



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ESTILO DE VIDA MASCULINO E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM  
ESCOLARES ADULTOS JOVENS**

**FRANCISCO ANTONIO DA CRUZ MENDONÇA**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2012**

**FRANCISCO ANTONIO DA CRUZ MENDONÇA**

**ESTILO DE VIDA MASCULINO E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM  
ESCOLARES ADULTOS JOVENS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Situação de Saúde da População

Orientadora: Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2012**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual do Ceará**  
**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**  
**Bibliotecária Responsável – Leila Sátiro – CRB-3 / 544**

M539e Mendonça, Francisco Antonio da Cruz.  
Estilo de vida masculino e ações de promoção da saúde em escolares adultos jovens / Francisco Antonio da Cruz Mendonça. — 2012.  
CD-ROM : 78f. il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.  
Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Saúde do homem. 2. Estilo de vida. 3. Promoção da saúde.  
4. Adulto jovem. I. Título.

CDD: 614



U.E.C.E

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP**

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“ESTILO DE VIDA MASCULINO E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLARES ADULTOS JOVENS.”**

Nome do Mestrando: **Francisco Antônio da Cruz Mendonça**

Nome da Orientadora: **Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO”.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira  
(Orientadora)

Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto  
(1º membro)

Prof. Dra. Helena Alves de Carvalho Sampaio  
(2º membro)

Data da defesa: 18/12/2012.

Ao nosso Deus, responsável pela dom da vida,  
e a nossa Senhora de Fátima pelo conforto e intercessão ao seu Filho sempre  
e por todas as graças alcançadas.

## AGRADECIMENTOS

- Aos meus pais, Penha Cruz e Manoel Mendonça, pela confiança, por acreditarem em meus sonhos e por jamais desistirem, pois lembro sempre “se um dia cair, levanta-te e começa tudo outra vez”.
- À minha avó, Maria Mendonça, pelo exemplo de vida, mulher nordestina e trabalhadora e pela dedicação desde o nascimento, um exemplo a ser seguido, ao afirmar um dia “na escola garantimos nosso futuro” e às minhas tias, Francisca e Maria.
- À minha orientadora, Prof. Dra. Thereza Maria Magalhães, exemplo de vitória, por ter dado o voto de confiança e oportunidade para a concretização de mais um sonho, eternamente agradecido pela troca de aprendizado, orientações, maestria no direcionamento do caminho certo e compreensão nos momentos difíceis, e pela força e “desejo que você seja uma estrela com brilho”.
- Ao grande amigo Rafael Sampaio, pelo incentivo, apoio e motivação, pelas trocas de diálogo “você vai conseguir, tenha foco”.
- Aos membros do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidados em Cronicidades e Enfermagem, por todos os momentos vividos, aprendizagens, superação de momentos difíceis, risadas e amizades conquistadas, de modo especial, à Jênifa, Raquel e Sylca pela ajuda.
- Aos professores Helena Sampaio e Maia Pinto, pelo aceite em participar da banca de avaliação e pelas primorosas contribuições ao trabalho.
- Aos docentes do PMASP-UECE, com quem tive o prazer de desfrutar da ampliação de horizonte e futuro de novos mestres em Saúde Pública - turma 2011, especialmente, à Profa Annatália Meneses e Profa Ilvana Lima Verde.
- À Mairla, à Cláudia e à Patrícia, eternas secretárias do PMASP, e por serem compreensíveis ao longo desses dois anos e pela presteza e amizade em ajudar sempre que necessário.
- Aos amigos do PMASP, de forma singular, Adriana, Alexandre Diniz, Ana Celina, Ana Geyse, Elaine, Fabiana, Hermínia, Lianna e Lindemberg, com quem tive a honra de crescer com cada um e pelos momentos de reflexão, apoio e aprendizado mútuos nesses dois anos. Aprendi muito com o jeito e compreensão de vocês.
- Aos amigos de trabalho com quem desfrutei momentos de alegria e de preocupação, Rosiléa Sousa, Tatiane Guedes, Keylla Menezes, Silvany Bastos, Lêda Campos, Afrânio Júnior, Silvânia Maria, Cristina Bessa e Marília Matos. Obrigado por tudo!!
- Enfim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa. Meu muitíssimo obrigado.

## Nunca Pare de Sonhar

“Ontem um menino que brincava me falou  
Hoje é a semente do amanhã  
Para não ter medo que este tempo vai passar  
Não se desespere, nem pare de sonhar  
Nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs  
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar  
Fé na vida, fé no homem, fé no que virá  
Nós podemos tudo, nós podemos mais  
Vamos lá fazer o que será”  
(Gonzaguinha)

## RESUMO

MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz. **Estilo de vida masculino e ações de promoção da saúde em escolares adultos jovens**. 2012. 74 f. Dissertação (Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

As ações de promoção da saúde e o estilo de vida positivo de escolares adultos jovens masculinos são ações construtivas e geram impacto na saúde coletiva. O estudo teve como objetivo analisar a associação entre a participação em ações de promoção da saúde e o estilo de vida de escolares adultos jovens do sexo masculino de um município do Nordeste brasileiro. Tratou-se de um estudo analítico, com coleta de dados entre janeiro e maio de 2012. Participaram do estudo 246 adultos jovens. Foi aplicado questionário sobre características sociodemográficas e clínicas, participação em ações de promoção da saúde e questionário Estilo de Vida Fantástico. Os resultados mostraram predomínio da faixa etária de 20 a 22 anos e de não brancos, cursando o terceiro ano do ensino médio, sem companheira, com escolaridade materna e paterna de até oito anos de estudo e renda mensal de até dois salários mínimos. A maioria era etilista e não tabagista. Mais da metade não tinha diabetes ou hipertensão. Havia desconhecimento sobre antecedentes familiares de infarto e obesidade, um terço deles referiu possuir antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, e metade de hipertensão e diabetes. Apenas um quarto deles referiu participar de atividade promotora da saúde relativa ao tabagismo, dieta e exercício físico no último ano. A maioria referiu não ter recebido mensagens sobre saúde via meios de comunicação, exceto via televisão. Os participantes não conheciam suas cifras de colesterol, glicemia, pressão arterial e seu estado geral de saúde no último ano, embora alguns deles tivessem diagnóstico de sobrepeso e hiperglicemia. A maioria classificou o Estilo de Vida Fantástico de maneira positiva. Observou-se associação estatística da classificação do Estilo de Vida Fantástico com leitura de mensagens sobre saúde, influência de alguém próximo para o não etilismo e verificação da pressão arterial. O modelo final de regressão constatou que ler mensagens sobre saúde contribui para a promoção da saúde masculina. Conclui-se ser essencial a percepção de que o processo saúde-doença envolva uma complexa teia onde os saberes e ações intersetoriais são fundamentais para o sucesso das práticas de promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem; Estilo de Vida; Promoção da Saúde; Adulto Jovem.

## ABSTRACT

MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz. **Lifestyle male and actions of health promotion in school young adults.** 2012. 74 f. Dissertation (Master's Program in Public Health Academic) – Dean of Research and Graduate Studies, State University of Ceará, Fortaleza, 2012.

The actions to promote health and positive lifestyle for young adult male students are constructive actions and generate impact in public health. The study aimed to examine the association between participation in activities health promotion and life style of school young adult male in a city in northeastern Brazil. It was an analytical study, with data collected between January and May 2012. The study included 246 young adults. A questionnaire sociodemographic and clinical characteristics, participation in health promotion activities and Fantastic Life Style Questionnaire. The results showed a predominance of the age group 20 to 22 years and nonwhites attending the third year of high school, without partner, with maternal and paternal schooling up to eight years of study and monthly income of up to two minimum wages. Most were alcoholics and non-smoker. More than half did not have diabetes or hypertension. There was lack of family history of stroke and obesity, a third of them have referred a family history of cardiovascular disease, and half of hypertension and diabetes. Only a quarter of them said they participate in health promoting activities relating to smoking, diet and exercise in the last year. Most reported not having received health messages via the media, except via television. The participants did not know their cholesterol numbers, blood glucose, blood pressure and your overall health in the last year, although some of them had a diagnosis of overweight and hyperglycemia. Most rated the Fantastic Lifestyle positively. An association of the statistical classification of Fantastic Lifestyle with reading messages about health, influence of someone close to no alcohol consumption and blood pressure check. The final regression model found that reading messages about health contributes to the promotion of men's health. It is concluded that the essential perception that the disease process involves a complex web where knowledge and intersectoral actions are critical to the success of health promotion practices.

**Keywords:** Men's Health; Life Style; Health Promotion; Young Adult.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1:	Contagem de escolares matriculados, de 20-24 anos, no Ensino de Jovens e Adultos de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2011-2012.....	28
Quadro 2:	Escolas de Ensino Médio da rede pública de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	29
Figura 1:	Divisão geográfica de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	26
Gráfico 1:	Características clínicas de homens adultos jovens das escolas de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=246).....	35
Gráfico 2:	Antecedentes familiares de homens adultos jovens das escolas de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=246).....	36
Gráfico 3:	Participação de homens adultos jovens escolares em reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, dentre outros, nos últimos doze meses. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=246).....	37
Gráfico 4:	Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “ <i>Quantas vezes leu, viu ou escutou mensagens sobre saúde?</i> ”. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=246).....	38
Gráfico 5:	Distribuição das respostas de homens adultos jovens escolares (n=246) à pergunta: “ <i>sofreu influência de alguém para...</i> ”. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=246).....	40
Gráfico 6:	Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “Durante os últimos doze meses você:”. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=246).....	41
Gráfico 7:	Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “Alguns profissionais de saúde disseram que você tem...”. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=246).....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Características sociodemográficas de homens adultos jovens das escolas de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=246).....	34
Tabela 2:	Distribuição dos escores do questionário Estilo de Vida Fantástico aplicado a escolares adultos jovens homens de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012. (n=184).....	43
Tabela 3:	Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	43
Tabela 4:	Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	44
Tabela 5:	Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	45
Tabela 6:	Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	46
Tabela 7:	Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	47
Tabela 8:	Análise multivariada da leitura sobre saúde em folhetos ou revistas (BLOCO 1) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	48
Tabela 9:	Análise multivariada da orientação para deixar de fumar e de beber (BLOCO 2) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	48
Tabela 10:	Análise multivariada da verificação da PA nos últimos doze meses (BLOCO 3) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	49
Tabela 11:	Modelo Final das variáveis intervenientes no estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	49
Tabela 12:	Modelo final da regressão logística. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Circunferência Abdominal
CEJAM	Centro de Educação de Jovens e Adultos de Maracanaú
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CQ	Circunferência do Quadril
DBH	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
DCV	Doenças Cardiovasculares
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVF	Estilo de Vida Fantástico
FANOR	Faculdades Nordeste
GRUPECCE	Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMASP	Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSE	Programa Saúde na Escola
SEDUC	Secretaria de Educação do Estado do Ceará
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos.....	17
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
3.1	Estilo de vida.....	18
3.2	Promoção da saúde na escola.....	19
3.3	Considerações sobre adulto jovem.....	20
3.4	O homem no cenário da saúde coletiva.....	22
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>25</b>
4.1	Tipologia e natureza do estudo.....	25
4.2	Local e período do estudo.....	25
4.3	Universo, população e amostra.....	27
4.4	Coleta dos dados.....	30
4.5	Análise dos dados.....	32
4.6	Aspectos éticos.....	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>67</b>
	APÊNDICE A: Questionário.....	68
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	71
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>72</b>
	ANEXO A: Questionário Estilo de Vida Fantástico.....	73
	ANEXO B: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	74

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a existência ou não de associação estatística entre a participação em ações de promoção da saúde e o estilo de vida de escolares adultos jovens do sexo masculino do município de Maracanaú-Ceará-Brasil, com vistas a apresentar um cenário epidemiológico que possa ser utilizado como parâmetro para subsidiar a promoção da saúde nas diversas redes sociais nos quais os jovens estão inseridos.

Conforme *Canadian Society for Exercise Physiology* (CSEF) (2003), os determinantes da saúde são diversos e podem ser agrupados em cinco categorias: **ambiente social e econômico** – salário, emprego, *status* social, educação e fatores sociais no local de trabalho; **ambiente físico natural ou construído pelo homem** – clima e moradia; **atitudes pessoais** – comportamentos dos indivíduos que criam riscos ou benefícios para sua saúde; **capacidades individuais** – a genética, a fisiologia, a competência pessoal, o senso de controle e as próprias habilidades do indivíduo; **serviços de promoção, manutenção e restauração da saúde** – direito de todos e dever do Estado.

Percebe-se na literatura das últimas décadas um admirável avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ROUQUAYROL, 2012) com enfoque, sobretudo, para o estilo de vida das pessoas. Nesse sentido, Rodrigues-Añez, Reis e Petroski (2008) apontam que estilos de vida inadequados têm sido as principais causas de morte no mundo.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), tais determinantes são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) os considera como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Enquanto que Krieger (2001) definem Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como os fatores e mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados por meio de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe os DSS como características sociais dentro das quais a vida transcorre.

O Ministério da Saúde do Brasil está investindo na promoção da Saúde do Homem. Chama a atenção o coeficiente de sua mortalidade no Brasil, pois, atualmente, nas pessoas adultas, em cada três mortes, duas são de homens, dentre as mais diversas causas. Preocupa, ainda mais, quando relacionado à faixa etária de 20 a 30 anos, pois tem 80% de risco de morte maior do que as mulheres (BRASIL, 2009).

Em agosto de 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) - Princípios e Diretrizes, com enfoque para as políticas públicas de saúde nesta clientela uma vez que essa parcela da população não possuía uma política na agenda da saúde, o que veio a favorecer a contextualização dos seguintes indicadores demográficos: violência, população privada de liberdade, alcoolismo e tabagismo, pessoa com deficiência, adolescência e velhice, direitos sexuais e reprodutivos, mortalidade, morbidade, causas externas e tumores. Assim, essa política tem como principal objetivo ampliar o acesso da população masculina aos serviços de assistência integral à saúde.

As principais metas da Política de Saúde do Homem são: capacitar os profissionais de saúde, elaborar uma linha de cuidado voltada aos principais agravos nesta clientela, confeccionar materiais educativos voltados à saúde masculina, desenvolver campanhas, estimular ações e atividades de promoção de saúde que facilitem seu acesso aos serviços de saúde, com base no respeito de idade, condição socioeconômica, local de moradia, diferenças regionais e de raça/etnia, deficiência física e/ou mental, orientação sexual e identidades de gênero.

Sobre a promoção da saúde, sabe-se que em uma sociedade em constante transformação, a promoção da saúde adquire importante papel socioeconômico e cultural, pois as pessoas do sexo masculino, com sobrecarga de atividades, acabam por relegar ao segundo plano a qualidade da própria vida (BUSS, 2000).

A saúde do homem tem despontado como foco de atenção dos pesquisadores, uma vez que os estudos sobre a temática são recentes. Quando a saúde masculina é colocada em pauta, sobretudo no quesito promoção da saúde, percebe-se uma lacuna tanto no contexto do serviço como na literatura, assim, nota-se necessidade de trabalhá-la com os homens seja no serviço ou durante o convívio escolar.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil se preocupou e lançou, em 2008, o Programa Saúde na Escola (PSE), resultado de uma parceria com o

Ministério da Educação, com a finalidade de reforçar a prevenção, avaliação e monitoramento à saúde dos escolares brasileiros, e propor a construção de uma cultura de paz nas escolas (BRASIL, 2008).

Tal programa foi criado em decorrência das condições de saúde dos escolares, com aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), gravidez na adolescência e acreditando no sucesso da aproximação entre a saúde e a educação. Destaco, sobretudo, a saúde dos escolares do sexo masculino, devido ao fato de maior risco de morbimortalidade na fase adulto jovem neste grupo.

Um dos objetivos do PSE é prevenir os fatores de risco cardiovascular. Assim, é pertinente comentar que há a necessidade de intervenção nesses fatores, uma vez que as doenças cardiovasculares se destacam como a principal causa de morte, sendo responsáveis por cerca de 30% de todos os óbitos, compondo um universo de 18 milhões de mortes anualmente no mundo (BRASIL, 2004; SBC, 2010) e acometendo adultos em plena fase produtiva (BRASIL, 2006a).

A literatura aponta que a população masculina apresenta mais resistência para procurar assistência à saúde e para prevenir doenças. Vive, em média, sete anos menos do que a população feminina e é mais predisposta a doenças circulatórias, cânceres, colesterol, hipertensão arterial sistêmica (HAS), uso excessivo de álcool, obesidade e acidentes de trânsito e de trabalho (BRASIL, 2009).

Em estudo realizado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) sobre o porquê de os homens buscarem menos os serviços de saúde do que as mulheres, evidenciaram-se diversas dificuldades para o acesso dos homens aos serviços de saúde, dentre elas, o medo da descoberta de uma doença grave e a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde. Tais dificuldades e outras mais devem ser sanadas pelo sistema de saúde.

Ora, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil tem como finalidade garantir o acesso universal em todos os níveis de atenção para todas as pessoas. A atenção primária à saúde vem sendo ofertada cada vez mais por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que melhorou o acesso ao cuidado, oferecendo prevenção e gerenciamento das doenças em geral (PAIM et al., 2011).

Mudanças na forma de promover a saúde pública e transformações que buscam o direcionamento do cuidar para prevenção em saúde são observados desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na sua Declaração de Alma-Ata, realizada em 1978. Nela, é possível perceber tais tentativas de mudanças. No entanto, verifica-se que tais atualizações ainda têm dificuldade de serem incorporadas no cotidiano dos serviços de saúde na atualidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Desta forma, torna-se relevante o objeto deste estudo, uma vez que o estilo de vida inadequado, incrementado pelas ações de promoção da saúde abaixo do desejado, tende a conduzir o adulto jovem para um risco elevado durante esta fase da vida. Assim, esta pesquisa pode dar maior visibilidade aos adultos jovens e favorecer a promoção da saúde ao longo do ciclo de vida da pessoa.

Pelo fato de estar desenvolvendo estudos no Grupo de Pesquisa Saúde do Homem e sua interface com as Doenças de Agravos Não Transmissíveis na Faculdades Nordeste (FANOR) e no Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) chamou a atenção durante a pesquisa intitulada “Análise do risco cardiovascular em escolares adultos jovens de Maracanaú-Ceará”, o estilo de vida de adultos jovens do sexo masculino.

Dessa forma, o estudo pretende responder aos seguintes questionamentos: 1) Quais as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos escolares adultos jovens do sexo masculino de um município da rede metropolitana de Fortaleza? 2) Quais as ações de promoção da saúde das quais os escolares adultos jovens do sexo masculino participaram? 3) Qual o estilo de vida destes escolares adultos jovens? 4) Há associação ente as ações de promoção de saúde, as características descritas e o estilo de vida da clientela em estudo?

Com este trabalho, aspira-se que as ações de promoção da saúde repercutam no estilo de vida de escolares adultos jovens do sexo masculino, favorecendo os profissionais no planejamento de ações de promoção à saúde específicas para a população masculina, e, ainda, que sirvam de subsídio aos gestores para traçar, efetivar e avaliar políticas de incentivo ao estilo de vida saudável, que possam reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas e outros agravos nessa clientela.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Analisar a existência de associação entre a participação em ações de promoção da saúde em escolares e estilo de vida em adultos jovens do sexo masculino de um município da rede metropolitana de Fortaleza-Ceará-Brasil.

### 2.2 Objetivos específicos

a) Caracterizar sociodemográfica e clinicamente escolares adultos jovens do sexo masculino.

b) Identificar as ações de promoção da saúde nas quais os escolares adultos jovens do sexo masculino participaram.

c) Descrever o estilo de vida destes escolares adultos jovens.

d) Averiguar a existência de associação estatística entre as ações de promoção de saúde, as características descritas e o estilo de vida da clientela em estudo.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir, traçar-se-á uma breve exposição sobre o estilo de vida, promoção da saúde na escola, considerações sobre o adulto jovem e o homem no cenário da saúde coletiva.

#### 3.1 Estilo de vida

O ritmo de vida da sociedade contemporânea, o consumismo, a mídia, convidam para uma omissa e curiosa relação de prazer e riscos entre os jovens e o uso de álcool, fumo, as refeições “práticas” dos *fast foods*, dentre outras, tornando corriqueira a vulnerabilidade às doenças cardiovasculares (DCV) (BRANDÃO et al., 2004; LIRA et al., 2006).

Todas essas experiências influenciam o estilo de vida do jovem e de como este se relaciona com outros contextos. São múltiplos os determinantes da saúde, e estes podem ser agrupados em categorias, nas quais se encontram os elementos que fazem as pessoas se manterem saudáveis.

A primeira categoria constitui o ambiente social e econômico; a segunda é o ambiente físico; a terceira categoria considera as atitudes pessoais, que criam riscos ou benefícios para a saúde; a quarta categoria representa as capacidades individuais, como a fisiologia, a competência pessoal, as habilidades do indivíduo. E, por último, estão os serviços de promoção, manutenção e restauração da saúde (CSEF, 2003).

Estudos realizados por Pitanga e Lessa (2005), evidenciaram que após a adolescência, as pessoas tendem a diminuir progressivamente o nível de atividade física. Embora os adultos jovens reconheçam a importância da atividade física, muitos atribuem à falta de tempo, inabilidade, falta de prazer nesta prática e indisponibilidade de locais adequados e seguros para a prática de exercícios (BARRETO, PASSOS, GIATTI, 2009).

Em pesquisa feita por Bustos (2003), pelo fato de ser vastamente aceito pela sociedade, o etilismo de fim de semana é frequente nos eventos sociais e de lazer, usado como descontração e, muitas vezes, como representação de poder nos grupos. É muito divulgado na mídia pela economicamente imponente indústria de bebidas. Entre os adultos jovens, os homens ainda bebem mais que as mulheres, com excessos no final de semana.

Diante da influência negativa de elementos do estilo de vida atuais sobre as condições de saúde, acredita-se na associação entre saúde e educação para reforçar a prevenção, avaliação e monitoramento à saúde dos escolares brasileiros, contribuindo na promoção da saúde na escola (BRASIL, 2008).

### **3.2 Promoção da saúde masculina**

A promoção da saúde é um tema desafiador para os sistemas de saúde e sua operacionalização está no cerne de mudanças no processo saúde-doença-cuidado que inclui ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, bem como mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e coletiva.

Ao encontro dessa proposta, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) definiu promoção da saúde como modo de pensar e intervir junto às demais políticas e tecnologias do sistema brasileiro, contribuindo, assim, positivamente para construção e desenvolvimento de estratégias e práticas que possibilitem respostas às necessidades de saúde.

Com a consolidação dessa política na Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolveu-se um território de práticas inovadoras com ênfase na prevenção e promoção da saúde do homem. Este modelo, propositor de assistência à saúde integral e resolutiva, busca conhecer cada vez mais esta população, proporcionando acesso aos que necessitam de cuidados primários.

Neste sentido, faz-se necessário maior enfoque na execução de ações de saúde que favoreçam a garantia dos direitos dos homens, pois a demanda por atendimento deste gênero é inferior à das mulheres, devido à disseminação da ideia de que os Centros de

Saúde da Família (CSF) são serviços destinados somente a mulheres, crianças e idosos (FIGUEIREDO, 2005). Esta ideia tem coerência com a realidade dos serviços, cujos cronogramas são, prioritariamente, destinados a estes grupos populacionais, excluindo os homens e impulsionando-os a não reconhecerem a importância do cuidado e a valorização da saúde.

Faz-se necessário destacar que algumas iniciativas de prevenção de doenças e promoção da saúde, nesse campo, dependem de políticas referentes a outros setores, que não o das políticas de saúde (BARRETO, PASSOS, GIATTI, 2009).

Reis e Fradique (2003), em seus estudos sobre prevenção de doenças e promoção da saúde em jovens adultos, constataram que os homens mencionaram a dimensão da educação para a saúde como estratégia para este fim. No entanto, isto sugere mais susceptibilidade desse grupo às campanhas educativas, muito embora os estudos tradicionais apenas diferenciem dois grupos, o de crianças/adolescentes e o de adultos, esquecendo-se de considerar as significações das diferentes fases do ciclo de vida do adulto.

### **3.3 Considerações sobre o homem adulto jovem**

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), para fins de delimitação conceitual, a adolescência se circunscreve 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).

Com início na segunda década da vida, a fase adulta jovem tem marcos importantes, os quais devem ser vivenciados, enfrentados e transpostos durante este período. Nesta fase, o desenvolvimento cognitivo e emocional já deveria se encontrar plenamente construído. No entanto, o desenvolvimento psicológico do indivíduo continua em processo de construção (HAM DAN, 1998).

Em consonância com Hamdan (1998), a atividade psicológica do adulto jovem é influenciada por algumas questões importantes: os relacionamentos afetivos, a escolha profissional e os direitos sociais. Nesse contexto, é possível identificar situações relacionadas, uma vez que em nossa sociedade circulam ideias sobre adolescência e juventude que se associam à noção de crise, desordem, irresponsabilidade; um problema social a ser resolvido, que merece atenção pública. O enfoque de risco, em particular, aparece fortemente associado a esses repertórios por meio de expressões como: gravidez de risco, risco de contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), risco de uso de drogas ilícitas, risco de morte frente à violência (BRASIL, 2007), dentre outros.

Van Eyken e Moraes (2009) em ensaio com homens adultos jovens perceberam que mais de 80% dos entrevistados tinham pelo menos, um fator de risco cardiovascular, 45,2% apresentavam dois ou mais, 12% acumulavam três fatores de risco e 0,5% dos entrevistados tinham quatro fatores de risco, sugerindo a necessidade de ações direcionadas à população adulta jovem. Barreto, Passos e Giatti (2009), ao avaliarem o estilo de vida saudável em adultos jovens, notaram que apenas 8% eram considerados saudáveis, sendo que não fumar (85,5%), praticar regularmente atividade física (46,4%) e consumir frutas e hortaliças (16,6%) foram situações avaliadas.

Diante de tais riscos e vulnerabilidades, percebe-se que pouco enfoque é concedido à questão do estilo de vida e promoção da saúde do sexo masculino, com discussão incipiente no planejamento de políticas públicas, tornando o adulto jovem suscetível aos determinantes sociais relacionados a este *hall* de agravos.

Trabalhar essas questões na atenção à promoção da saúde masculina difere da assistência clínica individual e da simples informação. O modelo a ser desenvolvido deve permitir uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades cotidianas (BRASIL, 2007).

Estudos realizados por Brandão et al. (2004) e Lira et al. (2006) revelam que existem diversas situações de exposição a fatores de risco à promoção da saúde em nosso

cotidiano, destacando a violência, doenças sexualmente transmissíveis (DST), doenças cardiovasculares o que justifica tal abordagem no cenário da saúde coletiva.

### **3.4 O homem no cenário da saúde coletiva**

A preocupação em estudar o homem no cenário da saúde coletiva reside no fato de que há mais de quatro décadas surgiram nos Estados Unidos da América as primeiras pesquisas, com foco em déficits de saúde de segmentos masculinos. Naquele instante, fazia-se salutar, lidar com um paradoxo: ao mesmo tempo em que os homens detinham maior poder que as mulheres, eles tinham desvantagens em relação a elas no que se refere às taxas de morbimortalidade (COURTENAY; KEELING, 2000; GOMES, 2011).

Desde muito tempo, os homens estiveram no foco de diversas pesquisas na área da saúde. No entanto, Kimmel (1992) pontua que na maioria dessas pesquisas, eles foram e ainda são em alguns estudos modelo de ser humano ou parâmetro da humanidade.

No campo da saúde coletiva, não se pode dizer da sua invisibilidade, pois o homem sempre esteve presente direta ou indiretamente na agenda da saúde. A partir da década de 1990, a temática saúde do homem veio se configurando na Atenção Primária à Saúde como um contexto diferenciado. Sob um ponto de vista transversal, discutiram-se questões socioculturais, como as de gênero, particularizando-se as singularidades da saúde e da doença entre os homens (GOMES, 2011). Ao encontro desses estudos, evidenciou-se a abordagem à saúde do trabalhador, a partir de um marco referencial que pouco abordava as especificidades do homem (COUTO; SCHRAIBER, 2005).

Estudo de Courtenay (2007) comparativo entre homens e mulheres comprovou que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da sua maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (FIGUEIREDO, 2005).

São apontadas duas principais barreiras entre o homem, e os serviços e ações de saúde: sócio-culturais e institucionais.

O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

De acordo com Figueiredo (2005) várias esclarecimentos têm sido fornecidos para a relação dos homens com o serviço, atribuindo esta a características da acomodação da própria masculinidade e/ou à estrutura dos serviços de saúde. A ausência ou a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde denuncia a inadequação entre as necessidades e expectativas de saúde dos homens e a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, particularmente dos serviços de atenção primária à saúde.

Em estudos realizados por Gomes et al. (2011) foi evidenciado que existem dimensões dignas de atenção à saúde do homem: a estrutural e a simbólica. A estrutural revela pouco investimento na organização do serviço, reforçando o senso comum de que os homens não são usuários da atenção primária. Enquanto que a simbólica diz respeito à não consideração de temas do universo masculino, como a dificuldade que homens têm em se desnudar para o profissional, demandando privacidade no atendimento. Nesse contexto, os homens sentem-se invisíveis nos programas de saúde de atenção primária, afastando-os da condição de cuidadores de si e dos outros.

Quanto à invisibilidade do homem no contexto da Atenção Primária a Saúde, pesquisa realizada por Couto e colaboradores (2010) com o objetivo de compreender a (in)visibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero, identificou homens como alvo de intervenções no campo das políticas públicas de saúde, como usuários que enfrentam dificuldades na busca por atendimento e no estímulo à sua participação efetiva, e como sujeitos do cuidado de si e de terceiros. No entanto, em outra pesquisa, quando os homens promovem o cuidado de seu corpo, cultivam o fisiculturismo e, nesse aspecto, o cuidado de si pode transformar-se em risco de adoecimento (GOMES et al., 2011).

Diante do exposto, a presente revisão de literatura, ao abordar o estilo de vida, a promoção da saúde masculina, o homem adulto jovem e o homem no cenário da saúde coletiva procurou propiciar melhor compreensão da temática no estudo.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipologia e natureza do estudo**

O estudo foi do tipo analítico e quantitativo, pois visou esclarecer as ações da promoção da saúde no estilo de vida de escolares adultos jovens do sexo masculino, além de fornecer uma visão ampla de como essas questões estão associadas e aparecem na população estudada (GIL, 2010; HULLEY et al, 2008).

Haddad (2004) considera que um estudo analítico se dá quando há a existência de uma hipótese a ser testada. Em relação à natureza quantitativa, pesquisas que aplicam métodos quantitativos são aquelas nas quais se empregam a estatística matemática como principal recurso para análise das informações. Neste tipo de estudo, os dados coletados são traduzidos em números e, em seguida, classificados e analisados por meio de recursos e técnicas estatísticas (LAKATOS; MARCONI, 2003).

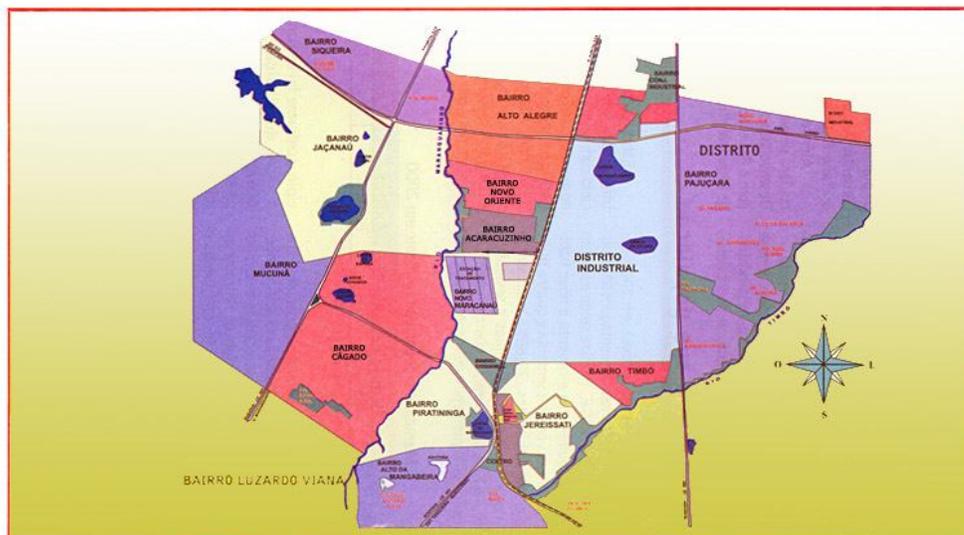
### **4.2 Local e período do estudo**

O local da pesquisa compreendeu o município de Maracanaú-Ceará-Brasil, cidade localizada na Região Metropolitana de Fortaleza. Atualmente Maracanaú possui uma população de 200.797 habitantes (IBGE, 2010). Trata-se de região urbana com grande quantidade de indústrias e com a segunda maior receita orçamentária do Ceará.

Este estudo foi realizado no período de dezembro/2011 a junho/2012 compreendendo a população do município que tem cobertura de 93% da população do município pela Estratégia Saúde da Família.

A cidade é populosa, tem vários conjuntos habitacionais, muitas casas de alvenaria e, em grande parte, tem saneamento básico e sistema de água e esgoto.

**Figura 1:** Divisão geográfica de Maracanaú-CE-Brasil, 2012



Fonte: Secretaria de Urbanismo - Maracanaú, Ceará - Brasil

Sua escolha se deu por se tratar de um município com população representativa para dados estatísticos e premiado nacionalmente na área de atenção à saúde do adolescente e adulto jovem, além de ter o Programa Saúde na Escola implantado.

O Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino no nível Fundamental, Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008).

A escola, que 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-se tornar *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

De acordo com a Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC), o Município de Maracanaú dispõe de 96 escolas, sendo 74 municipais de ensino infantil,

fundamental, para deficientes ou educação de jovens e adultos (EJA) e 22 estaduais, sendo dez de ensino fundamental e doze de ensino fundamental e médio.

### **4.3 Universo, População e Amostra**

Para esse estudo, o Universo foi composto por todos os escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil. A população compôs-se, por sua vez, dos homens adultos jovens escolares de Maracanaú. Por adultos jovens entende-se aqueles com idade compreendida entre 20 e 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 (OMS/OPAS, 2005; BRANDÃO et al., 2004).

Foram identificados os adultos jovens escolares de Maracanaú devidamente matriculados no ano de 2011 para compor a amostra, desde que estivessem disponíveis a participar da pesquisa. Incluiu-se na amostra o adulto jovem do sexo masculino, presente à escola no dia da coleta de dados e que concordou em participar do estudo.

Para identificar a quantidade de pessoas que compunha a população do estudo, contatou-se as Secretarias de Educação e de Saúde do município. Foram apresentados os objetivos do estudo e a temática. Solicitou-se a listagem de todos os alunos do Ensino Médio e do Ensino de Jovens e Adultos (EJA) que estivessem na faixa etária de 20 a 24 anos e matriculados no ano de 2011. Foram recebidas as listagens do EJA, inicialmente (Quadro 1).

**Quadro 1:** Contagem de escolares matriculados, de 20-24 anos, no Ensino de Jovens e Adultos de Maracanaú-CE-Brasil, 2011-2012.

Escola	Alunos de 20 a 24 anos	
	Total	Homens
Adauto Ferreira Lima	9	3
Alegria Cultural	4	3
Ana Beatriz	-	3
Antônio Gondim	20	5
Prefeito Almir Dutra	8	2
Aprender pensando	0	0
Carlos Jereissati	6	3
Cesar Cals Filho	7	2
Centro de Educação de Jovens e Adultos de Maracanaú	315	190
Construindo o saber	8	6
Durval Aires	7	4
Santa Edwiges	3	0
Evandro Aires	5	3
Comissário Francisco Barbosa	6	0
Genciano Guerreiro de Brito	15	10
Hebert de Sousa	5	3
Irma Dulce	3	1
Jari	6	2
João Magalhães	8	5
José Dantas	5	1
José de Borba	5	3
José Martins Rodrigues	2	2
Joaquim Aguiar	5	2
Luiz Gonzaga	5	1
Manoel Moreira Lima	4	2
Manoel Rodrigues	4	2
Maria de Lourdes	4	4
Maria Marques	8	3
Maria Pereira	-	4
Maria Rochele	3	1
Narcisio Pessoa	7	3
Napoleão Bonaparte	2	0
Noberto Batalha	1	0
Núcleo de EJA de Pajuçara	147	70
Rodolfo Teofilo	3	2
Rui Barbosa	4	2
Sinfrônio Peixoto	5	2
Tancredo Neves	5	3
Ulisses Guimaraes	7	4
Valdenia Acelino	11	5
Vinicius de Moraes	8	3
Walmiki Sampaio	2	2
<b>Total</b>	<b>534</b>	<b>366</b>

Continuou-se a busca desses adultos jovens escolares de 20 a 24 anos, sendo realizada visita prévia à escola com apresentação do projeto da pesquisa e o parecer de aprovação do Comitê de Ética. Solicitou-se a cada escola a listagem de alunos matriculados em 2011 e que estivessem na faixa etária do estudo (Quadro 2). Recebeu-se, então, a lista dos alunos em ensino médio, a seguir:

**Quadro 2:** Escolas de Ensino Médio da rede pública de Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Escola	Alunos de 20 a 24 anos	
	Total	Homens
EEFM Adahil Barreto Cavalcante	234	99
EEFM Albaniza Rocha Sarasate	43	15
EEFM Professor Clodoaldo Pinto	66	27
EEFM Enoe Brandão Sanford	76	17
EEM Flávio Pontes	230	128
EEFM Luis Gonzaga da Fonseca Mota	Não entregou lista	-
EEM José Milton de Vasconcelos	122	50
EEFM Tenente Mário Lima	58	34
EEFM Antônio Martins Filho	105	11
EEFM Professor Edimilson Pinheiro	27	17
EEFM José de Borba Vasconcelos	94	56
EEM Eudes Veras	Não entregou lista	-
Liceu Estadual	Não entregou lista	-
<b>Total</b>	<b>1055</b>	<b>168</b>

A partir do levantamento realizado, observou-se que as Escolas de Ensino Fundamental e Médio (EEFM) apresentaram 703 alunos, e as Escolas de Ensino Médio (EEM) 352. A amostra teve seu cálculo realizado de acordo com a fórmula de cálculo de amostra para população finita, considerando uma prevalência de 50% (chance de ter ou não estilo de vida saudável) e erro de 5% (HULLEY et al., 2008).

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{t_{5\%}^2 \times P \times Q + (N-1) \times e^2}$$

Onde:

$$t_{5\%} = 1,96$$

$$P = \text{prevalência} = 50\%$$

$$Q = 1 - P = 50\%$$

$$e = \text{erro} = 5\%$$

Diante disso, o estudo contou com uma população finita de 534 alunos homens na faixa etária, sendo 168 do Ensino Médio e 366 do EJA. Estimou-se a amostra como valor  $n=223$ , acrescentando-se 10% ao total para eventuais desistências ou *missing*, totalizando 246 homens escolares.

Devido ao número reduzido de participantes com 20 a 24 anos no EJA e seu alto índice de evasão, optou-se por pesquisar somente os estudantes do EJA do Centro de

Educação de Jovens e Adultos de Maracanaú (CEJAM). Sendo assim, foram incluídos na pesquisa 217 homens das escolas de Ensino Médio e 29 do CEJAM.

#### 4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados constou da aplicação do questionário referente às variáveis sociodemográficas e clínicas, e perguntas sobre promoção da saúde (APÊNDICE A), do questionário “Estilo de vida fantástico” (validado para o Brasil), (ANEXO A), após explicação prévia dos objetivos e relevância do estudo. Também foram verificadas medidas antropométricas e foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

O preenchimento do questionário estruturado conteve itens referentes a características sociodemográficas (faixa etária, raça, série, estado civil, escolaridade do pai e da mãe, mora em região de comunidade e renda mensal); clínicas (HAS, DM, tabagismo, etilismo); antecedentes familiares de doença (IAM, obesidade, hipercolesterolemia, DM, AVC, doenças do coração, HAS) e ações de promoção da saúde (*“Quantas vezes leu, viu ou escutou mensagens sobre problemas de saúde?”*, *“Sofreu influência de alguém para deixar de fumar, emagrecer, consumir menos gordura, menos sal, menos álcool ou realizar atividade física?”*, *“Durante os últimos doze meses verificou nível de colesterol, de glicemia capilar, pressão arterial ou realizou exame geral de saúde?”* e *“Algum profissional disse que você tem excesso de peso, alto nível de glicemia, hipercolesterolemia ou hipertensão?”*).

O estudo delineou, portanto, as seguintes variáveis: 1) preditoras – as características sociodemográficas e clínicas; 2) as ações de promoção de saúde dos escolares adultos jovens e 3) de desfecho – o Estilo de Vida Fantástico.

A pressão arterial foi aferida por método indireto com técnica auscultatória. Utilizou-se esfigmomanômetro aneroide calibrado e estetoscópio. A técnica seguiu o protocolo recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH, 2010).

As demais medidas antropométricas também foram realizadas de forma padronizada. Para a altura, os examinados permaneceram de pé, com os pés juntos e os

braços estendidos ao longo do corpo e sem sapatos, utilizando-se a fita métrica metálica da balança antropométrica. A medida da Circunferência Abdominal ou cintura (CA) foi realizada com fita métrica inextensível e com a roupa afastada, sendo os valores normais considerados abaixo de 102 cm. A circunferência do quadril (CQ) foi verificada com a fita métrica ao nível do trocanter anterior e sua relação com a cintura calculada e considerada normal em mulheres com  $C/Q = 0,95$  (DBHA, 2010). O peso foi determinado por balança antropométrica para pessoas adultas, com o participante em pé e os braços junto ao corpo com o menor peso de roupa possível e sem sapatos.

Sobre o questionário “Estilo de vida fantástico”, ele 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) (RODRIGUEZ-AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

A codificação das questões proposta por Rodriguez-Añez, Reis e Petroski (2008) é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna. A soma de todos os pontos permitirá chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias, que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos).

Com vistas a trazer benefícios aos participantes da pesquisa, os resultados lhes foram comunicados durante o exame pelo pesquisador, que fez as devidas orientações diante dos resultados particulares. Quando necessário encaminhamentos para intervenções clínicas, o estudante foi informado dos serviços disponíveis na rede pública de saúde do município, ficando sob sua responsabilidade a procura e o seguimento clínico.

Os resultados do estudo foram divulgados em eventos científicos, apresentados ao órgão financiador do estudo e encaminhados ao município.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados coletados seguiram para construção do banco de dados no IBM-SPSS *Statistics versão 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences)*, para avaliação estatística analítica das diversas variáveis, com utilização de testes estatísticos.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos para melhor compreensão dos resultados. **Foram calculadas as medidas estatísticas descritivas médias e desvio padrão das variáveis contínuas.**

**Analizou-se a associação entre a classificação do Estilo de Vida Fantástico (EVF) e as ações de promoção da saúde, por meio dos testes qui-quadrado de Pearson, razão de verossimilhança e odds ratio (OR).**

Procedeu-se a análise univariada do EVF com as ações de promoção da saúde. As variáveis que apresentaram associação com significância estatística  $p < 0,20$  foram selecionadas para a análise multivariada. Em seguida, partiu-se para a análise multivariada com a etapa de ajuste. Realizou-se regressão logística múltipla com cada bloco de ações promotoras de saúde: 1º (mensagens em folhetos ou revistas); 2º (influência de alguém para deixar de fumar, emagrecer, consumir menos sal, consumir menos álcool); 3º (verificação da PA nos últimos doze meses), sempre tendo o EVF como desfecho, selecionaram-se as variáveis que apresentaram significância estatística  $p < 0,05$ .

Realizou-se então a regressão logística hierárquica. Por fim, obteve-se o modelo final composto pelas variáveis intervenientes no estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE), do Centro Universitário Estácio do Ceará e tem o compromisso de seguir os princípios éticos em todas as fases do estudo, de acordo com o preconizado pela Resolução 196 de 1996 (BRASIL, 1996), sendo aprovado sob o protocolo N° 014/2012 (ANEXO B).

Foram considerados os pressupostos da bioética com submissão do termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes que explicou e firmou junto aos participantes o compromisso de manutenção dos princípios de não-maleficência, beneficência, justiça e autonomia, potencializando a relevância do estudo com coerência de trazer retorno individual e/ou coletivo com seus resultados.

## 5 RESULTADOS

Após as visitas escolares, 246 homens adultos jovens foram igualmente inseridos no estudo. A descrição e análise envolveram características sociodemográficas e clínicas e ações de promoção da saúde.

Na Tabela 1 tem-se a organização dos dados sociodemográficos encontrados.

**Tabela 1:** Características clínicas de homens adultos jovens das escolas de Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)

Variáveis	F	%	Média	DP
<b>Faixa etária (n=246)</b>				
20 a 22 anos	215	87,4	20,85	$\pm 1,18$
23 e 24 anos	31	12,6		
<b>Raça (n=246)</b>				
Branca	76	30,9		
Não branca	170	69,1		
<b>Série (n=219)</b>				
1º ano do EM	49	22,4		
2º ano do EM	78	35,6		
3º ano do EM	92	42,0		
<b>Estado civil (n=246)</b>				
Sem companheira	212	86,2		
Com companheira	34	13,8		
<b>Escolaridade materna (n=246)</b>				
Até 8 anos de estudo	115	46,7		
Mais de 8 anos de estudo	77	31,4		
Não sabe informar	54	21,9		
<b>Escolaridade paterna (n=246)</b>				
Até 8 anos de estudo	112	45,5		
Mais de 8 anos de estudo	77	31,3		
Não sabe informar	57	23,1		
<b>Mora em região de comunidade* (n=235)</b>				
Sim	23	9,8		
Não	212	90,2		
<b>Renda mensal (SM) (n=246)</b>				
Até 2 salários	176	71,5		
Mais de 2 salários	70	28,5		

f: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; DP: Desvio Padrão; \*: favela; SM: Salário mínimo (R\$ 622,00 vigente em 2012).

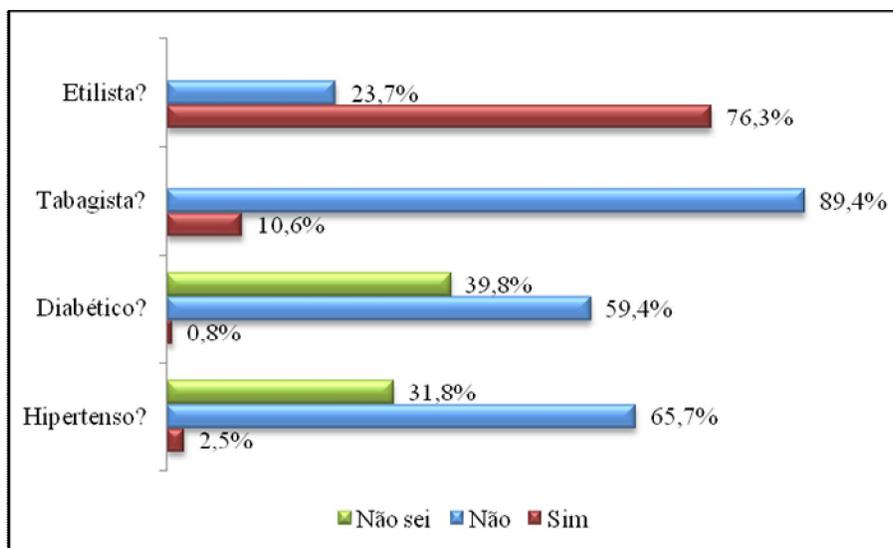
De acordo com o exposto na Tabela 1, verificou-se que a faixa etária variou de 20 a 24 anos, com média de 20,85 ( $\pm 1,18$ ), predominando a faixa etária de 20 a 22 anos (87,4%). Em relação à raça, destacou-se que 69,1% declarou-se não branco. No tocante ao estado civil, a grande maioria declarou não ter companheira (86,2%).

Referente à escolaridade, predominou em mais de um terço dos participantes o 3º ano do Ensino Médio (EM), com 42%. Em seguida, o 2º ano do EM (35,6%). Em relação à escolaridade materna, observou-se que quase a metade (46,7%) apresentou até oito anos de estudo. Quanto à escolaridade paterna, prevaleceu também a categoria até oito anos de estudo (45,5%).

Quando indagados sobre a moradia em região de comunidade, popularmente conhecida como favela, a grande maioria (90,2%) informou não residir nelas. A renda mensal familiar prevalente foi de até dois salários mínimos (71,5%), enquanto que 28,5% informaram receber mais de dois salários mínimos.

A seguir, apresentar-se-á as características clínicas dos participantes do estudo.

**Gráfico 1:** Características clínicas de homens adultos jovens das escolas de Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246).

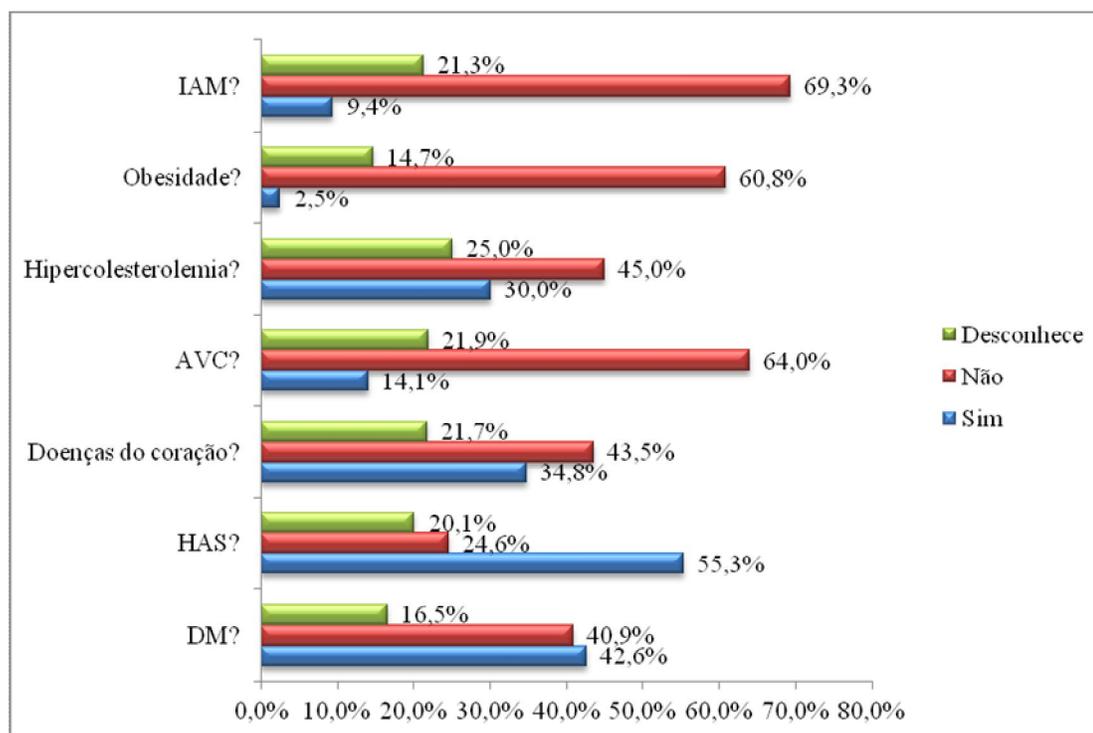


No concernente às características clínicas expostas no Gráfico 1, conforme se notou, a maioria (76,3%) dos homens adultos jovens disseram ser etilistas e 23,3% negaram este hábito. A grande maioria (89,4%) informou não ser tabagista.

Quando questionados sobre terem diabetes, mais da metade (59,4%) negou. Em relação à hipertensão, mais da metade (65,7%) não eram hipertensos e 31,8% não sabiam responder.

Veja-se, a seguir os antecedentes familiares dos participantes do estudo.

**Gráfico 2:** Antecedentes familiares de homens adultos jovens das escolas de Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)

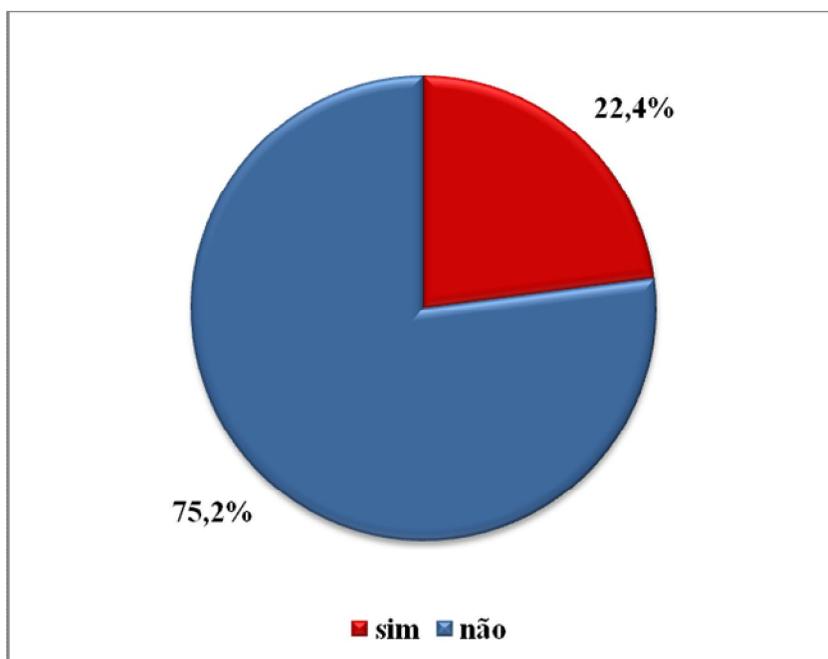


Quanto aos antecedentes familiares clínicos de homens adultos jovens, conforme o Gráfico 2, verificou-se que a maioria (69,3%) não possui antecedentes familiares com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Grande parte (60,8%) também não informou o histórico familiar para obesidade.

Cerca de 45% disseram não possuir antecedentes familiares com hipercolesterolemia, enquanto que pouco menos de um terço (30,0%) o apresentou. Grande parte (64%) não apresentou antecedente familiar com Acidente Vascular Encefálico (AVC). As doenças cardíacas foram 43,5% sem antecedente familiar.

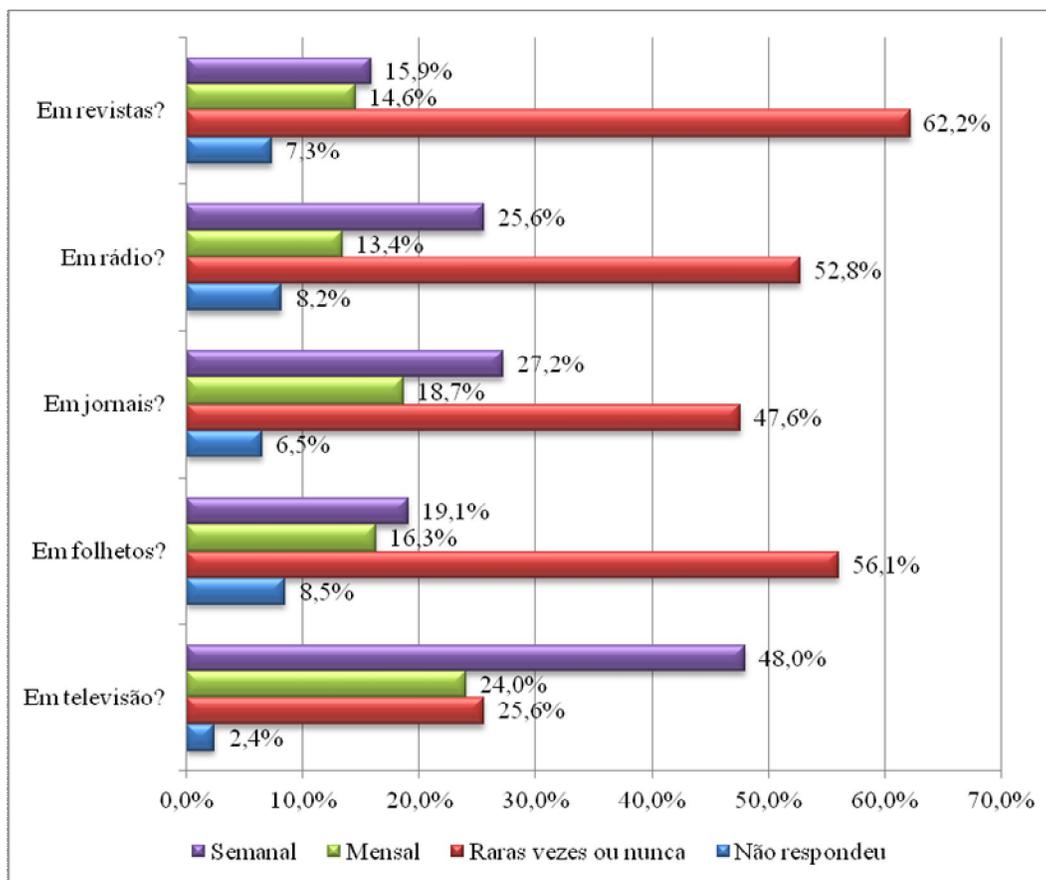
Chama atenção o fato de que, quando perguntados sobre hipertensão, mais da metade (55,3%) informou possuir antecedentes familiares. Pouco menos da metade (42,6%) afirmou ter diabéticos na família (40,9%).

**Gráfico 3:** Participação de homens adultos jovens escolares em reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, dentre outros, nos últimos doze meses. Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)



O Gráfico 3 demonstra que a maioria (75,2%) dos homens adultos jovens escolares não participou de reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico ou outros nos últimos doze meses, tendo 22,4% deles participado.

**Gráfico 4:** Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “Quantas vezes leu, viu ou escutou mensagens sobre saúde?”. Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)



Ao verificar as respostas para o questionamento: “*Quantas vezes leu, viu ou escutou mensagens sobre saúde?*”, expostas no Gráfico 4, desperta atenção o fato de grande parte (62,2%) dos homens adultos jovens terem lido em revistas raras vezes ou nunca mensagens sobre de saúde. No entanto, observa-se que 15,9% comentaram que o fizeram semanalmente e 14,6% mensalmente. Percebe-se, assim, que este canal de comunicação, pode contribuir para promoção da saúde.

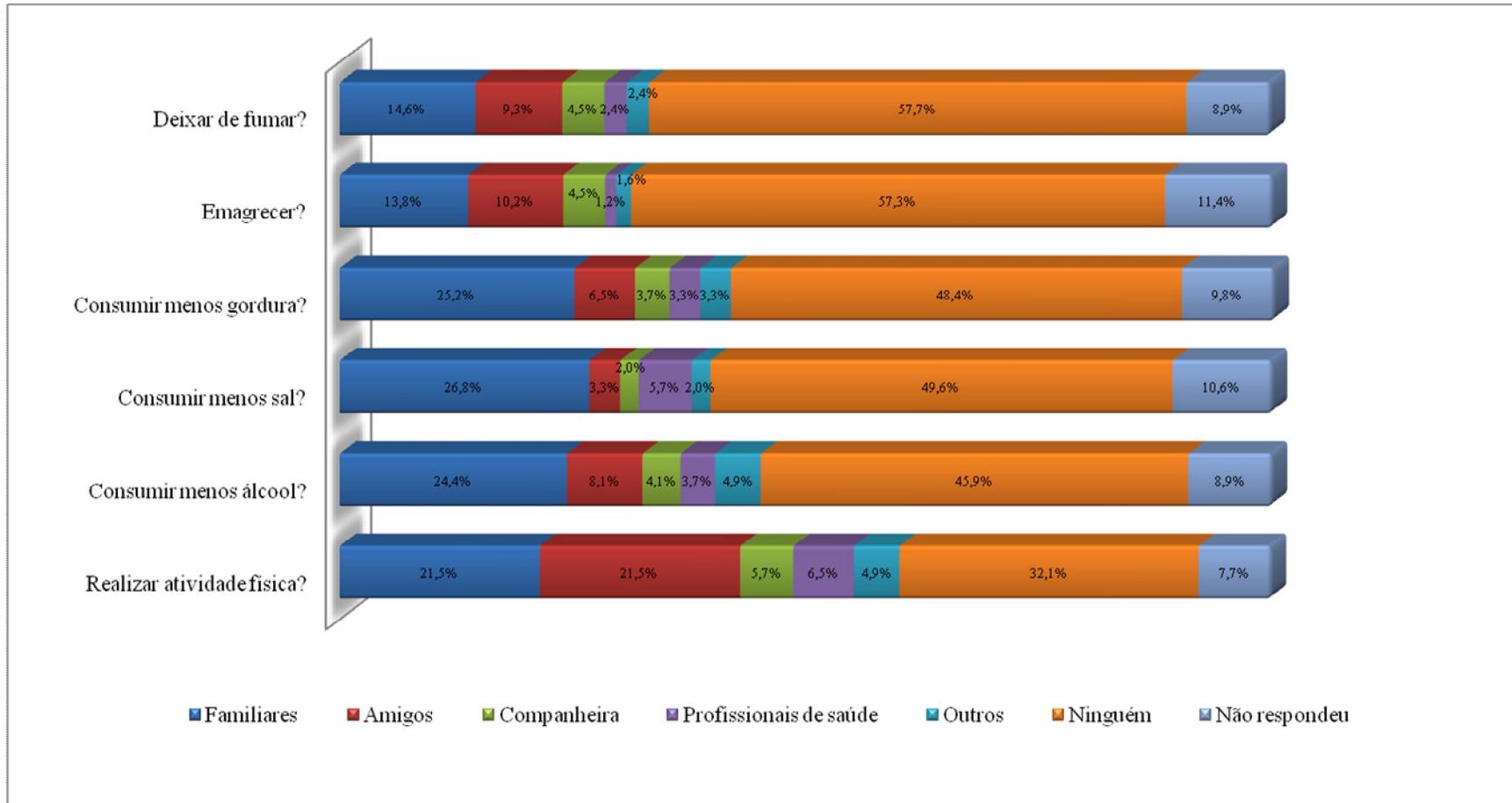
Quanto às ações de promoção da saúde ouvidas pelo rádio (52,8%), notou-se também que pouco mais da metade (52,8%) raras vezes ou nunca ouviu mensagens referentes à saúde pelo rádio, mas 25,6% as ouviram semanalmente e 13,4% mensalmente.

Verificou-se que pouco menos da metade (47,6%) raras vezes ou nunca leu mensagens de saúde em jornais, embora 27,2% declararam tê-las lido semanalmente e 18,7% mensalmente.

No tópico de folhetos, observa-se, como nos demais veículos de comunicação, que 56,1% leram mensagens sobre saúde em folhetos raras vezes ou nunca, 19,1% semanalmente e 16,3% mensalmente.

Quando se reportou à televisão, houve um diferencial em relação aos outros meios de comunicação. Quase a metade (48,0%) respondeu ouvir mensagens sobre saúde na televisão semanalmente e 24% mensal. Tal fato merece destaque por se tratar de um meio audiovisual muito utilizado por todas as classes sociais brasileiras.

**Gráfico 5:** Distribuição das respostas de homens adultos jovens escolares (n=246) à pergunta: “sofreu influência de alguém para...”. Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)



Conforme demonstra o Gráfico 5, os homens adultos jovens escolares responderam à pergunta: “*Sofreu influência de alguém para: deixar de fumar, emagrecer, consumir menos gordura, menos sal, menos álcool e realizar atividade física?*”.

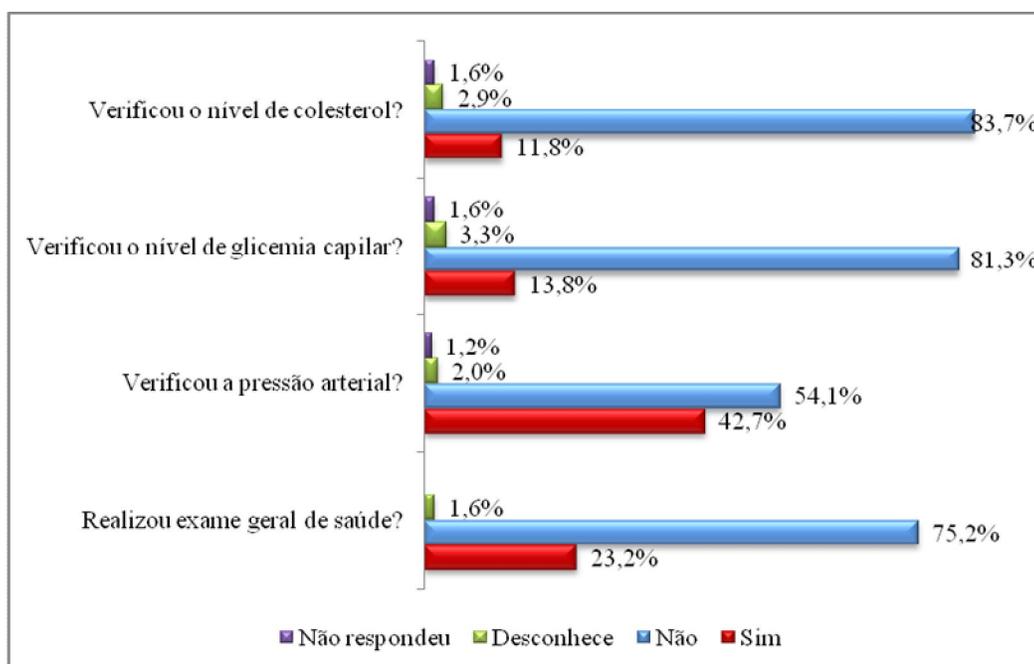
Mais da metade (57,7%) comentou que ninguém influenciou positivamente sobre sua saúde para deixar de fumar, embora 14,6% referiram que familiares e companheiros tenham exercido influência.

Para emagrecer, predominou que ninguém (57,3%) influenciou sobre sua saúde, 13,8% foram influenciados por familiares e 11,4% por outras pessoas.

Quanto a beber menos álcool, menos da metade (45,9%) citou falta de influência positiva sobre sua saúde neste aspecto e quase um quarto deles (24,4%) foi influenciado por familiares.

Em relação à prática de atividade física, embora 32,1% não tenham recebido influência sobre tal ação, confere-se que 21,5% a receberam de amigos e de familiares.

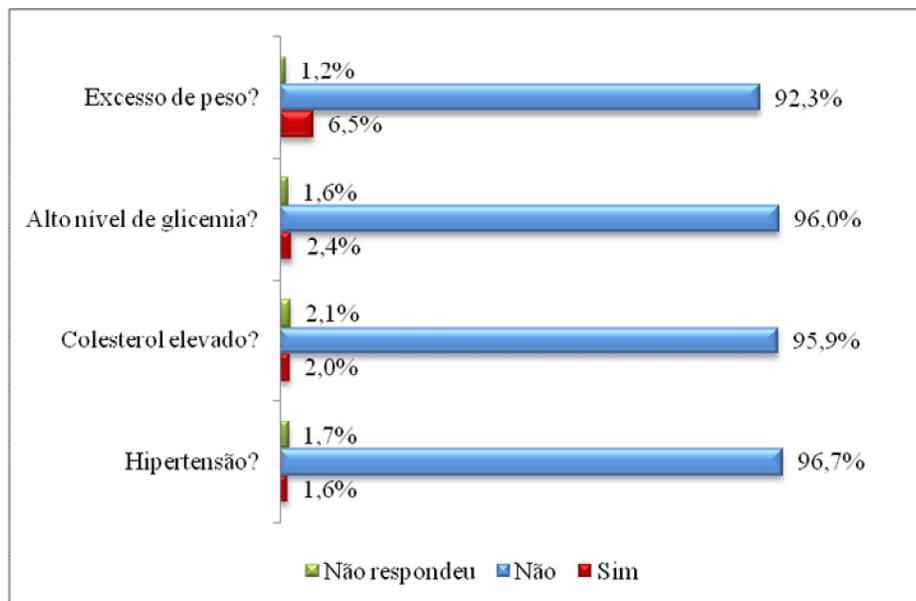
**Gráfico 6:** Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “Durante os últimos doze meses você?”. Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)



No Gráfico 6, os homens adultos jovens responderam ao seguinte questionamento: *Durante os últimos doze meses você verificou o nível de colesterol, de glicemia capilar, verificou a pressão arterial ou realizou exame geral de saúde?*”. Observou-se em todos esses quesitos que a maioria ou a grande maioria respondeu negativamente para todos os itens: não verificou nível de colesterol (83,7%), não verificou glicemia capilar (81,3%), não verificou pressão arterial (54,1%) e não realizou exame geral de saúde (75,2%).

Quase a metade (42,7%) teve a oportunidade de verificar os níveis pressóricos, 13,8% verificaram o nível de glicemia capilar e 11,8% o de colesterol. Cerca de 23,2% realizou exame geral de saúde. Esses achados demonstram a preocupação dos homens nos últimos dozes meses com a saúde.

**Gráfico 7:** Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “Algun profissional de saúde disse que você tem...” Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246).



Conforme o Gráfico 7, questionou-se: “*Algun profissional disse que você tem excesso de peso, alto nível de glicemia, colesterol elevado ou hipertensão?*”. Os participantes responderam que não, em quase a totalidade: não tem hipertensão arterial (96,7%), não tem alto nível de glicemia (96,0%), não tem colesterol elevado (95,9%) e não tem excesso de peso (92,3%).

Apenas para a minoria algum profissional de saúde informou a presença de um dos problemas de saúde citados, sobressaindo o excesso de peso (6,5%) e hiperglicemia (2,4%), o que revela a população estudada predominantemente sadia.

Sobre o estilo de vida, aplicou-se o questionário Estilo de Vida Fantástico (EVF), obtendo as frequências expostas na tabela 2. Verificou-se escore mínimo de 17 e máximo de 91, com média de 69,29 pontos ( $\pm 10,64$ ). As classificações “excelente”, “muito bom” e “bom” foram agrupadas na classificação “positiva”, enquanto que as classificações “regular e ‘necessita melhorar” foram agrupadas na classificação “negativa”. Foi possível observar que 69,1% dos homens escolares adultos jovens apresentaram classificação positiva, em detrimento de 5,7% cujo total de escores levou à classificação negativa do estilo de vida, totalizando a avaliação de 74,8% da clientela em estudo (184).

**Tabela 2:** Distribuição dos escores do questionário Estilo de Vida Fantástico aplicado a escolares adultos jovens homens de Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=184).

Classificação (n=184)	f	%	Média	DP	Min-Máx.
Excelente	10	4,1			
Muito bom	82	33,3			
Bom	78	31,7			
<i>Positivo</i>	<i>170</i>	<i>92,4</i>	69,29	10,64	17-91
Regular	13	5,3			
Necessita melhorar	01	0,4			
<i>Negativo</i>	<i>14</i>	<i>7,6</i>			

Partiu-se para análise inferencial dos dados, realizando entrecruzamentos das variáveis deste estudo com a classificação do estilo de vida fantástico, utilizando as categorias “negativo” e “positivo”, conforme as tabelas a seguir apresentam.

**Tabela 3:** Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

	EVF		p*
	Negativo	Positivo	
Durante os últimos doze meses, participou de algum evento relacionado a estilo de vida saudável?			
Sim	4 (9,5%)	38 (90,5%)	0,42
Não	10 (7,2%)	128 (92,8%)	

\*p= significância estatística pelo teste *qui-quadrado*.

A partir dos dados expostos na tabela 3, verificou-se que as respostas à pergunta “Durante os últimos doze meses, participou algum evento relacionado a estilo de vida saudável?” não se associou com o estilo de vida fantástico. Por evento entende-se conferência, reunião ou atividade.

**Tabela 4:** Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Durante os últimos dozes meses, quantas vezes você leu, viu ou escutou mensagens sobre saúde em:	EVF		p
	Negativo	Positivo	
<b>Folhetos?</b>			
Semanal	0 (0%)	38 (100%)	<b>0,022*</b>
Mensal	1 (3,0%)	32 (97,0%)	
Raras vezes ou nunca	13 (13,0%)	87 (87,0%)	
<b>Televisão?</b>			
Semanal	7 (8,0%)	81 (92,0%)	0,911*
Mensal	3 (6,4%)	44 (93,6%)	
Raras vezes ou nunca	4 (8,7%)	42 (91,7%)	
<b>Rádio?</b>			
Semanal	3 (6,1%)	46 (93,9%)	0,792*
Mensal	2 (7,7%)	24 (92,3%)	
Raras vezes ou nunca	9 (9,4%)	87 (90,6%)	
<b>Jornais?</b>			
Semanal	4 (8,2%)	45 (91,8%)	0,999*
Mensal	3 (7,9%)	35 (92,1%)	
Raras vezes ou nunca	7 (8,0%)	80 (92,0%)	
<b>Revistas?</b>			
Semanal	2 (6,7%)	28 (93,3%)	0,190*
Mensal	0 (0,0%)	28 (100%)	
Raras vezes ou nunca	12 (10,3%)	105 (89,7%)	
<b>Em conferências e reuniões?</b>			
Semanal	0 (0,0%)	10 (100,0%)	0,401**
Mensal	1 (7,1%)	13 (92,9%)	
Raras vezes ou nunca	13 (8,9%)	133 (91,1%)	

\*p= significância estatística pelo teste *qui-quadrado*.

\*\*p=significância estatística pela razão de verossimilhança.

Na tabela 4, detectou-se que ler mensagens sobre saúde em folhetos associou-se de forma estatisticamente significativa com o estilo de vida ( $p=0,022$ ). As demais vias de comunicação não apresentaram associação estatística com o EVF.

Ao entrecruzar influência positiva sobre a saúde e estilo de vida, averiguou somente a orientação para consumir menos álcool associou-se com o desfecho (tabela 5).

**Tabela 5:** Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Alguma das seguintes pessoas exerceu influência positiva sobre sua saúde, nos últimos 12 meses, para:	EVF		p
	Negativo	Positivo	
<b>Deixar de fumar?</b>			
Familiares	2 (8,7%)	21 (91,3%)	0,092*
Amigos	5 (25,0%)	15 (75,0%)	
Companheira	1 (12,5%)	7 (87,5%)	
Profissional de saúde	1 (25,0%)	3 (75,0%)	
Outro	0 (0,0%)	6 (100,0%)	
Ninguém	5 (4,6%)	103 (95,4%)	
<b>Emagrecer?</b>			
Familiares	2 (7,4%)	25 (92,6%)	0,092*
Amigos	3 (14,3%)	18 (85,7%)	
Companheira	3(37,5%)	5 (62,5%)	
Profissional de saúde	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
Outro	1 (25,0%)	3 (75,0%)	
Ninguém	5 (4,9%)	98 (95,1%)	
<b>Consumir menos gordura?</b>			
Familiares	6 (12,5%)	42 (87,5%)	0,708*
Amigos	1 (7,1%)	13 (92,9%)	
Companheira	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
Profissional de saúde	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
Outro	0 (0,0%)	6 (100,0%)	
Ninguém	6 (6,7%)	83 (93,3%)	
<b>Consumir menos sal?</b>			
Familiares	6 (11,8%)	45 (88,2%)	0,100*
Amigos	1 (14,3%)	6 (85,7%)	
Companheira	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Profissional de saúde	1 (14,3%)	6 (85,7%)	
Outro	0 (0,0%)	4 (100,0%)	
Ninguém	4 (4,2%)	91 (95,8%)	
<b>Consumir menos álcool?</b>			
Familiares	6 (13,3%)	39 (86,7%)	<b>0,004*</b>
Amigos	2 (14,3%)	12 (85,7%)	
Companheira	2 (25,0%)	6 (75,0%)	
Profissional de saúde	2 (40,0%)	3 (60,0%)	
Outro	1 (12,5%)	7 (87,5%)	
Ninguém	1 (1,1%)	88 (98,9%)	
<b>Praticar atividade física?</b>			
Familiares	2 (4,8%)	40 (95,2%)	0,244*
Amigos	3 (7,1%)	39 (92,9%)	
Companheira	3 (30,0%)	7 (70,0%)	

Profissional de saúde	0 (0,0%)	9 (100,0%)
Outro	2 (22,2%)	7 (77,8%)
Ninguém	4 (6,7%)	56 (93,3%)

\*p=significância estatística pela razão de verossimilhança.

Com relação às atividades de vigilância à saúde realizadas nos últimos 12 meses e sua associação com estilo de vida, observou-se associação estatisticamente significativa somente com verificação da pressão arterial, conforme se expõe na tabela 6.

**Tabela 6:** Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Durante os últimos 12 meses você:	EVF		p
	Negativo	Positivo	
<b>Fez um exame geral de saúde?</b>			
Sim	3 (7,0%)	40 (93,0%)	0,707*
Não	11 (8,0%)	126 (92,0%)	
Não sei	0 (0,0%)	4 (100,0%)	
<b>Verificou a pressão arterial?</b>			
Sim	2 (2,4%)	81 (97,6%)	<b>0,023*</b>
Não	12 (12,5%)	84 (87,5%)	
Não sei	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
<b>Mediu o nível de colesterol?</b>			
Sim	1 (4,5%)	21 (95,5%)	0,644*
Não	12 (7,8%)	142 (92,2%)	
Não sei	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
<b>Mediu o nível de açúcar no sangue?</b>			
Sim	2 (7,4%)	25 (92,6%)	0,302*
Não	10 (6,8%)	137 (93,2%)	
Não sei	2 (25,0%)	6 (75,0%)	

\*p=significância estatística pela razão de verossimilhança

Concernente ao questionamento “Algum profissional de saúde disse que você tem: hipertensão, colesterol elevado, glicemia elevada ou excesso de peso” e sua relação com o estilo de vida, constatou-se que nenhuma das condições apresentou associação estatística com o desfecho.

**Tabela 7:** Associação entre ações de promoção da saúde e Classificação do estilo de vida de homens adultos jovens escolares de Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Algum profissional disse que você tem:	EVF		p
	Negativo	Positivo	
<b>Hipertensão?</b>			
Sim	0 (0,0%)	3 (100,0%)	0,504*
Não	13 (7,2%)	167 (92,8%)	
<b>Colesterol elevado?</b>			
Sim	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0,342*
Não	12 (6,8%)	165 (93,2%)	
<b>Alto nível de açúcar no sangue?</b>			
Sim	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0,421*
Não	12 (6,8%)	165 (93,2%)	
<b>Excesso de peso?</b>			
Sim	2 (12,5%)	14 (87,5%)	0,440*
Não	12 (7,1%)	156 (92,9%)	

\*p-valor para a razão de verossimilhança

Na análise univariada das ações de promoção da saúde apresentaram associação estatisticamente significativa com o estilo de vida fantástico ( $p < 0,05$ ): **Contato com mensagens sobre saúde em folhetos; influência de alguém para consumir menos álcool; verificou PA nos últimos 12 meses.**

Para serem incluídas na etapa de ajuste do modelo de regressão logística, as variáveis precisam apresentar significância estatística  $p < 0,20$ . Desta forma, mensagens sobre saúde em revistas, receber influência para deixar de fumar, emagrecer e consumir menos sal também foram selecionadas para a análise multivariada.

Identificadas as variáveis com  $p < 0,20$ , procedeu-se à análise multivariada, com a etapa de ajuste. Ao ser analisado o efeito das variáveis em blocos sobre o estilo de vida fantástico pelo bloco 1 (mensagens em folhetos ou revistas) permaneceu significativa a variável mensagem em folhetos, conforme exposto na tabela 8.

**Tabela 8:** Análise multivariada da leitura sobre saúde em folhetos ou revistas (BLOCO 1) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Variáveis	p*	OR	IC 95%
<b>Folhetos</b>			
No mínimo semanalmente	<b>0,045</b>	1,00	0,01-0,95
Raras vezes ou nunca		0,12	
<b>Revistas</b>			
No mínimo semanalmente	0,527	1,00	0,34-8,31
Raras vezes ou nunca		0,59	

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; IC: intervalo de confiança.

Posteriormente, analisou-se o efeito das variáveis do bloco 2 (influência de alguém para deixar de fumar, emagrecer, consumir menos sal, consumir menos álcool) sobre o EVF. Permaneceu significativa estatisticamente a variável consumir menos álcool e sua associação com o EVF.

**Tabela 9:** Análise multivariada da orientação para deixar de fumar e de beber (BLOCO 2) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Variáveis	p*	OR	IC 95%
<b>Deixar de fumar</b>			
Profissional da saúde	0,590	1,00	0,13-37,95
Outros		2,19	
<b>Emagrecer</b>			
Profissional da saúde	0,999	1,00	0,00-0,01
Outros		0,00	
<b>Consumir menos sal</b>			
Profissional da saúde	0,882	1,00	0,07-20,31
Outros		1,24	
<b>Consumir menos álcool</b>			
Profissional	<b>0,039</b>	1,00	0,02-0,90
Outros		0,13	

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

**Tabela 10:** Análise multivariada da verificação da PA nos últimos doze meses (BLOCO 3) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Variáveis	p*	OR	IC 95%
<b>Verificou PA</b>			
Sim	<b>0,029</b>	1,00	0,04-0,84
Não/Não sei		0,18	

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Na tabela 10 verificou-se que a variável do bloco 3 (verificação da PA nos últimos doze meses) permaneceu significativa.

**TABELA 11:** Modelo Final das variáveis intervenientes no estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Variável	p	OR	IC 95%
<b>Folhetos</b>			
No mínimo semanalmente	<b>0,041</b>	1,00	0,01-0,91
Raras vezes ou nunca		0,11	
<b>Consumir menos álcool</b>			
Profissional	0,065	1,00	0,87-89,04
Outros		8,81	
<b>Verificou PA</b>			
Sim	0,058	1,00	0,05-1,05
Não/Não sei		0,22	

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Na tabela 11 apresentam-se as variáveis que permaneceram no modelo final da análise. Realizou-se regressão logística múltipla com os blocos 1, 2 e 3, que apresentaram  $p < 0,05$  no ajuste entre os blocos. Nesta etapa final, detectou-se que consumir menos álcool e verificar a PA não mantiveram associação estatisticamente significativa, portanto foram retiradas do modelo, permanecendo apenas mensagens de saúde em folhetos.

**TABELA 12:** Modelo final da regressão logística. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

<i>Incluído</i>	<i>B (EP)</i>	<i>Intervalo de confiança de 95% para Exp b</i>		
		<i>Inferior</i>	<i>Exp b</i>	<i>Superior</i>
Constante	1,90 (0,30)*			
Mensagem em folhetos	2,35 (1,05)**	1,34	10,46	81,92

EP=erro padrão

Nota:  $R^2=0,00$  (Hosmer e Lemeshow), 0,05 (Cox & Snell), 0,12 (Nagelkerke).  $X^2$  do modelo= 9,11, \* $p<0,01$ , \*\* $p<0,05$ .

Como é possível observar na tabela 12, o modelo final da regressão foi composto pela constante e pela variável mensagem em folhetos.

Compreende-se que ler mensagem em folhetos no mínimo semanalmente proporciona 10,46 vezes mais chances de ter um estilo de vida fantástico positivo. Logo, esta variável aumenta o estilo de vida fantástico.

## 6 DISCUSSÃO

Após apresentação dos resultados e das inferências estatísticas procedeu-se à discussão deles, utilizando estudos similares que corroborassem ou confrontassem os resultados deste estudo, conforme apresenta-se a seguir.

Antes de iniciar a discussão, faz-se necessário comentar algumas limitações deste trabalho. Uma delas é o fato de se tratar de um estudo transversal que não permite verificar a relação de temporalidade entre o fator e o desfecho, nem a medida direta do risco, o que implica em prejuízo às inferências causais.

Utilizou-se questionário autoaplicável para avaliar o comportamento dos indivíduos no último mês, almejando que os resultados permitissem determinar a associação entre as ações de promoção da saúde e o estilo de vida.

Sabe-se que, dentre as prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, destaca-se a saúde da população masculina. Foi, portanto, com o intuito de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira e de contribuir, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade dessa população, pelo enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde que o Ministério da Saúde elaborou e instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009).

Brasil (2009) destaca que dentre os princípios defendidos por esta política destaca-se a orientação sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e enfermidades do homem. Como uma das diretrizes tem-se a integralidade, abrangendo a compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença.

Ressalta-se, ainda, que alguns dos objetivos são ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina e estimular nela o cuidado com sua saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2009).

Percebe-se, dessa forma, a necessidade de estudos que abordem o estilo de vida dos homens e seus fatores intervenientes, pois na contemporaneidade, o estilo de vida está susceptível à alimentação inadequada, que envolve refeições fora de casa, baixa adesão a alimentos saudáveis, possibilidade de alimentação em estabelecimentos próximos ao trabalho e nas cantinas escolares, e ao sedentarismo, impedindo ou dificultando um estilo de vida saudável.

Neste estudo verificou-se predominância da faixa etária de 20 a 22 anos. Estudo realizado com adultos jovens escolares, porém de ambos os sexos, detectou a mesma predominância, sugerindo como justificativa a proximidade desta faixa com a ideal para o período escolar em que se encontravam, 3º ano do ensino médio (SANTOS, 2012).

Existem poucos estudos realizados com homens e nestes, a faixa etária é, normalmente, a partir de 50 anos. Como exemplo, observa-se o estudo de Knauth, Couto e Figueiredo (2012), o qual identificou que os homens que procuram os serviços de saúde são divididos em duas categorias: 1) a dos trabalhadores, formada minoritariamente por homens entre 30 e 50 anos, exercendo atividade remunerada e que, por exigência da empresa, realizam a atualização do calendário vacinal no momento da admissão e exames de rotina durante o período de contrato; 2) os demais afirmam ter pouco tempo disponível para irem ao serviço de saúde.

A raça autorreferida predominante foi a não branca (pardos, mestiços, negros). Com relação ao estado civil, predominaram aqueles sem companheira (solteiros ou viúvos). A escolaridade dos pais predominante foi até oito anos de estudo. Quando interrogados se residiam em região de comunidade (favelas), a grande maioria respondeu que não. A maioria dos participantes referiu renda mensal familiar de até dois salários mínimos.

O estudo de Santos (2012) realizado com adultos jovens escolares também detectaram predominância da raça não branca, pois a população brasileira e miscigenada, e de indivíduos solteiros, fator possivelmente relacionado à faixa etária dos participantes em estudo.

Referente às características clínicas, a maioria afirmou ser etilista, enquanto a minoria fazia uso do tabaco. Detectou-se, ainda, que quase um terço deles não souberam dizer se eram hipertensos e/ou diabéticos. Concernente aos antecedentes familiares

clínicos, alguns não souberam responder. Dentre os que responderam, a maioria não apresentou história de infarto, obesidade, hipercolesterolemia, AVC e doenças cardíacas, e afirmou história de diabetes e hipertensão.

Quando interrogados sobre ações de promoção da saúde, a maioria negou participação em reunião ou atividade relativa a hábitos saudáveis; raras vezes ou nunca liam, ouviam ou viam mensagens sobre saúde em folhetos, jornais, rádios e revistas, exceto na televisão, na qual a maioria via, semanalmente, estas mensagens.

Em pesquisa realizada por Knauth, Couto e Figueiredo (2012), cujo objetivo foi avaliar as ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), e foi realizada em cinco municípios: Rio Branco-AC, Goiânia-GO, Petrolina-PE, Rio de Janeiro-RJ e Joinville-SC, evidenciou-se que em apenas um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) percebeu-se atividades de caráter de promoção e prevenção da saúde do homem. Notou-se também que não há ações continuadas voltadas à população masculina na faixa etária pesquisada (20 a 59 anos). Não foi possível identificar ações que contemplem efetivamente os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem e os determinantes sociais que convergem para vulnerabilidade aos agravos à saúde do homem.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) investigou a prática de atividade física, evidenciando que os homens e indivíduos mais jovens foram mais ativos e houve relação direta entre escolaridade e atividade física no lazer, e inversa entre escolaridade e atividade física no deslocamento. Um em cada cinco brasileiros não pratica qualquer atividade física, e um em cada três assistem, em média, 3 horas ou mais de televisão por dia. Knuth et al. (2011) sugerem que este resultado pode contribuir para que ações de promoção da saúde sejam veiculadas pela mídia televisiva para influenciar positivamente a qualidade de vida do telespectador.

A maioria dos participantes negou ter sofrido influência de qualquer pessoa para deixar de fumar, emagrecer, consumir menos gordura, menos sal, menos álcool ou realizar atividade física. Não obstante, verificou-se que a maioria não realizou exame geral da saúde, verificação de PA, glicemia ou colesterol.

Estudo feito por Palma et al. (2009) com o objetivo de identificar fatores associados ao consumo adequado de frutas, verduras e legumes, verificou maior consumo entre indivíduos de maior idade. Dessa forma, sugere-se que programas de intervenção com cunho na promoção da saúde sejam necessários entre indivíduos jovens e com consumo elevado de ácidos graxos saturados.

Em estudo transversal populacional com amostra aleatória de adultos jovens de Santo Antônio do Pinhal para identificar os padrões alimentares, foram encontrados três padrões de dietas: pobre, variada e gordurosa. A dieta pobre foi predominante na zona rural e entre pessoas de baixa renda e baixa escolaridade; para a dieta variada foi encontrada, em sua maioria, de moradores urbanos de melhor escolaridade. Enquanto para a dieta gordurosa revelou-se na maioria urbana, consumida por jovens com boa renda e escolaridade (FAULIN, 2005).

A clientela masculina está inserida, em sua maioria no mercado de trabalho, sendo isto apontado como um dos motivos para a baixa procura dos serviços de saúde por parte dos homens. Há o receio de ser penalizado no trabalho pelo fato de se ausentar para ir a uma consulta, mesmo com a apresentação de atestado. Assim, os homens acabam se afastando dos serviços de saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007), o fato de os homens procurarem menos os serviços de saúde está ligado a alguns fatores, tais como a ideia de que esta procura é atividade feminina, o trabalho, a dificuldade de acesso pelo fator não poder ausentar-se do trabalho e a falta de serviços de saúde voltados para o homem. Todos esses fatores contribuem para que o homem fique menos preocupado com sua saúde. O principal fator interveniente na busca pelo serviço de saúde, relatado pela população masculina é a falsa ideia de que o homem não adoece e não precisa de serviço de saúde. Existem também outros fatores culturais envolvidos, tais como o etilismo, tabagismo e a violência, que dificultam as ações de promoção da saúde.

Quando indagados sobre presença de excesso de peso, alto nível de glicemia, colesterol elevado ou hipertensão, identificada por algum profissional de saúde, a maioria os negou. Esta negação pode estar relacionada à baixa frequência de realização de exames de saúde, identificada neste estudo.

Nota-se a falta de informação por parte dos homens do estudo, sendo salutar a possibilidade maior de ações de promoção da saúde na escola, de consultas voltadas para o público masculino, bem como da ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde. Visualiza-se a necessidade de se pensar, planejar e compartilhar intervenções para melhoria das condições de vida dos homens adultos jovens.

De modo inicial, essa discussão já é abordada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, conforme exposto no eixo que se reporta à promoção da saúde, especialmente, as estratégias para aumentar a demanda de homens aos serviços de atenção primária à saúde (eixo II), e no eixo que diz respeito à implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem (eixo V).

Em estudo sobre fatores de risco para as doenças cardiovasculares com 217 homens, entre 20 e 49 anos, adscritos à Estratégia Saúde da Família em área urbana de Juiz de Fora-Minas Gerais, observou-se que o sobrepeso/obesidade foi o fator de risco de maior frequência. Os sedentários e irregularmente ativos fisicamente totalizaram 28%. O consumo de cigarros era hábito de 25,3% da população. Foram classificados como hipertensos 24% do total e 19,4% com pressão arterial limítrofe (VAN EYKEN; MORAES, 2009).

O estilo de vida dos participantes do presente estudo foi avaliado e classificado, identificando maioria com classificação positiva (excelente, muito bom ou bom).

Em pesquisa sobre o uso de indicadores para o monitoramento das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), evidenciou-se uma situação delicada no monitoramento dessas ações devido à falta de padronização na construção de indicadores e às limitações inerentes à disponibilização/acesso de dados, desagregados por faixa etária e sexo dos atuais sistemas de informação em saúde (MOURA; LIMA; URDANETA, 2012).

Nesse estudo, o estilo de vida foi avaliado pelo questionário “Estilo de Vida Fantástico”, proposto pelo Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska (1984), e validado para o português por Rodrigues-Añez, Reis e Petroski (2008).

Em consonância com Rodriguez-Añez, Reis e Petroski (2008), há evidências de que é apropriado o instrumento do questionário “Estilo de vida fantástico” na versão em português para a avaliação do estilo de vida de adultos jovens. No entanto, recomenda-se a utilização do questionário na atenção primária à saúde e em estudos epidemiológicos, pois foi demonstrado ser um instrumento para auxiliar os profissionais de saúde na orientação para mudanças no estilo de vida, no caso em mais ela de homens adultos jovens.

A seguir, discutem-se os achados dos entrecruzamentos das variáveis deste estudo com o estilo de vida fantástico.

Embora sejam poucos estudos encontrados na literatura que utilizaram o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, Rodriguez-Moctezuma et al. (2003) perceberam que a reprodutibilidade do instrumento é boa, mas alguns domínios possuem consistência fraca. Por esta razão é oportuno realizar estudos que abordem essa temática.

No presente estudo, evidenciou-se associação estatística da classificação do estilo de vida com a leitura sobre mensagens de saúde em folhetos ( $p = 0,022$ ), pois as pessoas podem manter ou adotar um estilo de vida saudável a partir de leituras com enfoque na promoção da saúde.

Estudo de Lema Soto et al. (2009) utilizou o instrumento *College Youth Lifestyle Questionnaire* (instrumento constituído por 11 domínios, a saber: exercício e atividade física, tempo de ociosidade, autocuidado, alimentação, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, sono, sexualidade, relações interpessoais, afrontamento, percepção do estado emocional e satisfação com o estilo de vida e estado geral de saúde) e observou elevada frequência de práticas saudáveis em todas as dimensões, com destaque para o não consumo do álcool.

Dessa forma, nosso estudo corroborou com o anterior, no tocante à relação estatisticamente significativa entre a classificação do estilo de vida e a influência de alguém para consumir menos álcool ( $p = 0,004$ ), pois percebeu-se que as pessoas no nosso entorno podem contribuir para nosso estilo de vida.

Observou-se associação estatística entre a classificação do estilo de vida fantástico e a verificação da pressão arterial nos últimos 12 meses ( $p = 0,023$ ). Ou seja, a preocupação em verificar a pressão arterial se associou com o Estilo de Vida Fantástico.

Consoante estudo realizado por Leite e Brigitte (2011) com 244 estudantes universitários da Escola de Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul entre maio e junho de 2010, com o objetivo de avaliar o estilo de vida de universitários, por intermédio do questionário “Estilo de Vida Fantástico”, observou-se que os homens apresentaram níveis sistólicos e diastólicos superiores aos das mulheres. Apenas 2% manifestaram pré-hipertensão.

A maior prevalência de hipertensão em homens tem sido observada em estudos nacionais e internacionais. Sorof et al. (2004), em estudo com escolares americanos, evidenciaram um risco relativo de 1,5 entre hipertensão e sexo, com maior risco para os homens.

Para Pardo-Torres e Núñez Gómez (2008), o estilo de vida compreende a maneira geral da pessoa viver, fundamentada nas condições de vida, o que, em um sentido mais amplo, envolve as maneiras de comportamento, determinada por fatores socioculturais e características individuais. Ou seja, um estilo de vida saudável sugere condutas e hábitos que influenciem positivamente a saúde de uma pessoa.

Dessa forma, compreende-se que uma das formas de manter o estilo de vida saudável é por meio de mensagens de saúde em folhetos. Em estudo realizado por Dinarés (2009), notou-se, que embora a promoção da saúde seja um conceito crítico no âmbito da saúde pública, com discrepâncias existentes entre a teoria e a prática, continuam a ser desenvolvidas estratégias de ação.

Acredita-se que o folheto como forma de comunicação em saúde, bem como a capacitação de profissionais de saúde para elaboração e implementação do material informativo com seu público, a partir de competências com foco na promoção da saúde pode produzir ótimos resultados para a população assistida.

Na pesquisa realizada por Sartorelli (2003) com 104 usuários, com a finalidade de avaliar o impacto de intervenção intensiva para mudança de estilo de vida em

indivíduos com sobrepeso em um Centro de Saúde-Escola em São José do Rio Preto-São Paulo, observou-se que o folheto explicativo sobre estilo de vida saudável mostrou-se efetivo na redução de peso, índice de massa corporal, pressão arterial, consumo de calorias e gorduras, bem como ocorreu aumento da prática de atividades físicas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, corroborando, nosso estudo, mostrou que as pessoas podem manter ou adotar um estilo de vida saudável a partir de leituras em folhetos com enfoque na promoção da saúde.

Verificou-se relação estatisticamente significativa entre a classificação do estilo de vida e influência de alguém para consumir menos álcool ( $p = 0,004$ ). Evidenciado que as pessoas que ingerem menor quantidade de álcool têm melhor estilo de vida.

Destaca-se a importância deste estudo ter sido desenvolvido com homens. Na pesquisa feita por Rosa et al. (2006) com amostra de 456 estudantes de 12 a 17 anos de escolas públicas e privadas do município de Niterói-Rio de Janeiro-Brasil, cujo objetivo foi estimar a prevalência de pré-hipertensão e pressão de pulso aumentada em escolares e verificar associação dessas duas condições com sexo, observaram que as chances de os meninos de 12 a 17 anos desenvolverem hipertensão eram nove vezes maiores em relação às meninas da mesma faixa etária.

Quando em adultos, Safar e Smulyan (2004) sugerem ser a discussão antiga em relação ao controle da pressão arterial entre os gêneros, possivelmente por envolver hormônios sexuais, manejo do sódio renal e resistência renal, favorecendo, de certa forma, as mulheres.

As demais variáveis deste estudo não apresentaram associação estatística com o estilo de vida.

A Escola e a Estratégia de Saúde na Família podem desenvolver uma parceria útil para trabalhar as ações de promoção da saúde e o estilo de vida saudável com olhar diferenciado. A prevenção de agravos a estes adultos jovens masculinos trazem grandes benefícios sociais e econômicos, além da possibilidade de melhoria da qualidade de vida destes homens na velhice.

Estas intervenções acarretariam menos custos ao Estado e ao próprio homem, gerando menos internações e óbitos em decorrência do estilo de vida inadequado e da ausência de ações de promoção da saúde nessa parcela da população.

## 7 CONCLUSÕES

A análise dos dados obtidos possibilitou verificar que:

Em relação às características sociodemográficas dos homens adultos jovens das escolas de Maracanaú avaliados, houve predomínio da faixa etária de 20 a 22 anos, não brancos, com escolaridade cursando o terceiro ano do ensino médio, sem companhia, com escolaridade materna/paterna de até oito anos de estudo e renda mensal de até dois salários mínimos.

No tocante às características clínicas, a maioria era etilista, não tabagista, mais da metade de não diabéticos ou hipertensos e um terço não sabia informar as doenças mencionadas. Sobre os antecedentes familiares clínicos de homens adultos jovens, a maior parte não sabia possuir antecedentes familiares com IAM e obesidade, mais de um terço possuía doenças cardíacas, mais da metade possuía antecedentes familiares com hipertensão e pouco menos da metade com diabetes.

Em relação à participação de homens adultos jovens escolares em reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, dentre outros nos últimos doze meses um quarto participou. Verificou-se que quase a metade mencionou ter assistido mensagens sobre saúde na televisão.

A maioria dos homens respondeu negativamente, para verificação de colesterol, glicemia capilar, verificação pressão arterial e realização do exame geral de saúde nos últimos doze meses. Verificou-se que na minoria algum profissional de saúde informou sobre presença de problemas de saúde.

A maioria dos homens adultos jovens classificou de maneira positiva o questionário Estilo de Vida Fantástico.

No entrecruzamento entre ações de promoção da saúde e classificação do estilo de vida fantástico, observou-se associação estatística da classificação do estilo de vida fantástico com a leitura sobre mensagens de saúde em folheto, com a influência de alguém para consumir menos álcool e com a verificação da pressão arterial nos últimos 12 meses.

Faz-se necessário comentar algumas limitações deste trabalho. Uma delas é o fato de se tratar de um estudo transversal, pois não permite constatar a relação de temporalidade entre o fator e o desfecho, nem a medida direta do risco, o que implica em prejuízo às inferências causais. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados com cautela.

Ao longo do estudo, muitas foram as dificuldades vivenciadas: pelo fato de ser uma população adulta jovem, na qual a maioria estudava à noite e a coleta ser realizada em um região metropolitana de Fortaleza: Problemas de acesso para chegar a algumas escolas; barreiras funcionais para a marcação da coleta pelo calendário da escola que teve greve, férias dos alunos; greve dos professores, e entre outros.

Torna-se necessário que outros estudos abordando a saúde do homem nos diversos cenários da saúde coletiva sejam desenvolvidos. É essencial a percepção de que o processo saúde-doença-cuidado envolve uma complexa teia de serviços, onde os saberes e as ações intersetoriais são fundamentais para o sucesso das práticas de promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A.P.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 9-17, 2009.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, sup. 2, p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal 2002/2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. *Cadernos de atenção básica*. n. 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>

BUSTOS, P. et al. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular em adultos jóvenes. **Rev. Med. Chile**, Santiago, v. 131, n. 9, p. 973-980, 2003.

COURTENAY, W. H.; KEELING, R. P. Men, Gender, and Health: Toward an Interdisciplinary Approach. **J Am Coll Health**. v. 48, n. 6, p. 243-6, 2000.

COURTENAY, W. H. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**. v. 50, n. 1, p. 1385-1401, 2007.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. (Org.) **Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 687-706.

COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O. A.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.O homem na atenção primária à saúde: discutindo(in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero.**Interface Comun Saúde Educ**,v. 14, n. 33, p. 257-70, 2010.

CSEF. Canadian Society for Exercise Physiology. **The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's guide to health active living**. 2nd ed. Ottawa: CSEF, 2003.

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: Artmed: Pan-Americana, v. 3, p. 49-76, 2008.

DINARÉS, C. G. **Comunicar com saúde: análise da comunicação expressa nos folhetos de informação aos diabéticos**.2009. Dissertação (Programa de Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, 2009.

DBH. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, VI. **Rev. Bras Hipertensão**, abr./2010.

FAULIN, E. J. B. **Padrões alimentares e características biológicas, sociais e comportamentais de adultos: um estudo populacional em Santo Antônio do Pinhal**. 2005. Dissertação. (Programa do Departamento de Nutrição. Faculdade de Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FIGUEIREDO, W. Assistência à Saúde dos Homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-9, jan./mar. 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

GOMES, G.; MOREIRA, M. C. N.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S.; COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p.983-92, 2011.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. São Paulo: Roca, 2004.

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

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel.php>. Acesso em 01 mar 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

KIMMEL, M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. **Isis internacional - Ediciones de las mujeres** (Santiago). v. 17, p. 129-38, 1992.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-26, 2012.

KNUTH, A. G.; MALTA, D. C.; DUMITH, S. C.; PEREIRA, C. A.; MORAIS NETO, O. L.; TEMPORÃO, J. G. *et al.* Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3697-3705, 2011.

KRIEGER N. A glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, n. 55, p. 693-700, 2001.

LEITE, T. R. A.; BRIGITTE, R. M. S. Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 9, n. 27, 2011.

LEMA SOTO, L. F.; SALAZAR TORRES, I. C.; VARELA ARÉVALO, M. T.; TAMAYO CARDONA, J. A.; RUBIO SARRIA, A.; BOTERO POLANCO, A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. **Pensamiento Psicológico**, v. 5, n. 12, p. 71-88, 2009.

LIRA, M.T. *et al.* Prevenção cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: um análisis crítico del estado actual. **Rev. Med. Chile.**, Santiago, v. 134, n. 2, p. 223-230, 2006.

MOURA, E. C.; LIMA, A. M. P.; URDANETA, M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral

à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2597-2606, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital**. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**. Publicado on line em 9 de maio de 2011.

PALMA, R. F. M.; BARBIERI, P.; DAMIÃO, R.; POLETTO, J.; CHAIM, R.; FERREIRA, S. R. G.; et al. Fatores associados ao consumo de frutas, verduras e legumes em Nipo-Brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 12, n. 3, p. 436-45, 2009.

PARDO-TORRES, M. P.; NÚÑEZ GÓMEZ, N. ARTURO. Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. **Aquichan**, v. 8, n. 2, p. 266-284, Chía, 2008.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. **Rev. Associação médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 157-161, 2006.

REIS, J.; FRADIQUE, F.S. Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.19, n. 1, p.47-57, 2003.

RODRIGUEZ-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. 102-9, 2008.

RODRIGUEZ-MOCTEZUMA, J. R.; LÓPEZ-CARMONA, J. M.; MUNGUÍA-MIRANDA, C.; HERNÁNDEZ-SANTIAGO, J. L.; MARTÍNEZ-BERMÚDEZ, M. Validez y consistencia del instrumento “FANTASTIC” para medir estilo de vida en diabéticos. **Rev Med IMSS**.v. 41,n. 3, p. 211-20, 2003.

ROSA, M. L. G.; FONSECA, V. M.; OIGMAN, G.; MESQUITA, E. T. Pré-hipertensão arterial e pressão de pulso aumentada em adolescentes: prevalência e fatores associados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 1, p. 46-53, São Paulo, julho, 2006.

SAFAR, M. E.; SMULYAN, H. Hypertension in women. **American Journal of Hypertension**, v. 17, n. 1, p. 82-87, 2004.

SANTOS, J. C. **Análise da obesidade em adultos jovens escolares**: subsídio à educação em saúde pelo enfermeiro. 2012. 109f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

SARTORELLI, D. S. **Estudo de intervenção nutricional aleatorizado em adultos com sobrepeso em unidade básica de saúde**. 2003. 116f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1 (supl.1), p. 1-51, 2010.

SOROF, J. M.; LAI, D.; TURNER, J.; POFFENBARGER, T.; PORTMAN, R. J. Overweight, Ethnicity, and the Prevalence of Hypertension in School-Aged Children. **Pediatrics**. v. 113, p. 475-82, 2004.

TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). **Health and Social Organization**. London: Routledge, p. 71-93, 1996.

VAN EYKEN, E. B.B.D.O.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 111-123, 2009.

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

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A: Questionário

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO(CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS):

	QUESTÃO	RESPOSTA
Nome: _____ Série: _____ Turma: _____ Escola: _____ Endereço: _____ Data de nascimento: ___/___/_____ Fone: _____ Celular: _____		
<b>SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (SSE):</b>	1	
Idade: _____ anos		
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	2	
Raça: (1)branco (2) negro (3) mestiço (4) mulato	3	
Estado Civil: (1) solteiro (2) casado (3) união estável (4) separado (5) viúvo	4	
Tem filhos? (1) Sim; (2) Não	5	
Quantos: _____	6	
Com quem mora? _____	7	
Quantas pessoas residem no seu domicílio? _____	8	
Profissão além de estudante: _____	9	
Você teve alguma outra ocupação além dos estudos nos últimos 12 meses?	10	
Se sim qual? _____	11	

Com base no último ano, qual a renda média mensal da sua família?	12	
(1) Sem renda		(5) de 4 a 6 salários mínimos
(2) Até 1 salário mínimo		(6) de 6 a 10 salários mínimos
(3) de 1 a 2 salários mínimos		(7) acima de 10 salários mínimos
(4) de 2 a 4 salários mínimos		

Com base no último ano, qual a sua renda média mensal?	13	
(1) Sem renda		(5) de 4 a 6 salários mínimos
(2) Até 1 salário mínimo		(6) de 6 a 10 salários mínimos
(3) de 1 a 2 salários mínimos		(7) acima de 10 salários mínimos
(4) de 2 a 4 salários mínimos		

Qual a especialização do seu trabalho: (1)qualificada (2) não qualificada	14	
Escolaridade dos pais (em anos de estudo): Pai _____	15	
Mãe _____	16	
Mora em região de favela? 1)Sim ( ) 2)Não ( )	17	

### HISTÓRIA DE DOENÇA

Você é hipertenso (tem pressão alta)? ( )Sim ( )Não ( )Não sei	18	
Você é diabético (tem açúcar no sangue)?( )Sim ( )Não ( )Não sei	19	
Faz ou já fez tratamento para a hipertensão?	20	
(1) Fiz mais parei		
(2) Sim faço tratamento com uso regular de medicação		
(3) Sim faço tratamento, contudo, não uso regularmente a medicação devido a efeitos colaterais		
(4) Sim faço tratamento, contudo, não uso regularmente a medicação devido a dificuldades de adquirir ou comprar		
(5) Sim faço tratamento, contudo, sem uso de medicação		

(6) Nunca fiz tratamento

Faz ou já fez tratamento para diabetes? 

21	
----	--

- (1) Fiz mais parei  
 (2) Sim faço tratamento com uso regular de medicação  
 (3) Sim faço tratamento, contudo, não uso regularmente a medicação devido a efeitos colaterais  
 (4) Sim faço tratamento, contudo, não uso regularmente a medicação devido a dificuldades de adquirir ou comprar  
 (5) Sim faço tratamento, contudo, sem uso de medicação  
 (6) Nunca fiz tratamento

## 2. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇAS

Há caso(s) de <u>pressão alta</u> na sua família: (1) Sim (2) Não (3) Desconhece	22	
Se Sim qual o parentesco: _____	23	
Há caso(s) de <u>doenças do coração</u> na sua família: (1) Sim (2) Não (3) Desconhece	24	
Se Sim qual o parentesco: _____	25	
Há caso(s) de <u>Acidente Vascular Cerebral (AVC)</u> na sua família:		
(1) Sim (2) Não (3) Desconhece	26	
Se <b>Sim</b> qual o parentesco e com que idade: _____	27	
Há caso(s) de <u>diabetes</u> na sua família: (1) Sim (2) Não (3) Desconhece	28	
Se Sim qual o parentesco: _____	29	
Há caso(s) de <u>colesterol alto</u> na sua família: (1) Sim (2) Não (3) Desconhece	30	
Se Sim qual o parentesco: _____	31	
Há caso(s) de <u>obesidade</u> na sua família: (1) Sim (2) Não (3) Desconhece	32	
Se Sim qual o parentesco: _____	33	
Há caso(s) de <u>infarto</u> na sua família: (1) Sim (2) Não (3) Desconhece	34	
Se Sim qual o parentesco: _____	35	

## 3. AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Durante os últimos 12 meses participou de alguma conferência, reunião ou algum outro tipo de atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, etc.?( )Sim  
 ( )Não

	36	
Durante os últimos 12 meses quantas vezes, leu, viu ou escutou mensagens sobre problemas de saúde: (1) semanal (2) mensal (3) raras vezes ou nunca		
Em folhetos ( )	37	
Por televisão ( )	38	
Por rádio ( )	39	
Em jornais ( )	40	
Em revistas ( )	41	
Durante conferências e reuniões ( )	42	

Alguma das seguintes pessoas exerceu influência positiva sobre sua saúde nos últimos 12 meses?

(1) familiares (2) amigos (3) companheiros (4) prof. De saúde (5) outros (6) Ninguém

Para deixar de fumar ( )	43	
Emagrecer ( )	44	
Comer menos gordura ( )	45	
Usar menos sal ( )	46	
Beber menos álcool ( )	47	
Praticar alguma atividade física ( )	48	

**Durante os últimos 12 meses você:**

Fez um exame geral de saúde ?	(1) sim (2) não (3) não sei	49	
Verificou a pressão arterial?	(1) sim (2) não (3) não sei	50	
Mediu o nível de colesterol	(1) sim (2) não (3) não sei	51	
Mediu o nível de açúcar no sangue?	(1) sim (2) não (3) não sei	52	

**Algum profissional de saúde disse que você tem**

Hipertensão arterial:	(1)sim (2)não	53	
Colesterol elevado:	(1)sim (2)não	54	
Alto nível de açúcar no sangue:	(1)sim (2)não	55	
Excesso de peso:	(1)sim (2)não	56	

**4. EXAME FÍSICO**

1ª PAS	57	
1ª PAD	58	
2ª PAS	59	
2ª PAD	60	
Peso atual	61	
Estatutura atual	62	
CA	63	
CQ	64	

### **APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “ESTILO DE VIDA MASCULINO E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLARES ADULTOS JOVENS”. Com a mesma, pretendemos analisar a associação entre a participação em ações de promoção da saúde e o estilo de vida de escolares adultos jovens do sexo masculino, e, para isto, iremos: caracterizar sociodemográfica e clinicamente escolares adultos jovens do sexo masculino de um município da rede metropolitana de Fortaleza-Ceará-Brasil; descrever o estilo de vida destes escolares adultos jovens; identificar as ações de promoção da saúde nas quais os escolares adultos jovens do sexo masculino participaram; averiguar a existência de associação estatística ente as ações de promoção de saúde, as características descritas e o estilo de vida da clientela em estudo.

Assim, gostaríamos de convidá-lo a participar do estudo, permitindo que lhe possamos fazer questionamentos organizados em um questionário e proceder a mensuração de algumas variáveis, como pressão arterial, peso, circunferência abdominal e índice de massa corporal. Informamos que a pesquisa não traz riscos à sua saúde e que você tem o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou desistir de participar, mesmo após a aplicação a aplicação do questionário, se assim o desejar, sem nenhum prejuízo moral, físico ou social e sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo financeiro e/ou em seu tratamento e acompanhamento.

Os dados coletados serão divulgados, no entanto, é garantido o sigilo sobre sua identidade ou sobre qualquer informação que possa identifica-lo. Se necessário, pode entrar em contato comigo, Francisco Antonio da Cruz Mendonça, telefone (85) 8786-9708, ou com a orientadora da pesquisa, Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira, nos telefones (85) 3101-9806.

O Comitê de ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85) 31019890 – Endereço Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza-Ceará.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

---

Assinatura do pesquisador

#### **Consentimento esclarecido**

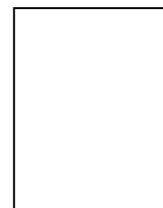
Declaro que após ser esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa “ESTILO DE VIDA MASCULINO E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLARES ADULTOS JOVENS” e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Dados do (a) entrevistado (a):

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Maracanaú, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

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
	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
Cigarro e drogas	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável.	Mais de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
	Fumo cigarros.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos
Álcool	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas").	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
	Minha ingestão média por semana de álcool é ___ doses (ver explicação).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
Tipo de comportamento	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca
Instropeção	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
Trabalho	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
Trabalho	Pratico sexo seguro (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Penso de forma positiva e otimista.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Trabalho	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

### Instruções

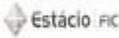
Dieta balanceada (para pessoas com idade de 4 anos ou mais).

Pessoas diferentes necessitam de diferentes quantidades de comida. A quantidade de comida necessária por dia dos quatro grupos de alimentos depende da idade, do tamanho corporal, do nível de atividade física, do sexo e do fato de estar grávida ou amamentando. A tabela a seguir apresenta o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos. Por exemplo, crianças podem escolher o número menor de porções, ao passo que adolescentes do sexo masculino podem optar por um número maior de porções. Para a maioria das pessoas, o número intermediário será suficiente.

Grãos e cereais	Frutas e vegetais	Derivados do leite	Carnes e semelhantes	Outros alimentos
Escolha, com maior frequência, grãos integrais e produtos enriquecidos.	Escolha, com maior frequência, vegetais verde-escuros e alaranjados.	Escolha produtos com baixo conteúdo de gordura.	Escolha, com maior frequência, carnes magras, aves e peixes, assim como ervilhas, feijão e lentilha.	Outros alimentos que não estão em nenhum dos grupos apresentam altos teores de gordura e calorias, e devem ser usados com moderação.
Porções recomendadas por dia				
5-12	5-10	Crianças (4-9 anos) 2-3 Jovens (10-16 anos) 3-4 Adultos 2-4 Grávidas e amamentando 3-4	2-3	

Álcool - 1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml); Sexo seguro - Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção.

**ANEXO B: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

Ofício N.º 014/2012 Fortaleza 06 de agosto de 2012

Protocolo do CEPESTÁCIO - FIC: 014/2012  
Pesquisador responsável: IZMÊNIA DE CARVALHO BRASILEIRO  
Título do Projeto: Nível de atividades físicas e "estilo de vida saudável" de escolares adultos jovens com alto e baixo risco cardiovascular de Maracanaú-Ce

Livamos ao conhecimento de V. Sa que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEPEstácio-FIC) da Faculdade Estácio-FIC dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 15 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 30 (trinta) de maio do ano corrente.

Outrossim, gostaríamos de relembrar que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
2. O pesquisador deve desmover a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEPEstácio-FIC, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
3. O CEPEstácio-FIC deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPEstácio-FIC de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
5. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEPEstácio-FIC ao término do estudo.

  
Rogério da Silva e Souza  
Presidente do CEPEstácio - FIC