSO PONDERAL:
ESPAÇO PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Thereza Maria Magalhães Moreira.

FORTALEZA-CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Andrade, Laryssa Veras.

Autopercepção de saúde como marcador de vulnerabilidade individual em adultos jovens escolares com excesso ponderal: espaço para atuação do enfermeiro [recurso eletrônico] / Laryssa Veras Andrade. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 79 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Autopercepção de saúde. 2. Sobrepeso. 3. Obesidade. 4. Vulnerabilidade em saúde. 5. Adulto jovem. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Laryssa Veras Andrade**
realizada no dia 03 de Novembro de 2015.

Ao terceiro dia do mês de novembro do ano dois mil e quinze, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Thereza Maria Magalhães Moreira, Malvina Thais Pacheco Rodrigues e Maria Rocineide Ferreira da Silva sob a presidência da primeira, perante o qual, a Mestranda, **Laryssa Veras Andrade** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*Autopercepção de saúde como marcador de vulnerabilidade individual em adultos jovens escolares com excesso ponderal: espaço para atuação do enfermeiro*". A defesa da referida Dissertação ocorreu das 10:40h as 12:30h tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda aprovada, por sua Dissertação e defesa pública.
Eu, THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira - UECE
(Orientadora e Presidente)


Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues - UFPI
(1º membro)


Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE
(2º membro)

AGRADECIMENTOS

Especialmente, a Deus, pois sem ele nada se tornaria possível de conseguir;

À minha família, sobretudo, meus pais e irmãos, pela paciência nos momentos de estresse e introspecção e acima de tudo pelo amor inestimável e por me oportunizar a continuação dos meus estudos;

Ao meu companheiro amado, José Neto, pela ajuda em todas as fases da pesquisa, principalmente a de cunho emocional. Obrigada, verdadeiramente, pela compreensão, apoio e pelo amor a mim oferecido;

À Prof^ª Thereza Maria Magalhães Moreira, minha amada orientadora, por todos os ensinamentos, orientações, paciência e amizade e muito mais além do que eu possa descrever;

Aos queridos membros e ex-membros do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades de Enfermagem (GRUPECCE), em especial as minhas queridas amigas Irialda e Dafne, pela ajuda na busca pelo saber, e a todos aqueles que me ajudaram na coleta de dados;

Aos meus amigos de graduação e pós-graduação, com quem compartilhei anos de convivência;

Aos adultos jovens que contribuíram imensamente para essa pesquisa;

Aos diretores, coordenadores e professores das escolas estaduais por terem aberto as portas para a pesquisa;

A todos que ajudaram e contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho, deixo aqui a minha enorme e sincera gratidão.

RESUMO

A autopercepção do estado de saúde é um importante instrumento conhecedor da situação global do indivíduo, gerando impacto no bem-estar físico, social e psicológico. Ela é multifatorial e merece ser discutida em todos os meios, sendo a escola um importante campo de atuação dos profissionais de diversos setores para a promoção da saúde. De modo a refletir essa situação, introduziu-se o conceito de vulnerabilidade como forma de ampliar a discussão relacionada à autopercepção de saúde. Nesse contexto, o objetivo desta dissertação foi analisar a associação entre características sócio-demográficas, clínico-comportamentais, psico-emocionais e de conhecimento com a autopercepção de saúde como marcador de vulnerabilidade individual em escolares adultos jovens com excesso ponderal, subsidiando a atuação do enfermeiro. O estudo analítico, quantitativo foi realizado com 381 adultos jovens escolares de 26 escolas estaduais de Fortaleza-Ceará-Brasil. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: um questionário de caracterização e o questionário "Estilo de vida fantástico". Tão logo coletados, os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do programa estatístico *International Business Machines Statistics Package Social Science version 18.0 (IBM SPSS 18.0)*. Foram calculadas as frequências simples e relativas das variáveis do estudo e, posteriormente, realizou-se o teste do qui-quadrado para as variáveis categóricas, considerando o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Para estimar a força de associação de possíveis marcadores da autopercepção de saúde, foi calculada a *odds ratio (OR)*, com intervalo de confiança de 95% e, em seguida, foi realizada a análise com modelo de regressão logística hierarquizada. Com base nos aspectos individuais do modelo teórico da vulnerabilidade, as variáveis foram divididas em três blocos: 1) sociodemográficas; 2) clínico-comportamentais e; 3) situação psico-emocional e conhecimento. Para inclusão no modelo inicial de regressão, adotou-se o valor $p < 0,20$ obtido na análise bivariada e, para a análise final, adotou-se o $p < 0,05$. O estudo seguiu todos os preceitos ético-legais dos estudos com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará sob protocolo de nº 662.105/2014. Os resultados mostraram homogeneidade na frequência de casos de autopercepção de saúde negativa e positiva em adultos jovens escolares, com discreto aumento para a positiva. A autopercepção de saúde negativa esteve associada significativamente na análise bivariada às variáveis: sexo, renda individual, diagnóstico de excesso ponderal, dieta balanceada, capacidade para lidar com o estresse, satisfação com o trabalho ou função, autopercepção do excesso ponderal, satisfação corporal e participação em atividades de educação em saúde. No modelo final da regressão, observaram-

se que estiveram associados à autopercepção de saúde negativa os marcadores: sexo, dieta balanceada, capacidade de lidar com o estresse e autopercepção de excesso ponderal. Concluiu-se, sobremaneira, que tais marcadores explicam a autopercepção de saúde negativa na população estudada, sendo importante o papel de educador do enfermeiro para trabalhar junto a esses adultos jovens escolares na busca de minimizar vulnerabilidades.

Palavras-chave: Autopercepção de Saúde. Sobrepeso. Obesidade. Vulnerabilidade em Saúde. Adulto jovem.

ABSTRACT

The self-perception of health is an important tool knowledgeable of the global situation of the individual and the impact this has on the physical, social and mental well-being. It is multifactorial and deserves to be discussed in all media, the school is an important field of activity of the various sectors of professionals for health promotion. In order to reflect this situation, it introduced the concept of vulnerability as a way to broaden the discussion related to self-rated health. In this context, the aim of this work was "To analyze the association between sociodemographic characteristics, clinical and behavioral, psycho-emotional and knowledge with self-rated health as individual vulnerability marker in young children with weight excess subsidizing the work of nurses." To achieve this goal, we chose to outline an analytical, quantitative study, conducted with 381 school young adults from 26 state schools in Fortaleza-Ceara, Brazil Data were collected through two instruments: A questionnaire with general questions and the questionnaire "Fantastic Lifestyle". Once collected, the data were tabulated and analyzed using the Social International Business Machines Statistics Package statistical program Science version 18.0 (SPSS 18.0). the simple and relative frequencies were calculated from variables study and subsequently held the chi-square test for categorical variables, considering the level of statistical significance of 5% ($p < 0.05$). To estimate the strength of association of possible self-perceived health markers, it calculated the odds ratio (OR) with 95% confidence interval and then was carried out with the analysis of hierarchical logistic regression model. Based on individual aspects of the theoretical model of vulnerability, the variables were divided into 3 groups: 1) sociodemographic; 2) clinical and behavioral; 3) psycho-emotional situation and knowledge. For inclusion in the initial regression model, the value was adopted $p < 0.20$ obtained in the bivariate analysis and, in the final analysis, we adopted $p < 0.05$. The study followed all ethical and legal precepts of human studies and was approved by the Ethics Committee of the State University of Ceará under no protocol 662,105 / 2014. The results showed a homogeneity in the frequency of cases of self-perception of positive and negative health school young adults, with a slight increase for the positive. The negative self-rated health was significantly associated in the bivariate analysis of the variables: gender, individual income, diagnosed with weight excess, balanced diet, ability to handle stress, job satisfaction or function, self-perception of weight excess, body satisfaction and participation in health education activities. In the final regression model, they observed that were associated with negative self-rated health markers: sex, balanced diet, ability to handle stress and excess weight perception. It follows greatly that such markers

explain the negative self-perceived health in this population. It is important for the nurse educator role to work with these school young adults in seeking to minimize vulnerabilities.

Keywords: Health Self-perception. Overweight. Obesity. Health Vulnerability. Young adult.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Aspectos a serem considerados nas três dimensões da análise de vulnerabilidade.....	20
Quadro 2-	Lista de descrição do modelo final da regressão logística.....	46
Quadro 3-	Domínios, classes, diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados identificados na amostra de adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará, 2015.....	48
Quadro 4-	Intervenções de enfermagem passíveis de serem utilizadas junto a população de adultos jovens escolares com excesso ponderal segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Fortaleza-Ceará, 2015.....	49
Figura 1-	Mapa das Secretarias Regionais de Fortaleza, Ceará, Brasil.....	31
Figura 2-	Diagrama da autopercepção de saúde negativa interrelacionada com os diagnósticos de Enfermagem segundo a taxonomia NANDA-I versão 2015-2017.....	46
Gráfico 1-	Classificação da autopercepção de saúde dos adultos jovens escolares, Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	41
Gráfico 2-	Autopercepção de saúde em adultos jovens escolares de Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Plano amostral, Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.....	33
Tabela 2-	Número de adultos jovens por escola. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.....	34
Tabela 3-	Análise uni e bivariada das características sociodemográficas associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015 (BLOCO 1).....	42
Tabela 4-	Análise uni e bivariada das características clínico-comportamentais associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (BLOCO 2).....	43
Tabela 5-	Análise uni e bivariada das características psico-emocionais e de conhecimento associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (BLOCO 3).....	44
Tabela 6-	Análise multivariada das características sociodemográficas, clínico-comportamentais e psico-emocionais/conhecimento por blocos associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE	Ceará
DCNI	Doenças Crônicas não infecciosas
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DF	Distrito Federal
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corpórea
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JCUSH	<i>Joint Canada/United States Survey of Health</i>
MS	Ministério da Saúde
ME	Ministério da Educação
NHIS	<i>National Health Interview Survey</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
POF	Pesquisas de Orçamentos Familiares
PSE	Programa Saúde na Escola
SEDUC	Secretaria Estadual de Educação do Ceará
SR	Secretaria Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SEFOR	Superintendência das Escolas Estaduais de Fortaleza
SPSS	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade Amostral
UPA	Unidade Primária de Amostragem
USA	Unidade Secundária de Amostragem
UTA	Unidade Terciária de Amostragem
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	GERAL	17
2.2	ESPECÍFICOS.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	ANÁLISE DE VULNERABILIDADE: UMA APROXIMAÇÃO À ABORDAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A DISCUSSÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	18
3.2	A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS JOVENS: A NECESSIDADE DA INTRODUÇÃO DE DISCUSSÕES A CERCA DA VULNERABILIDADE INDIVIDUAL.....	21
3.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE O ADULTO JOVEM COM EXCESSO PONDERAL: MODOS DE VIDA CONTEMPORÂNEOS E SUA IMPLICAÇÃO COM A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	23
3.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: ESTRATÉGIA DE CUIDADO PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO AOS ADULTOS JOVENS.....	25
4	METODOLOGIA	30
4.1	TIPOLOGIA E NATUREZA DO ESTUDO.....	30
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.3	UNIVERSO, POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.4	COLETA DE DADOS.....	35
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	36
4.5.1	Variável dependente: autopercepção de saúde	36
4.5.2	Variáveis independentes	36
4.6	ANÁLISE DE DADOS	38
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5	RESULTADOS	40
6	DISCUSSÃO	51
7	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES	71

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO.....	72
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	73
ANEXOS.....	74
ANEXO A – QUESTIONÁRIO ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO.....	75
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	76

1 INTRODUÇÃO

O objeto desse estudo tratou da autopercepção de saúde como marcador de vulnerabilidade individual em adultos jovens escolares com excesso ponderal no município de Fortaleza-Ceará-Brasil, visando apresentar um cenário epidemiológico que possa ser utilizado como espaço para atuação do enfermeiro.

Considerando que aspectos culturais, psicológicos, sociais, entre outros, podem influenciar a percepção de saúde dos indivíduos, é razoável ter como hipótese que, especialmente em países em desenvolvimento, onde há forte desigualdade social, as diferenças econômicas e sociais, e até mesmo comportamentais, podem produzir padrões de autopercepção de saúde diferenciados entre sujeitos com diferentes condições e características (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012). Estudo realizado na Suécia demonstrou que a autopercepção de saúde variou de acordo com a etnia, e que essas diferenças foram consideravelmente reduzidas após controle por fatores econômicos e psicossociais, sugerindo que estes sejam importantes determinantes da autopercepção de saúde (LINDSTROM; SUNDQUIST; OSTERGREN, 2001).

No Brasil, as pesquisas epidemiológicas têm incluído a autopercepção de saúde como objeto de estudo. Pesquisa feita por inquérito telefônico, realizado em todas as capitais brasileiras, observou que a prevalência de sujeitos que referiram sua condição de saúde como ruim (em uma escala que incluía as opções: excelente, boa, regular e ruim) variou de 3,0% em Belo Horizonte (Minas Gerais) a 7,1% em Salvador (Bahia) (BRASIL, 2007). Ainda no contexto brasileiro, estudo realizado pela Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) apontou prevalência de autopercepção negativa de saúde de 21,4% (HÖFELMANN; BLANK, 2007). Resultado aproximado foi encontrado em estudo realizado em Pelotas que obteve prevalência de autopercepção negativa de saúde de 22,3% em adultos (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

A autopercepção de saúde baseia-se em critérios subjetivos e objetivos, sendo um bom preditor de mortalidade, mesmo após o controle para outras variáveis. Neste contexto, é essencial entender como a pessoa percebe sua saúde, pois seu comportamento é condicionado pela percepção e importância dada a esta (AGOSTINHO et al., 2010).

Muitos estudos têm avaliado a questão da autopercepção de saúde pela pergunta: “De maneira geral, como você percebe sua saúde?”, com opção de resposta em escala likert (excelente, boa, regular e ruim). É uma das medidas mais empregadas em inquéritos populacionais, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para monitoramento

do estado de saúde. Sua ampla utilização decorre de sua facilidade de operacionalização associada à grande confiabilidade (MOREIRA; SANTIAGO; ALENCAR, 2014; HÖFELMANN; BLANK, 2007).

Apesar de pesquisas apontarem a confiabilidade dessa pergunta, seus fatores condicionantes apresentam grande variabilidade. Tais fatores são influenciados por aspectos culturais, socioeconômicos, psicossociais, estilo de vida, ambiente de trabalho, dentre outros. Assim, a autopercepção de saúde não pode ser considerada uma medida estritamente objetiva para mensuração da saúde. Ela apresenta características que extrapolam o significado de saúde no sentido estrito (CARVALHO et al., 2012; HÖFELMANN; BLANK, 2007).

Estudos recentes têm utilizado a percepção de saúde de pessoas em diferentes faixas etárias, etnias e condições. Algumas evidências apontam que pessoas que definem seu estado de saúde de maneira negativa apresentam piores condições clínicas e maiores indicadores de morbidade e mortalidade que seus pares com percepção positiva. Estudo realizado, com adultos da região de Porto Alegre, mostrou que os indivíduos que indicaram boa condição de saúde, 45,7% eram tabagistas e sedentários e 11,7% consumiam álcool em excesso (AGOSTINHO et al., 2010). Assim, percebe-se que determinados comportamentos estão associados intimamente a melhores indicadores de saúde (CARVALHO et al., 2012; TRAEBERT; BORTOLUZZI; KEHRIG, 2011).

Muitas vezes, pessoas vulneráveis socioeconomicamente, com hábitos comportamentais inadequados, com situação psicoemocional comprometida e com déficit de conhecimento em relação a sua saúde não se percebem doentes, principalmente por não apresentarem sintomas, incapacidades ou outras comorbidades. Daí a importância do enfermeiro trabalhar com esse público dado a vulnerabilidade individual a qual estão envolvidos.

A partir desta constatação, surgiu o interesse em desenvolver essa pesquisa, uma vez que a maioria dos estudos classifica como a população percebe sua saúde, mas não se preocupa em analisar os fatores interligados à autopercepção de saúde sob a ótica da vulnerabilidade. Além disso, desde a minha graduação, participo de projetos com adultos jovens com excesso ponderal no grupo de pesquisa “Epidemiologia, Cuidado em Crônicas e Enfermagem” da Universidade Estadual do Ceará. Nesse grupo, observo, pelos estudos desenvolvidos com adultos jovens (FLORÊNCIO, 2014; MOREIRA; SANTIAGO; ALENCAR, 2014), o quanto estão vulneráveis a uma piora ou desenvolvimento de um quadro clínico de adoecimento crônico. Tendo em vista que relatam ter boa saúde, mas, na verdade, percebemos que haver otimização dessa autopercepção de saúde. Assim, surgiu a

necessidade de identificar marcadores de vulnerabilidade individual relacionados à autopercepção de saúde, buscando, assim, identificar um contexto de vulnerabilidade que possa ser trabalhado por meio do enfermeiro junto a esses adultos jovens com excesso ponderal, minimizando ou evitando os riscos que podem repercutir na situação de saúde desses jovens.

Muitas pesquisas dedicam-se a investigar a autopercepção de saúde em determinado grupo populacional (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012; BARROS et al., 2009). Neste sentido, torna-se relevante o presente estudo, pois investigou a associação das condições sociodemográficas, clínico-comportamentais, psicoemocionais e de conhecimento com a autopercepção de saúde, sob a ótica da vulnerabilidade, visando desvendar se essa população se encontra em contexto de vulnerabilidade individual que possa ser trabalhado pelo enfermeiro, sendo o cenário escolar ambiente propício para se trabalhar com essa população.

De acordo com Vasconcelos et al. (2008), Gubert et al. (2009) e Maciel et al. (2010), as atividades educativas em saúde na escola já são vistas pela enfermagem há bom tempo como estratégias de prevenção de agravos. Rasche e Santos (2008) trouxeram um relato que desde 1936 o enfermeiro é um agente de promoção da saúde e atendimento aos agravos no ambiente escolar.

Portanto, diante da contextualização exposta, o estudo respondeu aos seguintes questionamentos: Quais as características sócio-demográficas, clínico-comportamentais, psico-emocionais e de conhecimento dos adultos jovens escolares com excesso ponderal em Fortaleza-Ceará-Brasil? Há autopercepção positiva ou negativa de saúde nesses adultos jovens escolares com excesso ponderal em Fortaleza-Ceará-Brasil? Há associação entre as características sócio-demográficas, clínico-comportamentais, psico-emocionais e de conhecimento com a autopercepção de saúde dessa clientela? Como o enfermeiro pode trabalhar junto a esses escolares visando minimizar a vulnerabilidade individual a qual esses jovens possam estar inseridos?

Diante das respostas a esses questionamentos, anseia-se que elas sejam essenciais para a identificação de marcadores que predispõem esses adultos jovens a um contexto de vulnerabilidade, que necessita ser trabalhado pelo enfermeiro para minimizar ou evitar riscos a saúde desses adultos jovens.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a associação entre características sócio-demográficas, clínico-comportamentais, psico-emocionais e de conhecimento com a autopercepção de saúde como marcador de vulnerabilidade individual em escolares adultos jovens com excesso ponderal, subsidiando a atuação do enfermeiro.

2.2 ESPECÍFICOS

Descrever as características sócio-demográficas, clínico-comportamentais, psico-emocionais e de conhecimento de adultos jovens escolares com excesso ponderal;

Identificar a autopercepção de saúde dessa clientela;

Verificar a associação entre as características sócio-demográficas, clínico-comportamentais, psico-emocionais e de conhecimento com a autopercepção de saúde;

Propor pontos norteadores para o cuidado clínico de enfermagem ao adulto jovem escolar com excesso ponderal, com vistas a modificar a situação de vulnerabilidade individual de sua autopercepção de saúde negativa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A utilização da autopercepção de saúde para explicar o processo saúde-doença depende de suas características subjetivas, nas quais também se inserem suas limitações. Ela pode ser influenciada pela cultura, expectativa, visão de mundo e personalidade dos indivíduos, entretanto, por ser de fácil aplicação, pode ser usada tanto em pesquisa, como na prática clínico-assistencial para acompanhar a evolução de saúde dos pacientes (THEME FILHA, SZWARCWALD, SOUZA JUNIOR, 2008).

Nesse sentido, traçar-se-á uma exposição sobre vulnerabilidade interrelacionada com a autopercepção de saúde, modos de vida contemporâneos do adulto jovem com excesso ponderal e a promoção da educação em saúde na escola pelo enfermeiro.

3.1 ANÁLISE DE VULNERABILIDADE: UMA APROXIMAÇÃO À ABORDAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A DISCUSSÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

Vulnerabilidade é definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos (RODRIGUES; NERI, 2012).

As discussões sobre vulnerabilidade ganharam espaço após o início dos estudos referentes ao HIV/AIDS na década de 1980. Os antecedentes do conceito remontam a continuidade dos estudos que passaram a se instrumentalizar com a epidemiologia do risco. Foi com o aparecimento de novos casos de HIV/AIDS entre haitianos e, mais tarde, entre pacientes hemofílicos, que começou a aceitação de que a síndrome não estava restrita apenas aos homossexuais masculinos (KALICHMAN, 1993). Com a divulgação do primeiro relatório interinstitucional sobre AIDS, surge o alerta sobre “grupos de risco”.

A preocupação com o caráter discriminatório do termo fez surgir outra denominação que ganhou escopo no subsídio aos programas de prevenção, a de “comportamento de risco”. A adoção dessa noção reforçou as concepções individualizantes associadas às análises de risco e permitiram o surgimento de outras abordagens que pudessem dar conta de análises mais ampliadas sobre a epidemia que se instalava.

À época, Mann, Tarantola e Netter (1992) introduzem o conceito de vulnerabilidade com a publicação do livro “Aids no mundo” e apresentam uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. Segundo os autores, o

comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia.

No entanto, segundo Paris (1999), o modelo original, proposto por Mann, Tarantola e Netter (1992), apresenta-se impregnado da tradição norte-americana de pesquisa social, ao focalizar o âmbito individual segundo aspectos comportamentais e cognitivos.

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann, Tarantola e Netter (1992), Ayres et al. (1999), no Brasil, apontam que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. A social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social, podendo as duas últimas serem consideradas na dimensão contextual.

Especificamente na área da saúde, o significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas a uma determinada condição, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Explicando melhor, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre eles. Além disso, Ayres et al. (1999) propõem que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como lócus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades.

Diferentemente dos estudos de risco, as investigações conduzidas no marco teórico da vulnerabilidade buscam a universalidade e não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência. Assim, a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo (AYRES et al., 2006).

Uma síntese dos elementos que se sugere considerar nas análises de vulnerabilidade, em suas três dimensões, encontra-se no quadro 1. Essa lista não é absoluta,

considerando que os elementos a serem considerados têm dependência com os aspectos do objeto a que se propõe estudar, além das possibilidades de análise e intervenção.

Quadro 1 - Aspectos a serem considerados nas três dimensões da análise de vulnerabilidade

Individual	Social	Programática (ênfase no setor saúde)
Valores Interesses Crenças Credos Desejos Conhecimentos Atitudes Comportamentos Relações familiares Relações de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Situação material Situação psico-emocional Situação física Redes e suportes sociais	Normas sociais Referências culturais Relações de gênero Relações de raça/etnia Relações entre gerações Normas e crenças religiosas Estigma e discriminação Emprego Salários Suporte social Acesso à saúde Acesso à educação Acesso à justiça Acesso à cultura, lazer, esporte Acesso à mídia Liberdade de pensamento e expressão Participação política Cidadania	Compromisso político dos governos Definição de políticas específicas Planejamento e avaliação das políticas Participação social no planejamento e avaliação Recursos humanos e materiais para as políticas Governabilidade Controle social Sustentabilidade política, institucional e material da política Articulação multisetorial das ações Atividades intersetoriais Organização do setor saúde Acesso aos serviços Qualidade dos serviços Integralidade da atenção Equidade das ações Equipes multidisciplinares Enfoques interdisciplinares Integração entre prevenção, promoção e assistência Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Respeito, proteção e promoção de direitos humanos Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Ayres et al., 2012.

Tendo em vista as três categorias de vulnerabilidade propostas por Ayres et al. (2006), o estudo se deteve a analisar um marcador de vulnerabilidade individual que foi a autopercepção de saúde. Entendendo que esse marcador é imprescindível para determinar os fatores condicionantes que posicionam esses adultos jovens numa condição de

vulnerabilidade. Além disso, analisar a autopercepção de saúde sob a égide de um novo conceito pode facilitar a busca e implementação de ações que beneficiem a saúde da população em curto, médio e longo prazo. Assim como proporciona um repensar sobre as formas de abordagem utilizadas nas ações desenvolvidas no combate a um agravo à saúde por meio dos profissionais de saúde.

3.2 A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS JOVENS: DISCUTINDO A VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

A saúde é considerada um determinante na manutenção da independência e autonomia das pessoas, sendo fundamental para manter ou aumentar a qualidade de vida. A independência refere-se à capacidade do indivíduo em realizar algo por seus próprios meios, e a autonomia à capacidade de decisão. Dessa forma, uma condição de saúde ruim pode influenciar a perda de autonomia e/ou independência (PIMENTA, 2006).

A avaliação empírica da saúde tem sido utilizada em diversos domínios, dentre eles: as medidas de saúde “testada” (por meio de exames laboratoriais e funcionais), de saúde observada (baseada em avaliação clínica feita por profissionais) e de saúde percebida (baseada nos conhecimentos e crenças pessoais) (BARROS et al., 2009).

Entre as medidas para a avaliação do estado de saúde encontra-se a autopercepção da saúde, que consiste em uma medida subjetiva feita pelo indivíduo a respeito de sua própria qualidade de saúde física e mental, baseada em critérios sociais e pessoais. Além disso, a autopercepção da saúde pode ser influenciada pelo nível de bem-estar do indivíduo, suas motivações e qualidade de vida. O grupo que relata pior nível de saúde é justamente aquele que exige esforços para melhoria dos serviços de saúde que atende aquela população e reforça a necessidade de medidas preventivas (MACHADO, 2013).

A percepção do estado de saúde pode ser apreendida por diferentes instrumentos e a autopercepção da saúde, obtida por meio de uma única questão tem sido amplamente utilizada em inquéritos de saúde (MOREIRA; SANTIAGO; ALENCAR, 2014; MOLARIUS et al., 2006; SZWARCOWALD et al., 2005).

A autopercepção da saúde é uma medida confiável, com validade semelhante a outras medidas da condição de saúde e pode prever mortalidade, morbidade e ser usado, no futuro, pelos serviços de saúde. A saúde física parece ser o principal determinante da boa percepção de saúde, embora determinantes psicológicos e fisiológicos também tenham sido relatados. Assim, os fatores que podem afetar a autopercepção do indivíduo quanto à sua

saúde incluem o acesso aos serviços de saúde, renda, a presença de doenças crônicas e a influência do ambiente no qual o indivíduo está inserido. Portanto, é importante reconhecer os fatores de risco que, em conjunto ou individualmente, podem causar danos à saúde. Esses fatores podem ser tratados ou modificados por ações na área de saúde, evitando, assim, morbidades ou eventos fatais. Além disso, conhecer os fatores associados com pior autopercepção de saúde auxilia na adoção de medidas preventivas e nos esforços para melhoria dos serviços de saúde (MACHADO, 2013).

Entre os diversos fatores que interferem na saúde do ser humano, em 1986, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) destacou que tanto os fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais e comportamentais, quanto os biológicos podem favorecer ou prejudicar a saúde. Esses fatores não representam a mesma coisa para todas as pessoas. Dependendo da época, do lugar e da classe social, dos valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas de cada indivíduo, o conceito de saúde se modifica (BUSATO et al.,2014).

Neste contexto, a autopercepção do estado de saúde é importante porque pode ser vista como um método rápido e simples de coletar informações sobre a saúde das pessoas, sendo ideal para intervenções coletivas e útil para o planejamento, implementações e acompanhamento de ações/programas de saúde. Além disso, engloba muitos aspectos de estilo de vida das pessoas que interferem no estado de saúde, tais como, atividade física, ou a falta dela, tipo de alimentação, hábito de fumar e ingestão de bebidas alcoólicas, aspectos que precisam ser considerados, pois interferem na saúde dos indivíduos. Fatores socioeconômicos e demográficos também refletem na autopercepção de saúde e têm a capacidade de influenciar no julgamento do estado de saúde (CREMONESE, 2009).

Conforme o exposto, vê-se que para a população perceber sua saúde de forma positiva não somente a ausência de doença se faz necessária, mas também um constructo relacionado com aspectos sociais, demográficos e comportamentais. Diante disso, torna-se necessário abordar essa questão sob a ótica da vulnerabilidade. Estudo realizado por Theme Filha, Szwarcwald e Souza Junior (2008) constatou que indivíduos com fatores de risco à saúde, tais como tabagismo e sedentarismo, além da presença de doenças crônicas já estabelecidas, consideravam sua saúde de maneira positiva. Tal situação posiciona esses indivíduos numa condição de vulnerabilidade em relação a sua saúde.

Assim, repensar o caráter multifatorial da autopercepção de saúde requer a articulação de elementos que emergem dos espaços de vivência coletiva dos adultos jovens. Portanto, os profissionais de saúde precisam conhecer esses elementos, visto que podem

aproximar-se da realidade da população em destaque e favorecer um olhar mais acurado sobre o seu perfil epidemiológico de forma a estabelecer processos permanentes de produção de saúde, minimizando assim, a vulnerabilidade individual desses adultos jovens.

3.3 O ADULTO JOVEM COM EXCESSO PONDERAL: MODOS DE VIDA CONTEMPORÂNEOS E SUA IMPLICAÇÃO COM A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (BRASIL, 2007).

Os jovens, atualmente, têm adotado um estilo de vida que se configura com um somatório dos maus hábitos alimentares (horários irregulares, opções alimentares insalubres), 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 quadro de excesso de peso instaurado na humanidade (SANTIAGO, 2012).

Verifica-se que a dieta humana começou a se modificar ao longo dos últimos 10.000 anos, sendo mais evidente nos últimos 150 anos. As mudanças mais recentes envolveram, principalmente, o tipo e a quantidade de gorduras, fibras e vitaminas, bem como a inserção de produção e consumo de novos alimentos, principalmente os cereais e disponibilização maior de glicose (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

Com a modificação relacionada de forma geral aos modos de vida ao longo dos anos, depreende-se a clara e notável ocorrência da transição nutricional, expressão utilizada para sintetizar as mudanças ocorridas no perfil nutricional da população, como a tendência de incremento das prevalências de sobrepeso e obesidade, e que são acompanhadas de modificações na dieta, no padrão de atividade física e nas condições nutricionais (POPKIN, 2011).

Levy-Costa et al., (2005) observaram que a evolução do padrão alimentar da população brasileira, por exemplo, a partir da década de 1970, é consistente com a participação crescente das Doenças crônicas não infecciosas (DCNI) no perfil de morbimortalidade da população brasileira e, particularmente, com o aumento da prevalência do excesso de peso no país. Ao avaliar a tendência, comparando as Pesquisas de Orçamentos

Familiares (POF) realizadas em meados das décadas de 1970, 1980, 1990 e 2000, os autores observaram o declínio da aquisição de alimentos tradicionais, como o feijão, o arroz, frutas e hortaliças, e aumento de até 400% no consumo de produtos industrializados. Também foi observada a persistência do consumo excessivo de açúcar e aumento sistemático no teor de gorduras em geral e de gorduras saturadas.

Tudo isso contribui com os resultados de estudos brasileiros que trazem prevalências do sobrepeso/obesidade semelhantes a países desenvolvidos, alcançando mais da metade da população adulta, independentemente da região (AMER; MARCON; SANTANA, 2011; MORAES; HUMBERTO; FREITAS, 2011; PINHO et al., 2011). Mais especificamente, o excesso ponderal em adultos jovens já se faz presente de forma significativa e preocupante. Em relatório de pesquisa desenvolvido por Moreira (2012), que analisou o risco cardiovascular em adultos jovens, verificou-se que o excesso de peso chegou a 34,5% nos adultos jovens em um município da região metropolitana de Fortaleza-Ceará.

Quando a obesidade chega mais cedo, antecipam-se também doenças como diabetes, hipertensão arterial e distúrbios circulatórios. Isto acarreta não somente mais gastos para a saúde como, principalmente, o comprometimento da qualidade de vida da população. O trabalho de prevenção gera custos significativos para o sistema de saúde, entretanto, os estudos de custo-efetividade mostram que o que se aplica em ações preventivas – especialmente na promoção da saúde e na alimentação saudável, representa economia de gastos com o tratamento da obesidade e co-morbidades associadas (ABESO, 2011).

Em 2011 foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNI, cujo objetivo geral é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNI e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção às pessoas com doenças crônicas. Neste íterim, uma das metas nacionais propostas deste plano é parar o crescimento da população de adultos brasileiros com excesso de peso ou com obesidade. Para enfrentar este desafio, que começa na mesa, o Ministério da Saúde tem investido em promoção de hábitos saudáveis e firmado parcerias com o setor privado e com outras pastas do governo (BRASIL, 2011).

Há também de se considerar que a decisão do indivíduo para manter uma forma peculiar de vida envolve os aspectos externos e os processos mentais. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano (TEIXEIRA et al., 2006).

Assim, observa-se que a manifestação de uma doença não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e estilo de vida que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, se encontra inserido. Desta forma, o estilo de vida propicia o desenvolvimento e/ou manutenção de fatores que comprovadamente afetam a saúde do indivíduo, incrementam o nível de doença ou morte prematura e elevam o índice de mortalidade pela doença (REZA; NOGUEIRA, 2008).

Nesse sentido, a OPAS objetiva a modificação do quadro atual da prevalência das doenças crônicas, por meio da mudança no estilo de vida (OPAS, 2003).

O conceito de estilo de vida passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem papel importante. Assim, para determinados autores, a doença pode resultar de formas pouco “saudáveis” de viver (TEIXEIRA et al., 2006).

Diante desse conceito, percebe-se que os modos e estilos de vida podem repercutir negativamente na saúde dos adultos jovens, tornando-os vulneráveis ao aparecimento de DCNI, como o sobrepeso e obesidade. Tal condição nutricional favorece uma autopercepção de saúde negativa por parte desses adultos jovens. Para modificar esse contexto de vulnerabilidade desses adultos jovens são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, por meio de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Assim, aderir a um estilo de vida saudável é um processo complexo e um desafio aos pacientes e profissionais, e a importância da atuação eficaz de uma equipe multidisciplinar de saúde é inegável. Estratégias de intervenção constantes devem ser desenvolvidas, incentivando as pessoas a mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, o papel do enfermeiro é essencial, pois o cuidado é considerado um princípio norteador da profissão, além de representar uma atitude de preocupação, responsabilidade e envolvimento com o outro.

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: ESTRATÉGIA DE CUIDADO PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO AOS ADULTOS JOVENS

A educação em saúde constitui-se tanto como um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada

cultura concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais. No campo das práticas de saúde, existe uma diversidade de modelos de educação em saúde e, considerando o que estas abordagens têm em comum, é possível agrupá-las em duas vertentes principais: o modelo tradicional ou preventivo e o modelo radical (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

O modelo tradicional de educação em saúde apóia-se num entendimento de saúde como ausência de doença e na proposição de estratégias educativas orientadas por pressupostos biomédicos. Nesse contexto, as ações de educação em saúde têm caráter persuasivo, pois buscam prescrever determinados comportamentos considerados ideais para a prevenção ou minimização de agravos à saúde. A abordagem tradicional de educação em saúde caracteriza-se, ainda, pela identificação dos profissionais da saúde como legítimos executores ou agentes de ações educativas em saúde (BUSS, 2003).

Segundo essa visão, como os profissionais da saúde são aqueles que conhecem as escolhas mais saudáveis, estão autorizados a convencer os indivíduos a adotar um estilo de vida compatível com estas escolhas. A possibilidade de alguém optar por atitudes consideradas não saudáveis, após ter participado de algum tipo de atividade educativa em saúde, é interpretada pelos profissionais como uma falha na eficácia destas ações. Além disso, na educação em saúde tradicional, as escolhas consideradas saudáveis pelos profissionais da saúde são propostas como as únicas opções possíveis e disponíveis aos indivíduos (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Em contrapartida, a necessidade de uma aproximação com referenciais ampliados, tem resultado em ações educativas em saúde que levam em consideração a complexidade do fenômeno saúde e que consideram uma perspectiva ampliada de educação. Essa abordagem educativa em saúde, denominada radical, busca o fortalecimento da consciência crítica das pessoas, transferindo o foco das ações educativas tradicionalmente centradas no indivíduo para um investimento no potencial dos grupos sociais (OLIVEIRA, 2005).

A educação em saúde radical apóia-se nos pressupostos da promoção da saúde, uma proposta que buscou renovar e transformar as práticas educativas no campo da saúde, predominantemente centradas na prevenção de doenças. Para a promoção da saúde e, portanto, para a abordagem radical da educação em saúde, somente a prevenção de doenças não poderá ser considerada como um objetivo suficiente, já que perante qualquer nível de saúde, sempre haverá algo a ser feito para promover condições de vida mais satisfatórias.

O principal subsídio desta mudança de perspectivas reside no próprio conceito de saúde, a qual é entendida num sentido positivo e multidimensional. Os modelos de

intervenção educativos propostos são essencialmente participativos, sendo oferecidos à população com a finalidade de abordar uma vasta rede de temas relacionados à saúde. Na perspectiva radical, a ampliação do escopo de saberes e práticas orientadoras da educação para a promoção da saúde, possibilita uma abertura ao trabalho de agentes que não sejam exclusivamente os profissionais da saúde (BUSS, 2003).

A compreensão de educação em saúde a partir de um conceito ampliado de saúde sugere o reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde e não-saúde. Diferente da compreensão de educação em saúde tradicional, indicada anteriormente, esta concepção orienta-se pela ideia de que as ações educativas em saúde desenvolvidas na perspectiva radical objetivam promover a autonomia dos sujeitos a partir de suas próprias escolhas, de forma desvinculada da regulação e supervisão dos profissionais da saúde (MARCONDES, 2004).

Nessa perspectiva, por mais que ambos modelos de educação em saúde apresentem pontos problemáticos, acredita-se que a abordagem radical seja a mais coerente com os pressupostos da promoção da saúde, pois estimula os indivíduos a assumir maior controle sobre suas vidas por meio de atitudes críticas relacionadas não somente ao individual, mas também à coletividade.

Embora não exista legislação que indique como um imperativo o desenvolvimento de ações educativas em saúde por enfermeiros, estes têm sido alguns dos seus principais agentes. Em função do conhecimento adquirido no meio acadêmico, que os instrumentaliza no conhecimento dos processos de adoecimento humano e, conseqüentemente, nas diversas e abrangentes formas de preveni-los, os enfermeiros são aqueles que frequentemente assumem o desafio de educar para a saúde (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008).

Nessa direção, o enfermeiro tem se constituído como importante agente de ações educativas em saúde. Pelo conhecimento amplo e contextualizado, específico de sua formação, o enfermeiro pode ser considerado um profissional qualificado para propor e redefinir as práticas de saúde, por meio de ações educativas voltadas tanto para a organização do processo de trabalho em saúde, quanto para o fomento de práticas sociais empreendedoras, voltadas para a promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2010).

Segundo Vasconcelos et al., (2008), as práticas educativas em saúde precisam ser fundamentadas no diálogo, com intuito de problematizar as condições sociais e as necessidades de cada ambiente.

Sendo assim, a escola é um ambiente ideal para o desenvolvimento de atividades de saúde, formando espaço de discussão e troca de conhecimentos, pois os alunos passam a maior parte de seu tempo nesse espaço e adquirem habilidades e conhecimentos que influenciam na formação crítica e política para o exercício de cidadania e escolhas saudáveis, nas quais a educação permanente pode ser inserida (VASCONCELOS, et al., 2008; GUBERT, et al., 2009; BRASIL, 2009; MACIEL, et al., 2010; BRASIL, 2011).

Ainda nessa linha de pensamento, Vasconcelos et al., (2008), relata que a escola exerce influência sobre o aluno e Gubert et al., (2009) reforça que ela é promotora de mudanças comportamentais e sociais, refletindo-se na comunidade em que estão inseridas. Assim, com o estímulo para o envolvimento e participação de todos – alunos, pais, funcionários e comunidade –, a escola torna-se um meio que possibilita enfrentamentos de agravos à saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado, no Brasil, em 2007, pelo Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, que integrou o Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009). Traz como sua primeira diretriz a educação em saúde e tem como objetivo enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens, contribuindo com a integralidade da comunidade escolar (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, um dos profissionais de saúde habilitado para atuação no ambiente escolar é o enfermeiro que, de acordo com a Diretriz Curricular Nacional do Curso de Graduação em Enfermagem, é um agente educador capacitado para planejar, programar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde; planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade de grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento (BRASIL, 2001).

Na América do Norte já é comum à atuação da “school nurse” em ambiente escolar com formação e legislação específica para essa área, reconhecido pelo governo como profissional de grande diferencial na abordagem de saúde em escolares (NASN, 2012). No Brasil, é possível observar a presença do profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, nas escolas por meio de projetos acadêmicos. Segundo Oliveira e Gonçalves (2004), foi desenvolvido em Manacapuru, Amazonas, um trabalho voltado para educação em saúde no qual o enfermeiro pode atuar como agente cooperador e promotor de saúde em palestras realizadas sobre o tema DSTs, tendo como resultado a procura dos alunos e dos pais destes para consultas especializadas e ajuda. Também, neste contexto, Maciel et al. (2010), relata a

experiência do Projeto de Extensão Aprendendo Saúde na Escola, em uma escola de Vitória, Espírito Santo. A educação em saúde mostrou-se agente de promoção do desenvolvimento e crescimento infantil, numa perspectiva de qualidade de vida, auxiliando na construção de hábitos saudáveis e de uma cultura de paz, além de promover habilidades para resolução de problemas pessoais e da comunidade.

Diante disso, observa-se que a falta de um profissional de saúde permanente no ambiente escolar pode ser caracterizada como um problema, já que a inserção do mesmo neste ambiente reforça a realização de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças possibilitando o cuidado de jovens em consonância com a união de saberes entre a saúde e educação (LOPES et al., 2007).

Mendes (2011) afirma que o enfermeiro deve auxiliar em processos de desenvolvimento dos ciclos de vida dos envolvidos, bem como a fatores que necessitem de adaptação, identificando fatores de risco e/ou comportamentos que apontem que o indivíduo está em dificuldades, alertando a família, orientando quanto às consequências desse comportamento e buscando parcerias para resolução do problema.

Diante disso, Accioly et al., (2012) em consonância com as diretrizes do PSE afirmam que atividades educativas em saúde não podem ser vistas como exclusivas do setor da saúde, mas se faz necessário a articulação de diversos setores, como educação, trabalho, lazer e desenvolvimento social, e que as políticas atuais ainda são insuficientes para lidar com os problemas e desafios complexos de saúde encontrados dentro das escolas, mas que a parceria entre saúde e educação dentro do contexto do PSE tende a contribuir com a melhoria das condições de saúde dos estudantes.

O enfermeiro deve, então, procurar novas formas de abordagem dos agravos e estabelecer parcerias com outros profissionais e serviços que possam garantir assistência integral ao escolar (GUBERT et al., 2009). Sendo o enfermeiro um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente em questões de saúde, ele é um constante educador em saúde e será por suas práticas que seus pacientes e familiares poderão adquirir estilos de vida saudáveis (MENEZES; GOBBI, 2010).

Assim, o enfermeiro deve apropriar-se dessa ferramenta de trabalho (educação em saúde) para transformar o sujeito em um agente ativo e participante do seu processo de reeducação, proporcionando melhoria na qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa integra o projeto guarda-chuva intitulado “EXCESSO PONDERAL EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES: uma análise a partir das vulnerabilidades individual, social e programática”.

4.1 TIPOLOGIA E NATUREZA DO ESTUDO

Tratou-se de estudo analítico, de natureza quantitativa. No estudo analítico, a intenção é esclarecer uma dada associação entre exposição em um efeito específico (GIL, 2010; PEREIRA, 1995). Quanto à natureza quantitativa, caracteriza-se por envolver a coleta sistemática de dados numéricos, mediante condição de controle, além da análise desses dados utilizando procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

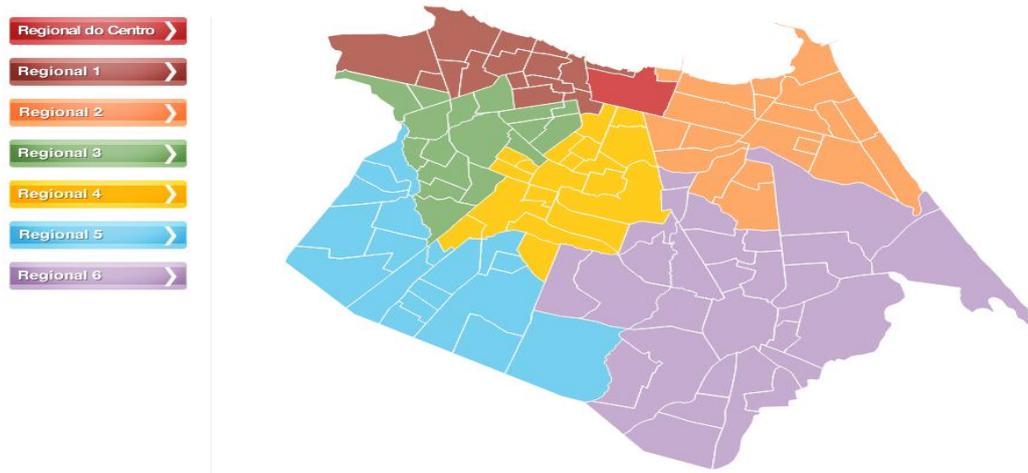
4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Fortaleza-Ceará-Brasil, mais especificamente, nas escolas sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Educação do Ceará (SEDUC). A capital do Ceará está localizada no Nordeste brasileiro. No censo de 2010, a população de Fortaleza foi estimada em 2.452.185 habitantes, sendo 252.298 adultos jovens. Destes, 175.525 eram economicamente ativos e 71.799 eram adultos jovens matriculados em escolas ou universidade (IBGE, 2013; IBGE, 2011).

Quanto à atenção em saúde, Fortaleza engloba os três níveis de atenção. O Estado encontra-se dividido em 22 microrregiões para organização da atenção secundária de saúde e em cinco macrorregiões para atenção terciária. A primária é de responsabilidade municipal.

Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em sete Secretarias Regionais (SR), como mostra a figura 1, a seguir, e conta com 92 Unidades de Atenção Primária à Saúde. Foram consideradas, para efeito da pesquisa, apenas seis regionais (I, II, III, IV, V, VI), pois são as que apresentam escolas em seus territórios adscritos, pois a regional do centro é administrativa.

Figura 1 - Mapa de Fortaleza por Secretarias Regionais. Fortaleza, 2012



Fonte: SMS (<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>)

Quanto à rede de educação estadual, cenário desta pesquisa, a SEDUC relaciona um total de 175 instituições de ensino entre Escolas de Ensino Fundamental, Escolas de Ensino Fundamental e Médio, Escolas de Ensino Médio, Centros de Educação de Jovens adultos, Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente, Centros Educacionais de Referência, Escolas Estaduais de Ensino Profissionalizante, Centros Educacionais, Colégios Militares, Liceus, Colégios Estaduais, Institutos de Educação e Institutos para surdos e mudos que estão sob abrangência da Superintendência das Escolas Estaduais de Fortaleza (SEFOR) (CEARÁ, 2012).

A escolha do local da pesquisa partiu da concepção de que a escola tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

4.3 UNIVERSO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo foi composto pelos adultos jovens escolares de Fortaleza-Ceará, ou seja, aqueles com idade compreendida de 20 a 24 anos de acordo com a OMS e com o marco legal brasileiro, que contextualiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no âmbito da saúde do adolescente e do jovem (BRASIL, 2007; OMS/OPAS, 2005; BRANDÃO et al.,

2004), inseridos em alguma instituição de ensino regular básico e superior ou escola de jovens e adultos do Estado do Ceará, mais especificamente de Fortaleza.

Considerando-se que o número de jovens escolares foi desconhecido e que o de adultos jovens ultrapassou 200 mil, optou-se por definir a amostra com base no cálculo para população infinita. No entanto, para fins do cálculo da prevalência, optou-se por realizar um estudo piloto com 30 adultos jovens escolares com excesso ponderal para determinação da prevalência do fenômeno: autopercepção de saúde. Após tal análise, a prevalência do fenômeno obtida foi de 54%, cujo valor foi incorporado para o cálculo da amostra aleatória simples, pois não foi possível calcular a amostra estratificada pela ausência do número total de alunos matriculados. Assim, a amostra foi definida de acordo com a fórmula seguinte:

$$n = \frac{t^2_{5\%} \times P \times Q}{e^2}$$

Onde: **n** é a amostra; **t** é o valor de distribuição de *t* com nível de significância ($t=1,96$); **P** é a prevalência do fenômeno (considerada aqui em 54); **Q** é a porcentagem complementar de P ($Q = 100 - P = 46$); e **e** o erro amostral (aqui considerado em 5%). Com base no resultado do cálculo, estimou-se uma amostra $n=381$.

Os critérios de inclusão foram escolares entre 20 a 24 anos e com excesso ponderal. Foram excluídos da amostra os jovens matriculados, que não compareceram no dia da coleta, gestantes (considerados outros parâmetros para identificação do excesso de peso), aqueles que se locomoviam por meio de cadeiras de rodas, pois 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 a seguir, 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 15% das escolas de cada regional; Unidade terciária de amostragem (UTA): seleção dos alunos por conveniência.

Na unidade primária de amostragem, estavam as seis secretarias regionais.

Nas unidades secundárias, foi estabelecido um sorteio prévio de 15% das escolas de cada regional, chegando-se a um total de 26 escolas. A porcentagem foi estabelecida após a compreensão de que o número de escolas viáveis para visitaç o no per odo 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. Al m disso, a aproxima o

inicial realizada pôde trazer à tona pormenores referentes à 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, considerando feriados, avaliações bimestrais e copa do mundo de futebol. Ao todo, foram 13 semanas e consequentemente 26 escolas visitadas e participantes do estudo, ou seja, 15% do total de escolas.

Antecedendo a seleção dos indivíduos nos estabelecimentos escolares, a amostra (n=381) foi dividida inicialmente pelas 26 escolas, cujo número final de alunos por escola foi de 14. Esse total foi multiplicado pelo número de escolas sorteadas para cada regional, de forma a garantir proporcionalidade, considerando que algumas têm menos outras mais instituições em seu território.

Dessa forma, apresentou-se o plano amostral na tabela 1 de forma a melhorar o entendimento sobre as unidades de amostragem.

Tabela 1 - Plano amostral, Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014

	UPA	Número total de escolas	USA	UTA
SER I	1	27	4	59
SER II	1	26	4	59
SER III	1	27	4	59
SER IV	1	26	4	59
SER V	1	38	6	72*
SER VI	1	31	5	73
TOTAL	6	175	26	381

UPA = Unidade primária de amostragem (número de regionais); USA = Unidade secundária de amostragem (número de escolas a serem pesquisadas) e UTA = Unidade terciária de amostragem (número de alunos a serem pesquisados por regional). *Valor ajustado para menos devido arredondamentos anteriores na USA.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Então, para a seleção dos jovens nas escolas, optou-se pela amostragem por conveniência, devido as listas de alunos na faixa etária do estudo não serem disponibilizadas em tempo hábil, inviabilizando uma amostra aleatória e uma amostragem estratificada.

Desta forma, foi contatada a direção e/ou coordenação escolar e marcados os dias de coleta, conforme disponibilidade da instituição. A seguir, foram realizadas visitas em todas

as salas de aula, explicada a pesquisa e convidados os jovens na faixa etária pré-estabelecida a participarem do estudo. Quando o convite era aceito, os jovens eram encaminhados para sala específica onde seriam aplicados os questionários da pesquisa e realizadas as aferições objetivas de parâmetros antropométricos, aferição de pressão arterial e coleta de material para avaliação laboratorial dos níveis de glicemia e colesterol total.

Na tabela 2, apresentaram-se as escolas e o número de adultos jovens que participaram em cada instituição estadual de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Tabela 2 - Número de adultos jovens por escola. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014

ESCOLA	NÚMERO DE ALUNOS
SER I	
Dom Helder Câmara	15*
Almeida Monte	15*
Balbina Jucá	15*
Liceu Vila Velha	14
SER II	
Arquiteto Rogério Froes	15*
Deputado Manoel Rodrigues	15*
Clóvis Beviláqua	15*
Liceu do Ceará Jacarecanga	14
SER III	
CAIC Raimundo Gomes	15*
Heráclito de Castro e Silva	15*
José Bezerra	15*
Professor Paulo Freire	14
SER IV	
Professor José Aurélio Câmara	15*
Eudoro Córrea	15*
Instituto de Educação do Ceará	15*
Professor Jader Moreira de Carvalho	14
SER V	
Diva Cabral	12**
Estado do Maranhão	12**
Joaci Pereira	12**
Liceu do Conjunto Ceará	12**
Plácido Aderaldo Castelo	12**
Ubirajara Índio do Ceará	12**
SER VI	
02 de maio	15*
Estado do Pará	15*
Deputado Paulo Benevides	15*
Walter Sá Cavalcante	14
Maria Gonçalves	14
Total	381

*Valor aumentado de 14 para 15 devido arredondamentos anteriores na USA. **Valor diminuído de 14 para 12 devido arredondamentos anteriores na USA.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A escolha da população deste estudo também se deu em decorrência de estudos anteriores realizados pelo grupo de pesquisa que a pesquisadora integra, bem como pelo fato de os jovens escolares representarem uma parcela significativa da população de jovens total.

Outrossim, é importante estudá-los dada a especificidade desta faixa etária e dado o processo de escolarização fragilizado por alguns aspectos, mas que não foram determinantes para a interrupção definitiva do processo de formação escolar, evidenciando que os jovens buscam o término de seus estudos, pelo menos no Ensino médio.

Embora este corte de classe não abranja toda a população de adultos jovens, têm-se a percepção empírica de que esses, em sua maioria, apontam para a necessidade de trabalhar como um dos principais motivos que levam à evasão, ao mesmo tempo em que sua volta à escola é motivada pela exigência do mercado de trabalho por maior escolaridade. Desta forma, esse grupo foi escolhido em especial por representar dois grupos distintos do meio em que o adulto jovem pode estar inserido: trabalho e escola.

4.4 COLETA DE DADOS

O trabalho de campo transcorreu durante os meses de junho a setembro de 2014, sendo realizado em três fases: 1) seleção e sensibilização das escolas; 2) aplicação do instrumento de coleta de dados referentes às variáveis sócio-demográficas, clínico-comportamentais, psicoemocionais, de conhecimento e de autopercepção de saúde (APÊNDICE A) e do questionário “Estilo de Vida Fantástico” (ANEXO A); 3) verificação de medidas antropométricas (APÊNDICE A).

Na primeira fase partiu-se para a sensibilização, mostrando à temática e objetivos aos sujeitos do estudo e demais membros e funcionários das respectivas escolas. A seleção dos escolares foi feita por conveniência. Com isso, os discentes que aceitaram participar da pesquisa assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). A não aceitação em participar e/ou desistência, seguiu com a substituição do estudante, utilizando-se os mesmos critérios.

A segunda fase da coleta de dados abrangeu o preenchimento de um instrumento (APÊNDICE A) com itens referentes às características sócio-demográficas, clínicas, psicoemocionais e de conhecimento. Os fatores comportamentais foram verificados pelo questionário “Estilo de vida fantástico” (validado para o Brasil) (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008) (ANEXO A).

O questionário “Estilo de vida fantástico” foi desenvolvido no Canadá (WILSON; CILISKA, 1984), onde a origem da palavra “fantástico” vem do acrônimo FANTASTIC que representa as letras dos nomes dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas 25 questões ou itens: F= *Family and friends* (família e amigos); A = *Activity* (atividade física); N = *Nutrition* (nutrição); T = *Tobacco e toxics* (cigarro e drogas); A = *Alcohol* (álcool); S = *Sleep, seatbelts, stress, safe sex* (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro); T = *Type of behavior* (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B); I = *Insight* (introspecção); C = *Career* (trabalho; satisfação com a profissão).

Para esse estudo, optou-se por utilizar as questões relacionadas aos domínios: A (Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia), N (Como uma dieta balanceada), T (Fumo cigarros) e A (Bebo mais que quatro doses em uma ocasião).

O nível de autopercepção de saúde foi mensurado por meio de uma pergunta, com opção de resposta em escala likert (excelente, boa, regular e ruim) (MOREIRA; SANTIAGO; ALENCAR, 2014). Para o presente estudo, a variável autopercepção de saúde foi categorizada em positiva (excelente e boa) e negativa (regular e ruim).

Ademais, na terceira fase, as medidas antropométricas foram feitas padronizadamente pela pesquisadora. Para altura, os examinados permaneceram de pé, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo e sem sapatos, utilizando-se fita métrica inextensível. O peso foi determinado por balança mecânica da marca G-TECH®, devidamente calibrada 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 dados das três fases, tão logo coletados, seguiram para construção do banco de dados em um software específico. Os resultados do estudo serão disponibilizados ao público estudantil e demais interessados, como forma de esclarecimentos e informações acerca dos diversos marcadores que tornam esses jovens vulneráveis a uma situação de risco a saúde.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variável dependente ou de desfecho: autopercepção de saúde

4.5.2 Variáveis independentes ou preditoras

Essas variáveis foram investigadas conforme três grandes blocos: 1) características sociodemográficas; 2) características clínico-comportamentais e; 3) características psicoemocionais e de conhecimento:

1) Bloco 1

Sexo (masculino e feminino)

Faixa etária: 20 a 22 anos; 23 a 24 anos (FLORÊNCIO, 2014);

Estado civil (sem companheiro (a), com companheiro (a))

Renda individual, em reais (até dois salários mínimos, mais de dois salários mínimos) (FLORÊNCIO, 2014)

Raça (branca, outras (parda, negra, indígena, amarela))

Ocupação: Sim (trabalho ou estágio remunerado, trabalho ou estágio não remunerado); Não

2) Bloco 2

Diagnóstico de excesso ponderal (Algun profissional disse que você está acima do peso?): Sim; Não

Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia: Sim (5 ou mais vezes por semana); Não (Menos de 1, 1-2, 3 e 4 vezes por semana)

Como uma dieta balanceada: Sim (Com relativa frequência, quase sempre); Não (Quase nunca, raramente e algumas vezes);

Fuma: Sim (Mais de 10 por dia, 1 a 10 por dia); Não (nenhum nos últimos 6 meses, nenhum no ano passado e nenhum nos últimos cinco anos)

Exposição ao álcool (Bebo mais que quatro doses em uma ocasião): Sim (Quase diariamente, com relativa frequência); Não (Ocasionalmente, Quase nunca e Nunca).

3) Bloco 3

Capacidade de lidar com o estresse (Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-dia?): Sim (Com relativa frequência, quase sempre); Não (Quase nunca, raramente, algumas vezes);

Tristeza/depressão (Sinto-me triste e deprimido?): Sim (Quase sempre, com relativa frequência); Não (Quase nunca, raramente, Algumas vezes);

Satisfação com o trabalho ou função (Estou satisfeito com meu trabalho ou função?): Sim (Com relativa frequência, quase sempre); Não (Quase nunca, raramente, algumas vezes);

Autopercepção de excesso ponderal (Acha que está acima do peso?): Sim; Não;

Satisfação corporal (Está satisfeito com seu corpo?): Sim; Não;

Participação em atividades de educação em saúde: Sim; Não.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a fase de coleta de dados, estes foram registrados em banco de dados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0.

Foram calculadas inicialmente as medidas estatísticas descritivas, entre elas, frequência simples e percentual. Logo 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, foi realizado o teste do qui-quadrado de Pearson 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 da autopercepção de saúde, foi calculada a odds ratio (OR), com intervalo de confiança de 95%.

Na análise multivariada, o procedimento estatístico para o ajuste dos potenciais efeitos de confusão foi a regressão logística múltipla hierarquizada. Nesta estratégia de análise, consideraram-se, para a ordenação da introdução das variáveis no modelo, o nível hierárquico de cada variável de exposição na cadeia de determinação da autopercepção de saúde.

A hierarquização das variáveis obedeceu à sequência: 1) variáveis situadas no nível hierárquico de menor poder de determinação da autopercepção de saúde (características sociodemográficas); 2) variáveis situadas no nível hierárquico intermediário (características clínico-comportamentais); 3) variáveis situadas no nível hierárquico mais próximo do efeito (características psicoemocionais e de conhecimento).

Para inclusão no modelo inicial de regressão, como forma de verificar as variáveis confundidoras em cada bloco, foi adotado o valor $p < 0,20$ obtido na análise bivariada (HOSMER; LEMESHOW, 1989). Foram feitas as entradas das variáveis por blocos individualmente e separadamente: primeiro foi averiguado somente os efeitos das variáveis do bloco 1, depois somente do 2 e finalmente do 3. Para a etapa seguinte, do modelo hierárquico inicial, foi utilizado como critério de inclusão o p -valor $< 0,05$.

Com as variáveis obtidas na etapa anterior, foi realizada uma análise de regressão logística hierarquizada múltipla com as variáveis selecionadas nos blocos proximal, intermediário e distal. O critério estabelecido nesta etapa de análise para as variáveis

permanecerem no modelo foi o teste Wald apresentar pelo menos uma categoria com significância estatística de $p\text{-valor} < 0,05$.

Os dados obtidos foram apresentados por meio de quadros, 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 discutidos os resultados com base na literatura nacional e internacional acerca do tema.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Atentando as recomendações do compromisso de respeito aos princípios éticos, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob parecer nº 662.105/2014.

Foram considerados os pressupostos da bioética com submissão do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) aos participantes que explica e firma o compromisso de manutenção dos princípios de não-maleficência, beneficência, justiça e autonomia a que se compromete a pesquisa: pela proposição do voluntariado com liberdade de participação ou não até o término do estudo, prezando a minimização dos possíveis riscos e busca dos benefícios atuais e potenciais, potencializando a relevância do estudo com coerência de trazer retorno individual e/ou coletivo com seus resultados

5 RESULTADOS

A população adulta jovem aqui abordada apresenta potenciais vulnerabilidades para uma autopercepção de saúde negativa. Como descrito nas tabelas 3, 4 e 5, este aspecto pode estar relacionado a marcadores sociodemográficos, psico-emocionais, de conhecimento e clínico-comportamentais, correspondentes ao que se classificou como vulnerabilidades individuais.

No que diz respeito à dimensão individual, correspondente aos marcadores sociodemográficos, observou-se que os adultos em relação ao sexo, houve distribuição homogênea, com discreta proporção aumentada para o sexo feminino (58,3%). A faixa etária em sua maioria foi de 20 a 22 anos (74,3%). A grande maioria não tinha companheiro (73,0%), quase totalidade recebia até 2 salários mínimos (93,2%), a maioria autorreferiu raça distinta da branca (85,0%) e grande parte possuía ocupação (63,5%) (Tabela 3).

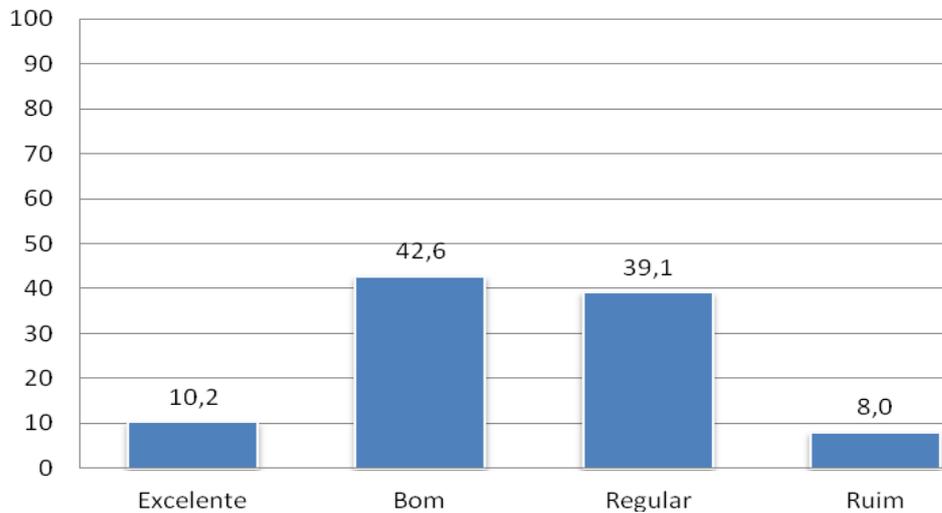
No que diz respeito às características clínico-comportamentais, percebe-se, sobremaneira, importantes marcadores a serem considerados no planejamento de políticas públicas. Apenas 27,6% dos adultos jovens, obtiveram o diagnóstico de excesso ponderal por meio de um profissional da saúde, reforçando o quanto essa população está distante dos serviços de saúde. Em relação ao estilo de vida, 81,4% não praticavam atividade física, 80,6% não faziam uso de uma dieta balanceada, 7,3% fumavam e 2,4% tiveram exposição ao álcool (Tabela 4).

Outros aspectos dos adultos jovens foram apresentados na tabela 5, mais especificamente os que se referem a situação psico-emocional e de conhecimento. Verificou-se que estes marcadores denunciam questões a serem discutidas de forma mais sensível, já que quase metade dos jovens relatou insatisfação com o trabalho/escola (43,9%) e mais da metade tinha dificuldade em lidar com o estresse (52,2%). Embora em número menor, mas com porcentagem relevante, foi identificado que 14,4% apresentou tristeza/depressão.

Ainda na tabela 5, foi possível verificar que 63,8% dos adultos jovens percebia-se acima do peso e apresentaram uma porcentagem de insatisfação corporal de 63,5%. A grande maioria não participou de atividades de educação em saúde (73,8%).

Logo em seguida, apresentaram-se nos gráficos 1 e 2, os marcadores da autopercepção de saúde e a presença de autopercepção de saúde positiva ou negativa, sendo este o desfecho do estudo.

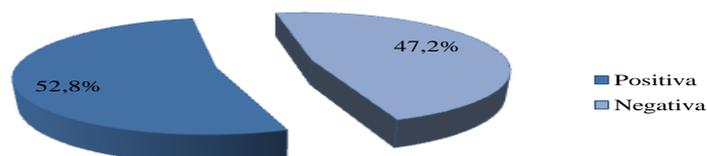
Gráfico 1 - Classificação da autopercepção de saúde dos adultos jovens escolares, Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015



Fonte: Dados da pesquisa

No primeiro, foi possível verificar que quase metade (42,6%) dos adultos jovens tinham autopercepção de saúde boa, regular (39,1%), excelente (10,2%) e apenas 8,0% considerou ruim. No entanto, ao somar-se as classes em autopercepção de saúde positiva e negativa, tem-se melhor apresentado no gráfico 2 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 2 - Autopercepção de saúde em adultos jovens escolares de Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015



Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre a análise bivariada das características sociodemográficas, tem-se que apresentaram associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde ($p < 0,05$) os grupos: sexo e renda individual, onde houve maior proporção de autopercepção de saúde negativa entre os jovens que eram do sexo feminino e que recebiam até dois salários mínimos. Para serem incluídas na etapa de ajuste do modelo de regressão logística, as variáveis precisariam apresentar associação $p < 0,20$. Desta forma, as mesmas permaneceram na análise multivariada, além da variável ocupação que foi incluída (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise uni e bivariada das características sociodemográficas associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015 (BLOCO 1)

Variáveis	Total <i>f</i> (%)	Autopercepção de saúde		*p	OR(IC 95%)
		Positiva <i>f</i> (%)	Negativa <i>f</i> (%)		
Sexo					
Feminino	222(58,3)	91(42,3)	124(57,7)	0,000	2,77(1,81-4,26)
Masculino	159(41,7)	106(67,1)	52(32,9)		
Faixa etária¹					
23 a 24 anos	94(24,7)	53(57,0)	40(43,0)	0,355	0,80(0,49-1,28)
20 a 22 anos	283(74,3)	142(51,4)	134(48,6)		1
Estado civil²					
Sem companheiro (a)	278(73,0)	148(54,4)	124(45,6)	0,312	0,78(0,49-1,25)
Com companheiro	101(26,5)	48(48,5)	51(51,5)		1
Renda individual³					
Até 2 SM*	355(93,2)	181(52,2)	166(47,8)	0,033	4,58(0,99-21,23)
Mais de 2 SM*	12(3,1)	10(83,3)	2(16,7)		1
Raça					
Outras	324(85,0)	167(52,8)	149(47,2)	0,976	0,99(0,56-1,74)
Branca	57(15,0)	30(52,6)	27(47,4)		1
Ocupação⁴					
Não	134(35,2)	60(46,5)	69(53,5)	0,080	1,46(0,95-2,25)
Sim	242(63,5)	134(56,1)	105(43,9)		1

f: Frequência absoluta; *p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson. OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança. *SM: salário mínimo. 1: 4missing; 2: 2 missing; 3: 14 missing; 4: 5 missing.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na análise bivariada das características clínico-comportamentais, apresentaram associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde ($p < 0,05$) os grupos: diagnóstico de excesso ponderal e dieta balanceada. As maiores proporções de autopercepção de saúde negativa foram encontradas nos jovens com diagnóstico de excesso ponderal e que

não faziam uso de uma dieta balanceada. Importante relatar que apenas 27,6% dos jovens foram diagnosticados com excesso ponderal, porém todos estavam nessa situação nutricional.

Como nos blocos anteriores, para serem incluídas na etapa de ajuste do modelo de regressão logística, as variáveis precisariam apresentar significância estatística $p < 0,20$. Desta forma, as mesmas permaneceram na análise multivariada (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise uni e bivariada das características clínico-comportamentais associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal.

Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (BLOCO 2)

Variáveis	Total f(%)	Autopercepção de saúde		*p	OR(IC 95%)
		Positiva f(%)	Negativa f(%)		
Diagnóstico de excesso ponderal¹					
Sim	105(27,6)	42(41,2)	60(58,8)	0,008	1,86(1,17-2,96)
Não	267(70,1)	149(56,7)	114(43,3)		
Prática atividade física²					
Não	310(81,4)	158(52,0)	146(48,0)	0,409	1,25(0,73-2,14)
Sim	67(17,6)	38(57,6)	28(42,4)		
Dieta balanceada³					
Não	307(80,6)	147(49,2)	152(50,8)	0,006	2,16(1,23-3,77)
Sim	68(17,8)	46(67,6)	22(32,4)		
Fuma⁴					
Sim	28(7,3)	12(42,9)	16(57,1)	0,294	1,51(0,69-3,29)
Não	339(89,0)	176(53,2)	155(46,8)		
Exposição ao álcool⁵					
Sim	9(2,4)	4(44,4)	5(55,6)	0,531	1,53(0,40-5,86)
Não	211(55,4)	114(55,1)	93(44,9)		

f: Frequência absoluta; *p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson. OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança. 1: 9 missing; 2: 4 missing; 3: 6 missing; 4: 14 missing; 5: 161 missing.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na análise bivariada das características psico-emocionais e de conhecimento, apresentaram associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde ($p < 0,05$) os grupos: capacidade para lidar com o estresse, autopercepção de excesso ponderal, satisfação corporal e participação em atividades de educação em saúde.

Aqueles jovens que relataram não ter capacidade para lidar com o estresse, que se autoperceberam com excesso ponderal, que estavam insatisfeitos com o corpo e que não participaram de atividades de educação em saúde, tiveram maiores taxas de autopercepção de saúde negativa. Vale salientar que 35,4% não se perceberam em excesso ponderal, embora

estivesse nessa situação nutricional. Para serem incluídas na etapa de ajuste do modelo de regressão logística, as variáveis precisariam apresentar significância estatística $p < 0,20$. Desta forma, as mesmas variáveis também foram selecionadas para a análise multivariada, além da variável satisfação com o trabalho ou função (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise uni e bivariada das características psico-emocionais e de conhecimento associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (BLOCO 3)

Variáveis	Total <i>f</i> (%)	Autopercepção de saúde		*p	OR(IC 95%)
		Positiva <i>f</i> (%)	Negativa <i>f</i> (%)		
Capacidade para lidar com estresse¹					
Não	199(52,2)	87(45,1)	106(54,9)	0,002	1,89(1,25-2,87)
Sim	176(46,2)	106(60,9)	68(39,1)		
Tristeza/Depressão²					
Sim	55(14,4)	27(50,9)	26(49,1)	0,799	1,07(0,60-1,93)
Não	324(85,0)	168(52,8)	150(47,2)		
Satisfação com o trabalho ou função³					
Não	189(49,6)	92(48,9)	96(51,1)	0,111	1,39(0,92-2,10)
Sim	186(48,8)	103(57,2)	77(42,8)		
Autopercepção de excesso ponderal⁴					
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)		
Satisfação corporal⁵					
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)		
Participação em atividades de educação em saúde⁶					
Não	281(73,8)	136(49,3)	140(50,7)	0,025	1,74(1,07-2,85)
Sim	92(24,1)	56(62,9)	33(37,1)		

f: Frequência absoluta; *p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson. OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança. 1: 6 missing; 2: 2 missing; 3: 6 missing; 4: 3 missing; 5: 1 missing; 6: 8 missing

Fonte: Elaborado pelo autor.

Identificadas as variáveis com $p < 0,20$, procedeu-se à análise multivariada, com a etapa de ajuste. As variáveis renda individual, ocupação, satisfação com o trabalho e satisfação corporal foram retiradas por serem variáveis confundidoras. Ao ser analisado o efeito das variáveis em blocos sobre a autopercepção de saúde pelas características

sociodemográficas (bloco 1), permaneceu significativo a variável sexo ($p < 0,05$), de acordo com o que está apresentado na tabela 6.

No bloco 2, analisou-se o efeito das variáveis em bloco sobre a autopercepção de saúde pelas características clínico-comportamentais, permanecendo significativa ($p < 0,05$) a dieta balanceada, conforme a tabela 6.

Posteriormente, analisou-se o efeito das variáveis em bloco sobre a autopercepção de saúde pelas características psico-emocionais e de conhecimento (bloco 3), permanecendo significativo ($p < 0,05$) a capacidade de lidar com o estresse e autopercepção do excesso ponderal (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise multivariada das características sociodemográficas, clínico-comportamentais e psico-emocionais/conhecimento por blocos associadas a autopercepção de saúde em adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015

Variáveis	B(EP)	P	Intervalo de confiança de 95% para Exp b		
			Inferior	Exp b	Superior
Constante	-2,164(0,405)	0,000			
Sexo	0,633(0,243)	0,009	1,17	1,88	3,03
Dieta balanceada	0,668(0,309)	0,031	1,06	1,94	3,57
Capacidade de lidar com estresse	0,534(0,233)	0,022	1,08	1,70	2,69
Autopercepção de excesso ponderal	0,693(0,268)	0,010	1,18	1,99	3,37

EP=erro padrão;Nota: $R^2 = 0,09$ (Hosmer e Lemeshow), $0,12$ (Cox & Snell), $0,16$ (Nagelkerke). X^2 do modelo= $44,44$, $p=0,000$.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Realizou-se análise dos resíduos a fim de isolar pontos em que o modelo tem pouca aderência e pontos que exercem influência indevida ao modelo. Obteve-se a versão padronizada da Estatística de Cook, ou seja, o valor do DFBeta, inferior a 1 para todas as variáveis e os resíduos padronizados abaixo de 3, o que condiz com os parâmetros preconizados. A fim de sanar as possíveis correlações entre as variáveis predictoras, também utilizou-se o teste para a multicolinearidade. Dessa forma, observou-se que não houveram quaisquer alterações nas variáveis predictoras, o que fez com que o modelo final se mantivesse.

Assim, observa-se a influência de variáveis dos três blocos, sendo o sexo, a dieta balanceada, a capacidade de lidar com o estresse e a autopercepção de excesso ponderal as variáveis que melhor explicam a presença da autopercepção de saúde negativa na amostra de adultos jovens escolares.

Diante do exposto, construiu-se uma lista de descrição do modelo final da regressão logística (Quadro 2).

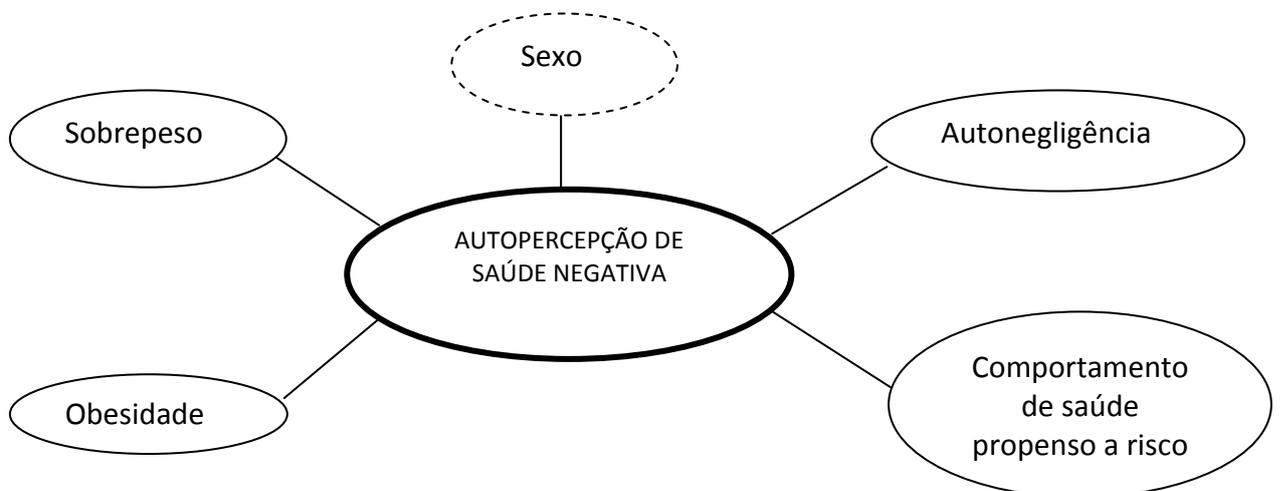
Quadro 2 - Lista de descrição do modelo final da regressão logística

1)Adultos jovens do sexo feminino têm autopercepção de saúde negativa
2)Adultos jovens que fazem uso de dieta não balanceada têm autopercepção de saúde negativa
3)Adultos jovens que não conseguem lidar com o estresse têm autopercepção de saúde negativa
4)Adultos jovens que se percebem acima do peso têm autopercepção de saúde negativa

Fonte: Elaborado pela autora.

Baseado na lista acima, elaborou-se um diagrama da autopercepção de saúde negativa interrelacionada com os diagnósticos de Enfermagem (DE) segundo a taxonomia NANDA-I versão 2015-2017.

Figura 2 – Diagrama da autopercepção de saúde negativa interrelacionada com os diagnósticos de Enfermagem segundo a taxonomia NANDA-I versão 2015-2017



Fonte: NANDA-I (2015-2017).

De acordo com o diagrama acima, podemos identificar quatro diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia da NANDA internacional versão 2015-2017 que se interrelacionam com o desfecho do estudo. Os diagnósticos de enfermagem sobrepeso e obesidade foram selecionados, pois toda a população do estudo eram de jovens com essa condição clínica estabelecida. A variável sexo encontra-se no diagrama num círculo pontilhado pelo fato de não ter nenhum diagnóstico de enfermagem que explique a questão do gênero feminino estar relacionado à autopercepção de saúde negativa, sendo discutida conforme a literatura. O diagnóstico de enfermagem autonegligência foi selecionado para explicar o resultado referente as variáveis dieta não balanceada e incapacidade de lidar com o estresse, pois o estudo mostrou que adultos jovens que consomem uma dieta não balanceada e e que são incapazes de lidar com o estresse têm autopercepção de saúde negativa. Já o diagnóstico de enfermagem Comportamento de saúde propenso a risco foi selecionado para explicar o resultado referente a variável autopercepção do excesso ponderal, pois o estudo mostrou que adultos jovens que se autopercebem acima do peso têm autopercepção de saúde negativa. Diante disso, esse diagnóstico foi selecionado pelo fato dos adultos jovens perceberem-se acima do peso e mesmo assim manterem hábitos de vida inadequados como sedentarismo e uso de dieta não balanceada que fazem com que esse quadro de excesso ponderal não se modifique.

Diante do exposto, elaborou-se um quadro especificando domínios, classes, diagnóstico de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados identificados na amostra de adultos jovens escolares com excesso ponderal (Quadro 3).

Quadro 3 - Domínios, classes, diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados identificados na amostra de adultos jovens escolares com excesso ponderal. Fortaleza-Ceará, 2015

<p>Domínio 1: Promoção da saúde</p> <p>Classe 2: Controle da Saúde</p> <p>Diagnóstico de enfermagem: Comportamento de saúde propenso a risco</p> <p>Características definidoras: Falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde</p> <p>Fatores relacionados: Atitude negativa em relação aos cuidados de saúde</p>
<p>Domínio 2: Nutrição</p> <p>Classe 1: Ingestão</p> <p>Diagnóstico de enfermagem: Sobrepeso</p> <p>Características definidoras: $IMC > 25 \text{Kg/m}^2$</p> <p>Fatores relacionados: Atividade física média diária é menor que a recomendada para o gênero e idade; Comportamentos alimentares inadequados desordenados</p>
<p>Domínio 2: Nutrição</p> <p>Classe 1: Ingestão</p> <p>Diagnóstico de enfermagem: Obesidade</p> <p>Características definidoras: $IMC > 30 \text{Kg/m}^2$</p> <p>Fatores relacionados: Atividade física diária é inferior a recomendada para o sexo e idade; Comportamentos alimentares inadequados</p>
<p>Domínio 4: Atividade/Repouso</p> <p>Classe 5: Autocuidado</p> <p>Diagnóstico de enfermagem: Autonegligência</p> <p>Características definidoras: Falta de adesão a atividades de saúde</p> <p>Fatores relacionados: Escolha do estilo de vida; Estressores</p>

Fonte: NANDA-I versão 2015-2017.

A partir dos diagnósticos de enfermagem estabelecidos, montou-se um quadro das possíveis intervenções de enfermagem que poderiam servir como pontos norteadores para o cuidado clínico de enfermagem junto a essa população adulta jovem visando minimizar o contexto de vulnerabilidade individual existente (Quadro 4).

Quadro 4 - Intervenções de enfermagem passíveis de serem utilizadas junto a população de adultos jovens escolares com excesso ponderal segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Fortaleza-Ceará, 2015

<p>Domínio 1: Fisiológico: Básico Classe A: Controle da atividade e do exercício Intervenção de enfermagem: Promoção do Exercício Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar as crenças de saúde do indivíduo sobre exercícios físicos ✓ Investigar as barreiras ao exercício ✓ Encorajar a pessoa a começar ou continuar os exercícios ✓ Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa adequado de exercícios que atenda suas necessidades ✓ Informar a pessoa sobre os benefícios à saúde e efeitos fisiológicos do exercício ✓ Monitorar a adesão do indivíduo ao programa de exercício/atividade ✓ Oferecer <i>feedback</i> positivo para os esforços individuais
<p>Domínio 1: Fisiológico: Básico Classe D: Apoio nutricional Intervenção de enfermagem: Assistência para reduzir o peso Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar o desejo e a motivação individual para reduzir o peso ou a gordura corporal ✓ Estabelecer uma meta semanal para redução de peso ✓ Estabelecer um plano realista com o paciente, incluindo ingestão reduzida de alimentos e aumento de gasto de energia ✓ Auxiliar o paciente a identificar a motivação para comer e os indicadores internos e externos associados ao ato de comer ✓ Auxiliar na adaptação das dietas, ao estilo de vida e ao nível de atividade do paciente
<p>Domínio 1: Fisiológico: Básico Classe D: Apoio nutricional Intervenção de enfermagem: Aconselhamento nutricional Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito ✓ Determinar a ingestão alimentar e os hábitos alimentares do paciente ✓ Facilitar a identificação dos comportamentos alimentares a serem modificados ✓ Estabelecer metas realistas, de curto e longo prazos, para mudar a condição nutricional ✓ Avaliar o progresso das metas de modificação alimentar a intervalos regulares ✓ Elogiar os esforços para alcançar as metas ✓ Providenciar encaminhamentos/consultas com outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado
<p>Domínio 3: Comportamental Classe R: Assistência no enfrentamento Intervenção de enfermagem: Melhora do enfrentamento Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar e discutir respostas alternativas à situação ✓ Buscar entender a perspectiva do paciente a respeito de uma situação de estresse ✓ Desencorajar decisões quando o paciente está sob muito estresse ✓ Encorajar atividades sociais e comunitárias

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme o exposto acima, observa-se que diversas atividades podem ser trabalhadas por meio do enfermeiro junto a esse adulto jovem escolar. As atividades relacionadas a promoção do exercício e a assistência para reduzir o peso foram selecionadas para melhorar os diagnósticos de enfermagem de sobrepeso, obesidade e comportamento de saúde propenso a risco. Vale salientar que 100% dos adultos jovens têm excesso ponderal e

63,8% se percebiam acima do peso, porém mesmo cientes disso, tinham comportamentos de saúde insatisfatórios, dado que 80,6% faziam uso de dieta não balanceada e 81,4% eram sedentários. As atividades relacionadas ao aconselhamento nutricional e a melhora do enfrentamento foram selecionadas para melhorar o diagnóstico de enfermagem autonegligência, uma vez que 80,6% faziam uso de dieta não balanceada e 52,2% não lidavam com o estresse.

6 DISCUSSÃO

A questão da vulnerabilidade tem levado os pesquisadores e profissionais de saúde a refletir de forma mais ampliada sobre as fragilidades envolvidas no processo saúde-doença-cuidado. A dimensão individual, aqui discutida, promove uma nova forma de pensar os determinantes e condicionantes associados a autopercepção de saúde. Fica clara a intenção de reconhecer os elementos da dimensão individual para posteriormente formular ideias sobre o que estaria associado a autopercepção de saúde no que diz respeito à dimensão contextual (social e programática).

Neste estudo, pouco mais da metade dos participantes era do sexo feminino (58,3%) convergindo com o estudo de Moreira, Gomes e Santos (2010), no qual 78% dos adultos jovens escolares analisados eram do sexo feminino. Uma explicação possível pode ser o fato dos homens abandonarem a escola mais cedo do que as mulheres para trabalhar e contribuir com a renda familiar. Já as mulheres costumam encarregar-se de trabalhos domésticos, o que não prejudicaria tanto a frequência à escola (SOUZA et al., 2006).

Com relação à faixa etária, a grande maioria dos participantes tinham de 20 a 22 anos (74,3%), o que corroborou com o estudo de Florêncio (2014) realizado com adultos jovens escolares de Fortaleza que encontrou 79,3% nessa mesma faixa etária.

A grande maioria não tinha companheiro (73,0%) e possuía ocupação (63,5%). Corroborando com pesquisa feita por Gomes et al., (2012) que observaram a maioria dos adultos jovens conciliando trabalho e estudo (63,2%) e continuavam vivendo na casa dos pais sem companheiro(a). Tal situação é observada em nossa sociedade, dada a percepção de dificuldades da inserção no mercado de trabalho e da busca por salários melhores, aliado à vontade de seguir desfrutando do conforto da casa dos pais. Divergindo dos achados de estudos anteriores, a pesquisa feita por Fontes e Vianna (2009) encontrou que 60,5% dos estudantes não trabalhavam de forma remunerada. No entanto, segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos cada vez mais o jovem brasileiro está buscando trabalho e o Brasil figura entre os países que mais possui jovens trabalhadores (DIEESE, 2013).

Quase totalidade recebiam até 2 salários mínimos (93,2%), evidenciando baixo poder aquisitivo dos adultos jovens. Embora seja uma renda baixa, como a maioria viviam sem companheiro(a), nos leva a crer que essa renda ajudava no sustento da família.

Quanto à cor da pele, a maioria autorreferiu raça distinta da branca (85,0%). A raça também foi investigada no estudo de Santiago (2012) que detectou 69,2% dos

participantes como classificados em mulatos, mestiços e negros. O estudo de Gomes (2010), realizado com adultos jovens escolares, também identificou predominância da raça mestiça e negra (69,7%). Estudos demonstraram que indivíduos de cor da pele branca em geral apresentam melhor condição social e econômica, têm maiores acesso a serviços de saúde e apresentam menor prevalência de determinados comportamentos negativos relacionados à saúde (BARNES et al., 2004; BARROS; VICTORA; HORTA, 2001). Levando em conta esses estudos, poderíamos dizer que a maioria da população desse estudo encontra-se numa situação de vulnerabilidade, o que torna necessário a redução dessas iniquidades.

Quase metade dos jovens relatou insatisfação com o trabalho/escola (49,6%). Dejours (1994) afirma que, se o trabalho for de livre escolha e organizado, ele proporciona equilíbrio e prazer, já que possibilita a descarga da carga psíquica. No entanto, podemos inferir que a maioria da população do nosso estudo associa escola e trabalho. Daí, muitas vezes esse trabalho advém da necessidade de promover uma ajuda familiar com as despesas, o que acarreta a inserção desses jovens em empregos que exigem baixa qualificação. Assim, associar escola e trabalho não é uma tarefa fácil, favorecendo a insatisfação desses jovens no trabalho, pois muitos deles não estão trabalhando naquilo que almejam e na escola, o desempenho, muitas vezes, fica comprometido, pois nem todos conseguem lidar com as duas situações, ocasionando insatisfação e/ou evasão escolar.

Dificuldade em lidar com o estresse foi encontrado em mais da metade dos adultos jovens escolares (52,2%). Embora em número menor, mas com porcentagem relevante, foi identificado que 14,4% apresentou tristeza/depressão. Estudo realizado com adolescentes da Ceilândia-DF identificaram percentual de 20,6% de tristeza/depressão (SOUZA et al., 2006). A dificuldade de lidar com o estresse e a tristeza intensa são achados que podem sugerir que esses jovens, embora não portadores de depressão como doença, estejam desenvolvendo alguns sintomas de alteração do humor, o que merece investigações cuidadosas para prevenção e tratamento (WILNNER, 1985). É importante salientar que embora sejam grupos populacionais diferentes, torna-se necessário trabalhar com essa questão dada a vulnerabilidade a qual esse público está exposto e quem vem se perpetuando nos diferentes estratos populacionais.

Verificou-se que 63,8% dos adultos jovens percebia-se acima do peso e apresentaram uma porcentagem de insatisfação corporal de 63,5%. Estudo realizado para investigar a percepção das mulheres sobre a silhueta, observou-se que ao escolher a silhueta que as mulheres gostariam de possuir, a mais indicada foi a que representa uma pessoa com um IMC dentro da normalidade, evidenciando a insatisfação corporal. Isso acontece

geralmente nas mulheres com algum grau de obesidade, devido à discriminação sofrida em algum momento de sua vida, por padrões impostos pela sociedade (ANTUNES; POZZOBON; PEREIRA, 2011). Tal fato pode ter tendenciado ao resultado encontrado no presente estudo, pois a maioria dos adultos jovens referiu insatisfação corporal (63,5%) e estavam acima do peso (100%).

A grande maioria não participou de atividades de educação em saúde (73,8%). A faixa etária dos participantes deste estudo comporta-se, inicialmente, como dificultadora da prática de educação em saúde, dado que o adulto jovem não costuma realizar avaliação clínica de sua saúde. Para superar esta dificuldade, o Programa Saúde na Escola possibilita a ampliação das ações de saúde aos alunos da rede pública, configurando-se como oportunidade para a prática de educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro, com vistas a minimizar os fatores de exposição para morbidades.

Apenas 27,6% dos adultos jovens, obtiveram o diagnóstico de excesso ponderal por meio de um profissional da saúde. Uma pesquisa realizada por Silva e Almeida (2009) com 112 adolescentes estudantes de escola pública e particular de Coronel Fabriciano/MG relacionado à prevalência de excesso de peso nesta faixa etária, demonstrou que apenas dois adolescentes procuram as Unidades de Saúde, quando necessitam de cuidados à saúde, sendo os hospitais a primeira escolha neste caso. Tal questão, pode vir a explicar o baixo percentual de adultos jovens diagnosticados com excesso ponderal pelos profissionais de saúde. Daí, ressalta-se a necessidade do enfermeiro estabelecer parcerias com o cenário escolar, visando identificar vulnerabilidades existentes e que possam ser trabalhadas em conjunto.

Em relação ao estilo de vida, 81,4% não praticavam atividade física, Em estudo realizado com adultos jovens escolares em Maracanaú-CE observou-se resultados diferentes, 71,7% praticavam atividade física (ANDRADE, 2013). Atenta-se para a questão da proximidade das cidades, mas que trazem características bem divergentes. A OMS (2003) recomenda prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, sendo que, para prevenção de doenças, a recomendação é de pelo menos 30 minutos e, para o controle de peso, de pelo menos 60 minutos diários de atividade física, que podem ser praticadas de forma contínua ou acumulada ao longo do dia. Percebe-se que os adultos jovens do estudo se encontram vulneráveis uma vez que a grande maioria não pratica atividade física.

Não faziam uso de uma dieta balanceada (80,6%), tal condição pode ter sido influenciada pela baixa condição econômica a qual esses adultos jovens estão envolvidos, o

que dificulta a aquisição de alimentos saudáveis. Sabe-se que muitos dos alimentos saudáveis são mais caros. Tudo isso, inseri esses adultos jovens em um contexto de vulnerabilidade.

Apenas 7,3% fumavam, reforçando a ideia que atualmente a maior parte da população interpreta o hábito de fumar como algo negativo em relação à saúde, mesmo que muitos ainda apresentem dificuldades para abandonar este hábito (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

Apenas, 2,4% tiveram exposição ao álcool. O consumo de álcool entre jovens está muitas vezes associado a questões positivas como desinibição e melhora nas relações sociais. Além disso, a informação de que o consumo moderado de álcool pode ser benéfico a saúde aliado ao consumo no ambiente familiar podem justificar a não percepção dos jovens quanto ao consumo de álcool como um fator de risco para diversas doenças (CUREAU et al., 2013). Embora, uma minoria do estudo tenha se exposto ao uso de álcool, torna-se importante que o enfermeiro saliente nas palestras das escolas os riscos à saúde diante dessa exposição, uma vez que o álcool torna o indivíduo vulnerável ao aparecimento de doenças.

Entretanto, somente medidas de orientação não são suficientes para que o adulto jovem escolar mude seu estilo de vida. É essencial que o enfermeiro utilize-se da criatividade e desenvolva métodos educativos que contemplem as necessidades de aquisição de conhecimentos para que a clientela incorpore atitudes que contribuam para a promoção da sua saúde.

Comparando com os dados do *National Health Interview Survey* (NHIS), observou-se que o perceptual de avaliação de estado de saúde como regular ou ruim da população de Fortaleza é aproximadamente três vezes maior que a relatada pela população dos Estados Unidos (13%) em 2008. Dados do *Joint Canada/United States Survey of Health* (JCUSH) demonstraram que, no Canadá, a frequência de autopercepção de saúde regular/ruim (11%) foi cerca de um quarto da verificada em nosso estudo (PLEIS; LUCAS; WORD, 2009; DUCLOS; ÉCHEVINIS, 2009). Embora a maioria da população estudada tenha declarado satisfação com seu estado de saúde (excelente ou boa), chama a atenção a elevada prevalência do menor nível de avaliação da saúde (ruim). Tal fato torna-se preocupante, uma vez que diversos autores têm constatado o alto poder preditivo de morbidade e mortalidade decorrente da avaliação precária da própria saúde (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009; PLEIS; LUCAS; WORD, 2009; DUCLOS; ÉCHEVINIS, 2009).

No âmbito nacional, estudo realizado em Pelotas com adultos por Reichert, Loch e Capilheira (2012) encontrou uma proporção de 22,3% de autopercepção de saúde negativa, o que difere do encontrado no presente estudo (47,2%). Uma análise do inquérito VIGITEL,

realizado com 54.339 indivíduos adultos, distribuídos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010 (sendo pelo menos dois mil em cada capital), verificou que a porcentagem de percepção ruim da saúde da população brasileira oscilou entre 1,5% e 11,8% (BRASIL, 2011). No presente estudo, a prevalência de percepção ruim de saúde em Fortaleza foi aproximadamente quatro vezes maior ao percentual encontrado pelo VIGITEL.

Nessa perspectiva de ampliação dos olhares voltados para a autopercepção de saúde, estabeleceu-se neste estudo uma abordagem estatística que agrupou os possíveis marcadores individuais para autopercepção de saúde em questão em três grandes blocos, evidenciado nas tabelas 3, 4 e 5.

Na análise inferencial, observou-se que o sexo e a renda estiveram associados a autopercepção de saúde negativa. O sexo feminino identificado neste estudo, apresentou associação estatística significativa com a autopercepção de saúde negativa tanto na análise bivariada (OR=2,77; [1,81;4,26]; p=0,000) como na multivariada (OR=1,88; [1,17;3,03]; p=0,009), permanecendo no modelo final. Corroborando com estes achados, o estudo de Bezerra et al. (2011) verificou a autoavaliação de saúde e os fatores associados em Rio Branco, Acre, Brasil. Nele, encontrou-se que ser do sexo feminino apresentou maior chance de ter autopercepção de saúde negativa tanto na análise bivariada (OR=1,39; [1,05;1,85]; p=0,001) quanto na multivariada (OR=1,38; [1,01;1,88]; p=0,001). No presente estudo, encontrou-se que o sexo feminino julgou mais negativamente seu estado de saúde (57,7%). Alguns fatores são identificados como preditores da diferença entre os gêneros na avaliação do estado de saúde. Uma explicação para isso pode ser o fato das mulheres serem mais atentas, sensíveis e melhor informadas em relação à saúde, percebendo-a de maneira global, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais (MENDONÇA; FARIAS JÚNIOR, 2012). Além disso, pode ser atribuído à maior prevalência de enfermidades como hipertensão, diabetes e depressão em mulheres em relação aos homens, o que lhes confere pior autoavaliação do estado de saúde (IBGE,2009; BRASIL,2011).

Outro marcador associado a autopercepção de saúde, foi a variável "renda individual", que apresentou associação significativa na análise bivariada (OR= 4,58; [1,05-21,23]; p=0,033), porém não permaneceu na multivariada. Nesse contexto, observa-se nos estudos de Hartmann (2008) e Barros et al. (2009) a importância da renda como fator influenciador na autopercepção do estado de saúde, sendo o aumento desta diretamente ligada à melhora da percepção de saúde. Tais resultados corroboram com o presente estudo que condiz que quem recebia até dois salários mínimos tinham 4,58 vezes mais chance de ter uma autopercepção de saúde negativa. Segundo Hartmann (2008) e Barros et al., (2009), a renda é

um importante auxiliador na procura de tratamentos e planos de saúde privado. Ainda, na década de noventa o Relatório Anual de Saúde do Canadá (1994-1995 in Finkelstein, 2000) chegou a conclusão no seu estudo que os indivíduos com um elevado estatuto social e econômico apresentavam efectivamente uma melhor saúde do que os que pertenciam a um estatuto mais baixo. O estudo de Reichert, Loch, Capilheira (2012) corroboram com os achados do presente estudo e reforçam a importância dos determinantes sociais e econômicos como aspectos de grande influência na determinação da saúde de pessoas e populações, não apenas nos indicadores objetivos, mas também envolvendo a percepção dos indivíduos.

Outro marcador associado a autopercepção de saúde, foi a variável "diagnóstico de excesso ponderal", que apresentou associação significativa na análise bivariada (OR= 1,68; [1,17-2,96]; p=0,008), porém não permaneceu na multivariada. Neste estudo, os adultos jovens que tiveram diagnóstico de excesso de peso tiveram 1,86 maior chance de autopercepção de saúde negativa. Os achados do estudo de Reichert, Loch e Capilheira (2012) veio ao encontro do presente estudo, pois se observou que indivíduos com IMC acima de 30kg/m² apresentaram maior prevalência de autopercepção de saúde regular/ ruim, perdendo significância apenas na análise multivariável. Além disso, Cureau et al. (2013) afirmam que o excesso de peso, por sua vez, além dos diversos riscos que representa a saúde, não é parte do estereótipo de imagem corporal desejado pelos jovens, hipótese que pode ligá-lo a autopercepção de saúde negativa.

Ao se trabalhar com a população adulta jovem o enfermeiro deve inicialmente, reconhecer que esta população não tem o hábito de buscar espontaneamente o serviço de saúde, o que torna peculiar o manejo a esta clientela. O intuito é promover uma assistência de enfermagem de qualidade, desenvolvendo ações junto ao adulto jovem, procurando manter sua independência e autonomia. Para isto, é fundamental ter conhecimento prévio dos padrões, hábitos, culturas e comportamentos que tenham relação direta ou indireta com os fatores predisponentes para o excesso de peso. Deter este conhecimento favorece processo de cuidar eficaz, pois aumenta as chances de o adulto jovem se engajar no cuidado, contribuindo para seu êxito.

Voltando-se para a educação em saúde para com o adulto jovem escolar com excesso de peso, o enfermeiro deve mostrar dedicação e perseverança, pois hábitos e costumes são difíceis de modificar, principalmente quando o indivíduo compreende que adoecimento está relacionado somente à velhice e assim torna-se resistente ao cuidado com a saúde.

Outro marcador associado a autopercepção de saúde, foi a variável "dieta balanceada", que apresentou associação estatística significativa com a autopercepção de saúde negativa tanto na análise bivariada (OR=2,16; [1,23;3,77]; p=0,006) como na multivariada (OR=1,94; [1,06;3,57]; p=0,031), permanecendo no modelo final. No presente estudo, adultos jovens que faziam uso de dieta não balanceada tinham 1,94 vezes maior chance de autopercepção de saúde negativa. Neutzling et al., (2007) afirmam que entre jovens brasileiros, mais de 80% tem uma dieta pobre em fibras e um terço consome gordura em excesso, indicando que tais nutrientes devem ser objeto de estudo de futuras intervenções alimentares em jovens, pois afetam indicadores clínicos e percebidos de saúde.

A dieta não balanceada é um fator que vulnerabiliza ao excesso de peso, o que torna necessário e urgente intervenções de enfermagem voltadas ao controle e erradicação do ganho de peso na população adulta jovem. Deve-se considerar que o fato de intervir nesta população acarreta em prevenção de cronicidades e aumento da expectativa de vida naqueles que, futuramente, serão idosos. Além disto, promoverá redução dos gastos públicos com tratamento para doenças crônicas.

Outro marcador associado a autopercepção de saúde, foi a variável "capacidade de lidar com o estresse", que apresentou associação estatística significativa com a autopercepção de saúde negativa tanto na análise bivariada (OR=1,89; [1,25;2,87]; p=0,002) como na multivariada (OR=1,70; [1,08;2,69]; p=0,022), permanecendo no modelo final. Neste estudo, os adultos jovens que não lidavam com o estresse tinham 1,7 vezes maior chance de ter autopercepção de saúde negativa. Em estudo realizado com jovens do estado de Santa Catarina observou-se que a autopercepção de saúde negativa foi superior naqueles que referiram serem estressados (SOUSA et al., 2010). A maneira como se percebe as dificuldades da vida, ou como se conduz os eventos estressores são importantes elementos relacionados à autopercepção de saúde, principalmente em uma fase caracterizada de transformações e inserção em novas atividades e que podem contribuir para uma maior exigência e julgamento em relação aos seus comportamentos relacionados à saúde, e assim contribuir para uma avaliação inferior de saúde (RITCHER et al., 2009).

Outro marcador associado a autopercepção de saúde, foi a variável "autopercepção do excesso ponderal", que apresentou associação estatística significativa com a autopercepção de saúde negativa tanto na análise bivariada (OR=2,57; [1,65;4,00]; p=0,000) como na multivariada (OR=1,99; [1,18;3,37]; p=0,010), permanecendo no modelo final. Segundo Leal (2009), à medida que o IMC aumenta, piora a autopercepção de saúde. Outro marcador associado a autopercepção de saúde, foi a variável "satisfação corporal", que

apresentou associação significativa na análise bivariada (OR= 2,19; [1,42-3,39]; p=0,000), porém não permaneceu na multivariada. 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 excesso corporal está relacionada à imagem 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 o 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. Fica claro que a reflexão destes aspectos devem ser posteriormente investigados, contemplando os marcadores de vulnerabilidade contextual (social e programática) (FLORÊNCIO, 2014).

Outro marcador associado a autopercepção de saúde, foi a variável "participação em atividades de educação em saúde", que apresentou associação estatística significativa na análise bivariada (OR=1,74; [1,07;2,85]; p=0,025), porém não permaneceu na multivariada. Observou-se que adultos jovens que não participavam de atividades de educação em saúde tinham 1,74 maior chance de ter autopercepção de saúde negativa. A Educação em Saúde vincula o alcance de conhecimentos e habilidades básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e a da comunidade, compondo saberes, aptidões e atitudes, proporcionando informações de qualidade sobre o bem-estar (TINOCO; REIS; FREITAS, 2014). Assim, participar de atividades de educação em saúde, feita por profissionais de saúde, proporcionará aos jovens

maior conhecimento sobre temas da saúde, o que possibilitará uma conscientização desses adultos jovens para mudanças de comportamentos.

Fica, portanto, claro que a autopercepção de saúde apresentou relação tanto com características sociodemográficas, clínico-comportamentais, de conhecimento e psico-emocionais, entretanto a força desta relação vai sofrer alterações em populações específicas. Ressalta-se que o intuito é que o enfermeiro identifique quais os fatores predisponentes que estão interferindo no desfecho, por meio da análise estatística e, a partir disto possa utilizar-se do raciocínio clínico e crítico para direcionar suas práticas, estejam elas voltadas para promoção da saúde, prevenção da doença ou mesmo de morbidades associadas.

Assim, diante das quatro variáveis identificadas no modelo final da regressão logística como sendo as que melhor explicam a autopercepção de saúde negativa, estabeleceram-se diagnósticos e intervenções de enfermagem conforme visto nos quadros 3 e 4, respectivamente, visando nortear o cuidado clínico do enfermeiro diante dessa população estudada. Diante disso, elencamos alguns pontos que direcionarão a prática da educação em saúde pelo enfermeiro. São eles: Considerar que aspectos culturais, psicológicos, sociais, entre outros, podem influenciar a autopercepção de saúde dos indivíduos; Considerar que a obesidade é uma doença de caráter multifatorial e heterogêneo e que envolve fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, cujas causas não são apenas individuais, mas também ambientais e sociais; O PSE será um elemento-chave para o enfermeiro trabalhar com esse adulto jovem na busca de alcançar os que não costumam procurar pelo serviço de saúde convencional, possibilitando a realização de um trabalho de promoção da saúde; Compete ao enfermeiro identificar as vulnerabilidades a qual esses jovens estão inseridos, tentando minimizar e, quando necessário, encaminhar para profissional especializado, numa perspectiva de cuidado interdisciplinar; O enfermeiro deve identificar, em parceria com o adulto jovem, quais os fatores que contribuíram, contribuem ou contribuirão para o quadro de autopercepção de saúde negativa; De modo conjunto, o enfermeiro e o adulto jovem devem buscar estratégias de superação destes fatores; E, finalmente, o enfermeiro deve buscar sempre atualizar-se em termos de levantamentos e pesquisas relacionadas ao cuidado clínico que ele presta, além de realizar pesquisas que tragam contribuições passíveis de implementação.

A enfermagem deve, portanto, investir mais esforços na busca de práticas resolutivas para os problemas de quem está sob os seus cuidados, contribuindo para uma prática profissional condizente com a realidade brasileira (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2010).

Ressalta-se que o empoderamento do adulto jovem no cuidado a saúde é fundamental para o alcance do sucesso na prática educativa realizada pelo enfermeiro.

7 CONCLUSÃO

A população de adultos jovens escolares teve a oportunidade de ser aqui caracterizada após o julgamento científico de que havia uma lacuna na literatura que trouxesse de forma mais enfática evidências sobre como esse grupo estava organizado, sobretudo no que diz respeito às vulnerabilidades individuais.

Na tentativa de desvelar um pouco desse grupo, optou-se por identificar as vulnerabilidades individuais associadas a autopercepção de saúde negativa. No entanto, partiu-se de uma descrição geral dos jovens para depois gerar afirmações inferenciais sobre as vulnerabilidades individuais e a autopercepção de saúde negativa.

O perfil epidemiológico foi caracterizado conforme a distribuição em blocos proposta no estudo: 1) sociodemográfico; 2) clínico-comportamental e 3) psico-emocional e conhecimento. Em relação aos marcadores sociodemográficos, observou-se maior número de casos de jovens do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 22 anos, sem companheiro (a), com renda individual baixa, pardos/negros/indígenas/amarelo e conciliando trabalho e estudo.

No que concerne aos aspectos clínico-comportamentais, a maioria não foi diagnosticada com excesso ponderal, não praticavam atividade física, não faziam uso de dieta balanceada, não fumavam e não se expuseram ao álcool.

Na dimensão dos marcadores psico-emocionais e de conhecimento, houve maior frequência de jovens com pouca capacidade de lidar com o estresse, sem tristeza/depressão, insatisfeitos com o trabalho/função, que se autopercebiam em excesso ponderal, insatisfeitos com o corpo e que não participavam de atividades de educação de saúde.

A autopercepção de saúde negativa e positiva tiveram percentuais bem homogêneos. A autopercepção de saúde negativa esteve associada significativamente na análise bivariada às variáveis: sexo, renda individual, diagnóstico de excesso ponderal, dieta balanceada, capacidade para lidar com o estresse, satisfação com o trabalho ou função, autopercepção do excesso ponderal, satisfação corporal e participação em atividades de educação em saúde.

No modelo final da regressão, observaram-se que estiveram associados a autopercepção de saúde negativa os marcadores: sexo, dieta balanceada, capacidade de lidar com o estresse e autopercepção de excesso ponderal. Tais marcadores explicam a autopercepção de saúde negativa na população estudada.

Os achados desta pesquisa indicam que um percentual relevante de adultos jovens se encontra mais vulnerável e expressa essa condição pela insatisfação com a própria saúde,

entre outros aspectos. Assim, conhecer os fatores que levaram esses jovens a não se considerarem saudáveis é fundamental para se pensar estratégias de enfrentamento dessas vulnerabilidades, de forma a garantir voz a esses adultos jovens para que, mediante uma escuta atenta, se possa compreender como eles percebem sua saúde e quais fatores lhes são essenciais para se sentirem saudáveis, a fim de reunir elementos para o planejamento de serviços, ações, diretrizes e políticas voltadas a esse público.

O enfermeiro necessita desenvolver habilidades técnicas, sensibilidade, reflexão crítica, criatividade, visão interdisciplinar, cooperatividade, transformando sua prática numa assistência clínica de qualidade e com resultados.

Deve-se destacar que o enfermeiro precisa acreditar, desejar e criar possibilidades para que a parceria enfermeiro-escola seja efetivada, possibilitando o desenvolvimento de ações que promovam a saúde e previnam doenças e que alcancem a população adulta jovem escolar.

Neste estudo, sugeriram-se alguns pontos norteadores para a prática clínica do enfermeiro, com vistas a uma educação em saúde fundamentada em ciência, somados à participação ativa do adulto jovem escolar no processo de cuidar de si e ser cuidado.

Portanto, conclui-se que autopercepção de saúde negativa e sua associação segundo características sociodemográficas, clínico-comportamentais e psico-emocionais e de conhecimento é fundamental para orientar o desenvolvimento de práticas que promovam a saúde e subsidiar o atendimento de enfermagem às demandas de saúde específicas dessa população. Conhecer, acompanhar e promover a saúde desses grupos etários permitirá a atuação do enfermeiro na prevenção desses problemas e transformação do futuro na direção de uma sociedade mais saudável e produtiva, com diminuição significativa das complicações crônicas em idades mais avançadas.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Entrevista com Dilma Rousseff. **Revista da ABESO**, v.2, n.50, 2011.
- ACCIOLY, M. C. et al. Promoção à saúde dos escolares: a experiência do programa saúde na escola (PSE) em Belo Horizonte. In: TEIXEIRA, M. G.; RATES, S.M.M.; FERREIRA, J.M. (Orgs.). **O coletivo de uma construção: Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, v.2, p.101-107, 2012.
- AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Rev. Bras. Med. Fam.Comun.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 9-15, jan./dez., 2010.
- AMER, N.M.; MARCON, S.S.; SANTANA, R.G. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq Bras Cardiol.**, v. 96, n. 1, p. 47-53, 2011.
- ANDRADE, L. V. **NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM ESCOLARES ADULTOS JOVENS: análise de sua associação com características sociodemográficas**. 2013. 61f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.
- AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.91, n.2, p.102-109, 2008.
- ANTUNES, A.V.; POZZOBON, A.; PEREIRA A.L.B. Avaliação antropométrica, autopercepção corporal e perfil nutricional de mulheres adultas. **Rev. Destaques Acadêmicos**, ano 3, n. 3, p.41-50, 2011.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA,R.M.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999, p. 50-71.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **Am J Public Health**, v.6, n.96, p. 1001-1006, 2006.
- AYRES, J. R.C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- BACKES, D.S., ERDMANN, A.L., BUSCHER, A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.3, p.341-347, 2010.
- BANITT, A.A. et al. BMI percentiles and body image discrepancy in black and white adolescents. **Obesity**, v. 16, p. 987-991, 2008.

BARNES, L.L. et al. A longitudinal study of black-white differences in social resources. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.59, n.3, p.146-153, 2004.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; HORTA, B.L. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. **Int J Epidemiol.**, v.30, n.5, p.1001-1008, 2001.

BARROS, M. B. A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v.43, supl. 2, p.27-37, 2009.

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

BEZERRA, P.C.L. et al. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2441-2451, dez, 2011.

BRANDÃO, A.A. et al. Prevenção de doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância? **Rev. SOCERJ**, v.17, n.1, p.37-44, 2004.

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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Sistema de Pactuação de Indicadores de Atenção Básica / DATASUS, **Pacto pela Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n.3**, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Caderno de Atenção Básica. nº 24. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2006**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília: MS; 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Minuta do Plano. 2011. Brasília:MS; 2011.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. Classificação das intervenções de enfermagem - **NIC**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

- BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. Sociais. **PHYSIS:Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- BUSATO, M.A. et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.625-635, jul./set., 2014.
- CARVALHO, F. F. et al. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 285-293, 2012.
- CEARÁ. **Secretaria da Educação do Ceará**. Escolas Estaduais. Disponível em:<http://portal.seduc.ce.gov.br/images/arquivos/enderecos_escolas.pdf>. Acesso em: 26 junho 2015.
- COLOME, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online],vol.21, n.1, p. 177-184, 2012.
- COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.29, n.3, p.347-353, set., 2008.
- CUREAÚ, F.V. et al. Autopercepção de saúde em adolescentes: prevalência e associação com fatores de risco cardiovascular. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v.18, n.6, p.750-760, nov., 2013.
- CREMONESE, C. **Os efeitos de aspectos contextuais e individuais na autopercepção de saúde, em adultos de São Leopoldo-RS**. 2009. 76f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2009.
- DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: BETIOL, M. I. S. (coord.) **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 3ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.
- DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.
- DIEESE. **O trabalho tolerado de crianças até catorze anos**.Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/esp/especial.html>> Acesso em: 20 outubro 2015.
- DUCLOS, J.Y.; ÉCHEVINY, D. **Health and income: a robust comparison of Canada and the US**. Montréal: Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Économiques et l'Emploi; 2009. (Cahier de Recherche/Working Paper, 09-09).
- FLORÊNCIO, R. S. **Excesso ponderal em adultos jovens escolares: uma análise a partir das vulnerabilidades individuais**. 2014. 107f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2014.

FONTES, A. C. D.; VIANNA, R. P. T. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste - Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v.12, n.1, p. 20-29, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOTTLIEB, M.G.V.; MORASSUTTI, A.L.; CRUZ, I.B.M. Transição epidemiológica, estresse oxidativo e doenças crônicas não transmissíveis sob uma perspectiva evolutiva. **Sci Med.**, v. 21, n. 2, p. 69-80, 2011.

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.

GUBERT, F.A. et al. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza – CE. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, v.11, n.1, 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf>>. Acesso em: 24 setembro 2015.

HARTMANN, A.C.V.C. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre** [tese]. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul. PUC/RS/Gerontologia Biomédica, 2008.

HERDMAN, T. H.(Ed.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468p.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York: John Wiley and Sons, 1989.

HÖFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.5, p.777-787, 2007.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>Acesso em: 19 outubro 2014.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Ceará.Fortaleza. **Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro, 2013.Disponível:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230440&idtema=87&search=ceara|fortaleza|censo-demografico-2010:-resultados-gerais-da-amostra>>Acesso em: 03 outubro 2015.

IBGE. **A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas – Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil – 2009**.

KALICHMAN, A.O. **Vigilância epidemiológica da AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1993.

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. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa, 2009.

LEVY-COSTA, R.B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev Saúde Pública**, v. 39, p. 530-40, 2005.

LINDSTROM, M., SUNDQUIST, J., OSTERGREN, P.O. Ethnic differences in self reported health in Malmo in southern Sweden. **J Epidemiol Community Health**, v.55, n.2, p.97-103, 2001.

LOPES, G. T. et al. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. **Escola Anna Nery**, v.11, n.4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452007000400025&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 agosto 2015.

MACHADO, V. S.S. **Fatores associados com multimorbidades e autopercepção de saúde em mulheres com 50 anos ou mais**: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo. 2013. 125f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas, 2013.

MACIEL, E. L. N. et al. **Projeto Aprendendo Saúde na Escola**: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.2, 2010. Disponível em: . Acesso em: 15/08/2015

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **Aids in the word**. Cambridge: Harvard University Press; 1992.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde Soc.**, v.13, n.2, p.5-13, mai./ago., 2004.

MENDES, C. S. Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 setembro 2015.

Mendonca, G., Farias Junior, J.C. Percepcao de saude e fatores associados em adolescentes. **Rev Bras Ativ Fis e Saude**, v.17, n.3, p.174-180, 2012.

MENEZES, A. G. M. P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.1, p. 97-102, 2010.

MOLARIUS, A. et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. **Eur. J. Public Health**, v.17, n.2, p.125-133, 2006.

MORAES, S.A.; HUMBERTO, J.S.M.; FREITAS, I.C.M. Estado nutricional e fatores sociodemográficos em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2006. Projeto OBEDIARP. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 14, n. 4, p. 662-76, 2011.

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

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online). v.31, n.4, p. 662-669,2010.

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** [online], v.48, n.5, p. 794-803, 2014.

NASN, National Association of School Nurses. **Our history**. Disponível em: <<http://www.nasn.org/AboutNASN/OurHistory>>. Acesso em: 15 agosto 2015.

NEUTZLING, M.B. et al. [Frequency of high-fat and low-fiber diets among adolescents]. **Rev Saúde Pública**, v,41, n.3,p. 336-342, 2007.

OLIVEIRA, H. M.; GONCALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. bras. enferm**, v.57, n.6, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000600028&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 agosto 2015.

OLIVEIRA, A.F.C.; NOGUEIRA, M.S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 388-394,2010.

OLIVEIRA, D.L.L.C. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am Enferm.**, v.13, n.3, p.423-431, mai./jun., 2005.

OMS/OPAS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital**. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

PARIS, S.M.J. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. **Folha Médica UNIFESP**, v. 18, n. 1, p. 41-45, 1999.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Pública**, v.25, p.491-498, 2009.

PIMENTA, F. A. P. **Autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e consumo de recursos de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte**. 2006. 136 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica) Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

- PINHO, C.P.S. et al. Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores Associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p 2340-50, dez, 2011.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1995.
- PLEIS, J.R.; LUCAS, J.W.; WARD, B.W. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2008. **Vital Health Stat**,v.10, n.242, p.151-157,2009.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POPKIN, B. M. Is the obesity epidemic a national security issue around the globe? *Curr.Opin. Endocrinol.* **Diabetes Obes.**, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 328-331, maio, 2011.
- RASCHE, A. S.; SANTOS, M. S. S. A enfermeira escolar e o seu objetivo. **Escola Anna Nery**, v.12, n.3, 2008. Disponível em: . Acesso em: 24/09/2015.
- REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3353-3362, 2012.
- RICHTER, M. et al. The role of behavioral factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. **Soc Sci Med**, v. 69, p. 396-403, 2009.
- REZA, C. G.; NOGUEIRA, M. S. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.12, n.2, p. 265 – 270, jun., 2008.
- RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.17, n.8, p. 2129-2139, 2012.
- SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.319-324, 2007.
- 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.
- SILVA, C.C.C.; ALMEIDA, M. E. F. Excesso de peso e hábitos de vida e alimentares na adolescência: um paralelo entre a escola pública e particular. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 2, n. 1, p. 200-212, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Martha_cunha_silva_e_Cristina_ferreira_almeida.pdf>. Acesso em: 10 outubro 2015.
- SOUSA, T.F et al. **Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes**. In: 7º CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, Ipojuca – Pernambuco. Anais.Ipojuca – Pernambuco: Midiograf, 2009.

SOUSA, T. F. S. Autopercepção negativa de saúde e fatores associados em acadêmicos de Educação Física no Nordeste, Bahia. **Rev. Digital**, Buenos Aires, n.143, ano 15, abr., 2010.

SOUSA, L. B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.1, p.55-60, jan./mar., 2010.

SOUSA, T.F.S. et al. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev Paul Pediatr.**, v.28, n. 4, p.333-339, 2010.

SOUSA, E. M. et al. Autopercepção do estado de saúde: um estudo de prevalência com adolescentes de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. **Comun. Ciênc. Saúde**, v.17, n.1, p. 9-15, 2006.

SZWARCWALD, C.L. et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, supl-1, p.54-64, 2005.

THEME FILHA, M. M, SZWARCOWALD, C. L, SOUZA JUNIOR, P. R. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.1, p.73-81, 2008.

TINOCO, V.A.; REIS, M.M.T.; FREITAS, L.N. O enfermeiro promovendo saúde como educador escolar: atuando em primeiros socorros. **Rev. Transformar**, n.6, p.104-113, 2014.

TRAEBERT, J.; BORTOLUZZI, M. C.; KEHRIG, R. T. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.4, p.789-793, 2011.

VASCONCELOS, V. M. et al. Educação em saúde na escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil. **Ciência, cuidado e saúde**, v.7, n.3, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6508/3862>>. Acesso em: 24/09/2015.

WILLNER, P. **Depression: A psychobiological synthesis**. John Willy & Sons, New York; 1985.

WILSON, D. M; CILISKA, D. **Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument**. *Can. Fam. Physician.*, v. 30, p.1863-1866, 1984.

WHO, World Health Organization. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO, 2003. WHO Technical Report Series, n. 916.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para obtenção de informações sociodemográficas, clínicas, de conhecimento e de auto percepção de saúde dos adultos jovens com excesso ponderal

Nº do questionário: _____

CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS :		
Nome: _____		
Endereço: _____		
Naturalidade: _____		
Data de nascimento: _____		
Fone: _____		
Celular: _____		
Idade: _____ anos		
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		
Raça: (1) branco (2) negro (3) mestiço (4) mulato		
Estado Civil: (1) solteiro (2) casado (3) união estável (4) separado (5) viúvo		
Ocupação: (1) sim (2) não		
Com base no último ano, qual a sua renda média mensal? (1) Sem renda (2) Até 1 salário mínimo (3) de 1 a 2 salários mínimos (4) de 2 a 4 salários mínimos (5) de 4 a 6 salários mínimos (6) de 6 a 10 salários mínimos (7) acima de 10 salários mínimos		
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
Algum profissional disse que você está acima do peso? () Sim () Não		
Exame físico e clínico: Peso: Estatura: IMC:		
CARACTERÍSTICAS DE CONHECIMENTO		
Você acha que está acima do peso? () Sim () Não		
Está satisfeito(a) com o seu corpo? () Sim () Não		
Participou de atividades de educação em saúde? () Sim () Não		
PERCEPÇÃO DE SAÚDE		
Auto percepção de saúde: 1) Excelente 2) Bom 3) Regular 4) Ruim		

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Sou discente do Programa de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará e convido você a participar de uma pesquisa que estou desenvolvendo com adultos jovens, intitulada “AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE COMO MARCADOR DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL EM ADULTOS JOVENS COM EXCESSO PONDERAL: ESPAÇO PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO, cujo objetivo é Analisar a associação entre características sócio-demográficas, clínico-comportamentais, psicoemocionais e de conhecimento com a autopercepção de saúde como marcador de vulnerabilidade individual em escolares adultos jovens com excesso ponderal subsidiando a atuação do enfermeiro.

Esclareço que todos os princípios referentes à Resolução 466/12 que trata das pesquisas com seres humanos são aqui respeitados. O estudo deve trazer o benefício em desvendar uma realidade com subsídios ao planejamento de ações em promoção de saúde. A autonomia em participar ou desistir de contribuir para pesquisa em qualquer período do seu desenvolvimento lhe é garantida. Em momento algum sua identidade e as informações dadas serão reveladas, os resultados e dados produzidos durante esse processo serão de conhecimento e tratamento exclusivo das pesquisadoras e utilizadas somente para os objetivos da pesquisa com justiça aos resultados obtidos.

Para alcance dos objetivos do estudo será necessário 1) responder um questionário com perguntas direcionadas a você e que envolvem o tema da pesquisa; 2) verificação de medidas antropométricas (peso, altura); As informações produzidas serão manipuladas unicamente pelas pesquisadoras e utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa, permanecendo arquivadas por até cinco anos após término do estudo lacrados em arquivo particular da pesquisadora. Ademais, informo que este termo será elaborado em duas vias.

Em caso de esclarecimento entrar em contato com a pesquisadora responsável: Laryssa Veras Andrade, endereço: Universidade Estadual do Ceará (UECE) Programa de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Av. Paranjana, 1700 – Itapery – Fortaleza-CE, telefone: (85) 31019823; e-mail: laryssaveras_@hotmail.com

Dados do (a) entrevistado (a):

Nome: _____ Telefone: _____

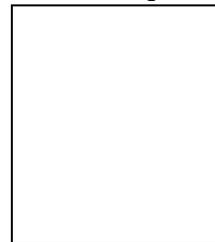
Consentimento esclarecido

Declaro que após ser esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 201__.

Nome _____

Assinatura _____ ou polegar direito

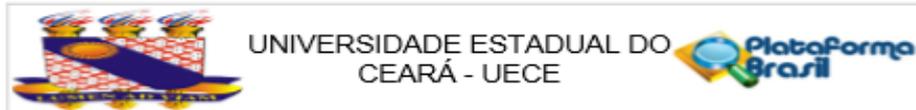


ANEXOS

ANEXO A – Questionário “Estilo de Vida Fantástico”

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

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXCESSO PONDERAL EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES: uma análise a partir das vulnerabilidades individual, social e programática

Pesquisador: RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30382314.3.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

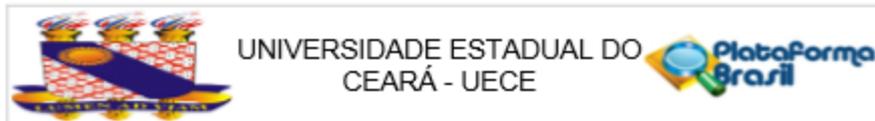
Número do Parecer: 662.105

Data da Relatoria: 25/05/2014

Apresentação do Projeto:

Tratar-se-á de um estudo analítico, quantitativo que será realizado na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, mais especificamente, nas escolas sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Educação do Ceará (SEDUC). Para esse estudo, comporão o Universo todos os adultos jovens de Fortaleza-Ceará, ou seja, aqueles com idade compreendida entre 20 a 24 anos de acordo com a OMS e com o marco legal brasileiro que contextualiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no âmbito da saúde do adolescente e do jovem (BRASIL, 2007; OMS/OPAS, 2005; BRANDÃO et al., 2004). Em contato inicial com a SEDUC/SEFOR e com as coordenações escolares, obteve-se o quantitativo de estudantes matriculados na faixa etária do estudo. Considerando-se que a população é desconhecida, optou-se por definir a amostra com base no cálculo para populações infinitas. Dessa forma, será obtida de acordo com a fórmula seguinte: $n = t^2 \cdot P \cdot Q / e^2$. Onde: n é a amostra; t é o valor de distribuição de t de student ou nível de significância ($t = 1,96$); P é a prevalência do fenômeno (considerada aqui em 34,5%, de acordo com o estudo de Moreira

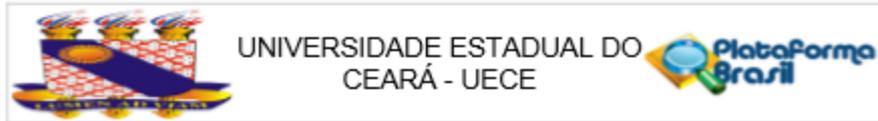
Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 882.105

(2012)); Q é a porcentagem complementar de P ($Q = 100 - P$); e, o erro amostral (aqui considerado em 3%). Com base no resultado do cálculo, teremos uma amostra de 965 adultos jovens escolares. Serão excluídos da amostra os jovens que estiverem matriculados, mas não comparecerem no dia da coleta, gestantes (considerados outros parâmetros para identificação do excesso de peso), bem como aqueles que se locomoverem por meio de cadeiras de rodas, dado que não haverá meios disponíveis para a realização de medidas antropométricas para este grupo. Havendo tais casos, novos jovens serão incluídos. Será considerado o processo de amostragem por estratificação, de acordo com as seis SER. Ou seja, a partir do número total de alunos disponibilizados, calcular-se-á o percentual ao qual deverá corresponder a amostra estabelecida. Para a escolha das escolas que participarão do estudo, será levada em consideração aquelas com maior quantitativo de alunos em cada regional, desde que não ultrapassem o número de jovens proposto em cada regional. As variáveis estudadas serão: variável dependente, que contemplará o excesso ponderal (sobrepeso/obesidade e as variáveis independentes (aspectos da dimensão individual, social e programática da análise de vulnerabilidade). Sobre a coleta de dados, esta foi pensada em quatro fases: 1) sensibilização e seleção dos estratos por escola; 2) aplicação dos instrumentos de coleta de dados referentes às vulnerabilidades (APÊNDICE A, ANEXOS A e B); 3) verificação de medidas antropométricas e coleta de material para avaliação laboratorial dos níveis de glicemia e colesterol total de jejum (APÊNDICE A); e 4) aplicação de instrumento complementar referente à dimensão contextual a partir de bases de dados secundárias (APÊNDICE B). A partir dos dados encontrados, serão calculadas inicialmente as medidas estatísticas descritivas, tais como: médias e desvio padrão das variáveis quantitativas e frequência simples e percentual para as qualitativas. Posteriormente, será utilizada a estatística analítica com relação ao entrecruzamento das diversas variáveis, com utilização dos testes estatísticos conforme tipo de variável. Este projeto será submetido a um comitê de ética em pesquisa. Esse estudo, integra a pesquisa "Análise do sobrepeso/obesidade e sua associação com a saúde cardiovascular em adultos jovens

Endereço: Av. Elias Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9990 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 662.106

escolares de uma capital do Nordeste brasileiro;
subsídio para a educação em saúde pelo enfermeiro”.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o excesso ponderal em adultos jovens escolares a partir da dimensão individual, social e programática sob a ótica da abordagem teórica da vulnerabilidade.

Identificar a frequência de casos de excesso ponderal nos adultos jovens escolares de Fortaleza-Ceará-Brasil;

Descrever aspectos da dimensão individual, social e programática da vulnerabilidade no grupo em estudo;

Verificar a existência de associação entre o excesso ponderal e os aspectos da vulnerabilidade identificados nos jovens em estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A coleta de material para os exames capilares de glicemia e colesterol total de jejum poderá causar algum desconforto ao indivíduo participante, estando a pesquisadora treinada para minimizar a possível situação, dispondo da formação acadêmica na área da saúde e do material necessário à pesquisa. Ademais, a pesquisa não incorrerá em riscos maiores.

Benefícios:

A pesquisa trará como benefício o reconhecimento de vulnerabilidades relacionadas ao excesso ponderal em adultos jovens escolares. Tal

identificação poderá subsidiar o planejamento de ações voltadas para esses usuários na atenção primário e servir de ferramenta para ações

promotoras da saúde no contexto do programa saúde na escola

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área de nutrição, pois busca identificar vulnerabilidades relacionadas ao excesso ponderal em adultos jovens escolares

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

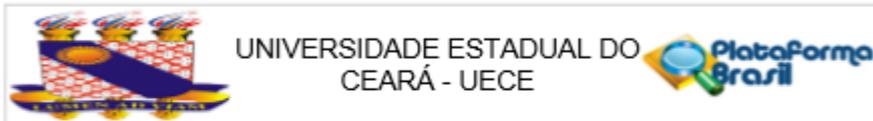
Os documentos foram alterados de acordo com as recomendações emitidas no parecer anterior

TCLE

folha de rosto

Termo de anuência

Endereço: Av. Bites Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anaveleska@usp.br



Continuação do Parecer: 862.105

Recomendações:

Seguir as diretrizes da Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde.

Alterar o cronograma: deve conter data de início da coleta de dados somente após a data da reunião do comitê de ética

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos ditames da Resolução Nº 466/12

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado atendendo os ditames da resolução 466/12

FORTALEZA, 27 de Maio de 2014

Assinado por:
Ana valeska Siebra e silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br