

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LAÍS EVÊNIO BERNARDES

**INVESTIGAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS EM UNIVERSITÁRIOS**

PICOS-PI

2012

LAÍS EVÊNCIO BERNARDES

**INVESTIGAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS EM UNIVERSITÁRIOS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros no período de 2012.1, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Roberta Vilarouca da Silva

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

B518i Bernardes, Laís Evêncio.
 Investigação de fatores de risco para doenças crônicas não
 transmissíveis em universitários / Laís Evêncio Bernardes. –
 2012.
 CD-ROM : il. ; 4 ¼ pol. (54 p.)

 Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
 Federal do Piauí, Picos, 2012.
 Orientador(A): Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva

 1. Fatores de Risco. 2. Estudantes de Enfermagem. 3.
 Estilo de Vida. I. Título.

CDD 616.462 72

LAÍS EVÊNCIO BERNARDES

**INVESTIGAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros no período de 2012.1, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 30/10/2012

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr^a Ana Roberta Vilarouca da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI
Presidente da Banca



Prof. Dr^a Luisa Helena de Oliveira Lima
Universidade Federal do Piauí – UFPI
1^o. Examinador



Prof. Ms. Gerdane Celene Nunes Carvalho
Universidade Estadual do Piauí – UESPI
2^o. Examinador

DEDICATÓRIA E GRATIDÃO ESPECIAL

A Deus,

Pelo seu amor absoluto, pela sua compaixão, pela sua graça, pela sua bondade, que estão sempre presentes, sustentando-me nos momentos mais difíceis e por não me deixar esquecer que o Senhor me habita e é a força que dá vida a minha alma. Dedico-te minha profissão.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais e irmãos:

José Bernardes de Lima sobrinho, Jocileide Maria Luz Bernardes, Teodoro Bernardes de Lima Neto e Victor Daniel Evêncio Bernardes pelo apoio que me foi dado e por acreditarem na minha capacidade quando nem eu mesma acreditava.

DEDICATÓRIA

A MINHA MÃE

Jocileide Maria Luz Bernardes

AO MEU PAI

José Bernardes de Lima Sobrinho

AOS MEUS IRMÃOS

Teodoro Bernardes de Lima Neto
Victor Daniel Evêncio Bernardes

DEMAIS AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus mestres pelos ensinamentos que foram repassados sempre com muita dedicação. Em especial a: **Prof^ªÉdina Rodrigues Araújo de Oliveira, Prof^ªGivaneide Andrade de Oliveira Luz, Prof^ªLaura Maria Feitosa Formiga, Prof^ª Ana Larissa Gomes Machado, Prof^ªLuisa Helena de Oliveira Lima, Prof^ªKellya Rhawyllssa Barros Luz, Prof^ª Francisca Tereza de Galiza, Prof^ª Ana Karla Sousa de Oliveira e Prof^ª Patrícia Lima de Barros.**

À professora **Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva** pela confiança que me foi depositada durante a vida acadêmica, pelos conselhos que foram dados em momentos difíceis, por ter se disposto a me orientar na construção desse trabalho, e principalmente pela paciência nessa reta final. Muito obrigada!

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - GPESC – que muito me ajudaram: Ionara de Moura Holanda, Jonathan Veloso Costa, Loisláyne Barros Leal, Juliana Gonçalves da Silva, Amurab Santiago de Carvalho Mendes, Alane da Silva Torres e Karla Nayana Carvalho Santos.

“Deus encarregará seus anjos de guardar-te em todos os teus caminhos. Eles te sustentarão em suas mãos, para que não tropeces em alguma pedra”

(Salmo 91, 11-12)

RESUMO

Nas últimas décadas vêm ocorrendo uma mudança no perfil epidemiológico, principalmente nos países em desenvolvimento, passando da predominância de doenças infecto contagiosas para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, nesse contexto ganham destaque o Diabetes Mellitus tipo 2, a obesidade e as doenças cardiovasculares. Os principais fatores de risco associados a estas patologias estão relacionados ao estilo de vida e são passíveis de modificação. Este estudo teve como objetivo identificar fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em acadêmicos de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior de Picos – PI. Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado com 206 acadêmicos de Enfermagem. A coleta de dados aconteceu em sala reservada para tal finalidade na referida instituição nos meses de março e abril de 2012, onde foi utilizado um formulário com as seguintes variáveis: nome, idade, renda, classe econômica, sexo, peso, altura, Índice de Massa Corpórea, Circunferência Abdominal, níveis pressóricos, dados relativos aos hábitos alimentares, estilo de vida e alimentação. Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da pesquisa em Seres Humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí conforme o protocolo CAAE 0427.0.045.000-11. Os dados foram organizados por meio dos *softwares Excel 8.0* e processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0. Foram avaliados 206 acadêmicos de ambos os sexos, onde 75,2% eram do sexo feminino. Os participantes tinham idade compreendida entre 18 a 40 anos com média de 21,38 anos. Em relação à classe econômica 35,5% dos universitários foram considerados como pertencentes à classe B2. Quanto à circunferência abdominal 76,21% foram classificados como normais e 23,8% apresentam risco para doenças cardiovasculares. Em relação aos níveis pressóricos 6,3% apresentavam níveis limítrofes e 3,4% tiveram sua pressão arterial enquadrada em algum dos estágios de hipertensão arterial. Quanto à classificação do IMC, 71,4% da amostra foi considerada como normal e 21,8% apresentaram excesso de peso. A maioria dos universitários foi classificada como sedentários, com 79,1% do total da amostra. Entre os universitários 97,1% foram classificados como não fumantes e 51,9% afirmaram fazer uso de bebida alcoólica. Em relação aos antecedentes familiares de DCNT 71,4% da amostra tem algum familiar com Hipertensão Arterial Sistêmica. Quando indagados sobre os hábitos alimentares 84% do total da amostra afirmaram fazer uso de margarina ou gordura animal. Com base nas informações obtidas espera-se que intervenções possam direcionar essas práticas de hábitos e vida saudáveis, pois as DCNT em face das transições aqui apresentadas determinam perfil de risco que passa a incidir sobremaneira na vida da população brasileira, alterando não somente a forma de vida desta população, mas as condições a que estão inseridos.

Palavras-chave: Fatores de Risco. Estudantes de Enfermagem. Estilo de vida.

ABSTRACT

In recent decades have occurred a change in the epidemiological profile, especially in developing countries, through the predominance of infectious diseases for Chronic Noncommunicable Diseases in this context are highlighted Diabetes mellitus type 2, obesity and cardiovascular disease. The main risk factors associated with these diseases are related to lifestyle and are subject to change. This study aimed to identify risk factors for Chronic Noncommunicable Diseases in nursing students of a Higher Education Institution Surge - PI. This is a descriptive and cross conducted with 206 nursing students. Data collection took place in a room set aside for this purpose in that institution in March and April 2012, where it was used a form with the following variables: name, age, income, social class, gender, weight, height, Index Body Mass Index, Waist Circumference, pressure levels, data on dietary, lifestyle and nutrition. We met the requirements of the Guidelines and Standards Research on Humans. The project was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal do Piauí per protocol CAAE 0427.0.045.000-11. Data were organized through the Excel 8.0 software and processed in the program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 17.0. We evaluated 206 students of both sexes, where 75.2% were female. Participants were aged between 18 to 40 years with a mean of 21.38 years. Regarding economic class 35.5% of university students were considered as belonging to the class B2. As for abdominal circumference 76.21% were classified as normal, 23.8% are at risk for cardiovascular disease. In relation to blood pressure levels were 6.3% and 3.4% had borderline your blood pressure framed in any of the stages of hypertension. Regarding the classification of BMI, 71.4% of the sample was considered as normal and 21.8% were overweight. Most students were classified as sedentary, with 79.1% of the total sample. Among the university 97.1% were classified as non-smokers and 51.9% reported making use of alcoholic beverages. Regarding family history of NCD 71.4% of the sample has a relative with Hypertension. When asked about dietary habits 84% of the total sample said they do use margarine or animal fat. Based on the information obtained is expected that interventions can address these practices and healthy living habits, because NCDs in the face of the transitions presented here determine risk profile that happens to focus excessively on the life of the Brazilian population, changing not only the way life of this population, but the conditions to which they belong.

Keywords: Risk Factors. Nursing Students. Lifestyle.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto as variáveis socioeconômicas de universitários. Picos – PI, mar./ abr. 2012.

TABELA 2 – Distribuição das informações quanto as variáveis clínicas e de estilo de vida dos universitários. Picos – PI, mar./abr. 2012.

TABELA 3 – Dados referentes aos antecedentes familiares de DCNT dos universitários. Picos – PI, mar./abr. 2012.

TABELA 4 – Distribuição da amostra com relação a hábitos alimentares. Picos – PI, mar./abr. 2012.

TABELA 5 – Caracterização das variáveis clínicas, antropométricas e de estilo de vida e sua relação com o sexo dos universitários. Picos-PI, mar./abr., 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA – Circunferência abdominal

CCEB – Critérios de Classificação Econômica do Brasil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IES – Instituição de Ensino Superior

IMC – Índice de massa corporal

PA – Pressão arterial

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral	17
2.2 Específicos	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de estudo	25
4.2 Local e período de realização do estudo	25
4.3 População e amostra	25
4.4 Coleta de dados	27
4.5 Análise dos dados	28
4.6 Aspectos éticos e legais	29
5 RESULTADOS	30
6 DISCUSSÃO	36
7 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	45
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, devido ao aumento da industrialização, à maior taxa de urbanização, maior consumo de dietas hipercalóricas, e outros fatores relacionados a mudanças no estilo de vida, vêm ocorrendo uma transição no perfil epidemiológico, passando da predominância de doenças infectocontagiosas para uma maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

De ocorrência multifatorial as DCNT, conhecidas por possuírem uma história natural prolongada e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (FERREIRA; AYDOS, 2010), são responsáveis por milhares de mortes todos os anos, tendo como principais representantes Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares, obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e câncer. Essas afecções caracterizam-se pelo incipiente estado do conhecimento sobre os mecanismos etiológicos e fisiopatológicos que levam ao seu surgimento e desenvolvimento. Contudo, estudos epidemiológicos têm mostrado, consistentemente, uma relação entre determinados fatores e essas doenças (VERAS et al., 2007).

Em 2008 as DCNT foram responsáveis por 63% das mortes no mundo inteiro, 36 milhões, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por 17 milhões de mortes e o diabetes por 1,3 milhões. Nesse mesmo ano observou-se que quase 80% das mortes por doenças crônicas não transmissíveis ocorreram em países de baixa e média renda (WHO, 2011).

Dentre estas DCNT destaca-se o DM2, sendo que os principais fatores que favorecem o seu desenvolvimento podem ser divididos em de risco não modificável e de risco modificável. Integrando o primeiro grupo estão: história família; idade igual ou superior a 45 anos; DM gestacional prévio; história de macrosomia fetal; história de abortos de repetição ou mortalidade perinatal. No segundo grupo pode-se incluir: excesso de peso, com Índice de Massa Corpóreo (IMC) igual ou superior 25 Kg/m²; sedentarismo; HDL-c baixo ou triglicerídeos elevados; hipertensão arterial e uso de medicação hiperglicemiante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2001).

Para caracterizar uma pessoa com excesso de peso ou obesidade pode-se utilizar uma medida antropométrica, que é o Índice de Massa Corporal (IMC), e a circunferência abdominal, que se correlaciona com a quantidade de gordura intra-abdominal, ou seja, a quantidade de tecido visceral (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Assim, como o DM2 a hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, dificuldades no seu controle, além de também ser reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. A HAS tem causa desconhecida, na maioria dos casos, porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos (MOLINA et al., 2003).

No inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos crônicos não transmissíveis realizado com a população de quinze anos ou mais em quinze capitais e Distrito Federal, as prevalências de excesso de peso encontradas ultrapassaram 40% em algumas capitais. Não foi observado padrão característico na frequência de insuficientemente ativos entre as regiões, sendo a prevalência maior de inatividade física em João Pessoa (54,5%), e as mulheres apresentaram índices mais elevados que os homens (BRASIL, 2004). Relatório feito pela Organização Mundial de Saúde mostrou que globalmente 31% dos adultos com quinze anos ou mais foram insuficientemente ativos (28% homens e 34% mulheres) (WHO, 2011).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT são os de natureza modificável, compondo esse grupo estão o uso nocivo do álcool, dieta alimentar pouco saudável, tabagismo e níveis insuficientes de atividade física (WHO, 2011). Então com base nos fatores de risco comuns pode-se observar que a aquisição de uma dessas doenças pode desencadear as outras, e vice-versa.

Deste modo o estudo torna-se relevante, pois através da identificação dos fatores de risco para DCNT, pode-se criar programas e desenvolver ações de prevenção a fim de proporcionar hábitos mais saudáveis de vida e com isso diminuir a incidência dessas doenças. O enfermeiro possui papel ímpar nessas atividades preventivas, pois suas ações são baseadas em educação em saúde, que é um recurso por meio do qual o conhecimento científico produzido na área da saúde atinge o cotidiano das pessoas, uma vez que ele se constitui em dotar a população de conhecimento acerca dos condicionantes do processo saúde doença, oferecendo assim recursos para que esses indivíduos possam fazer opções e tomar decisões relacionadas à adoção de novos hábitos e condutas de saúde, melhorando assim a sua qualidade de vida.

Nesse contexto a população de acadêmicos de enfermagem ganha destaque, já que as DCNT estão acometendo pessoas cada vez mais jovens, e quanto antes esses fatores de risco forem identificados, mais cedo ocorrerão as intervenções sobre os mesmos, além do que o

ensino superior tem um papel fundamental na adoção de planos e ações preventivos para proporcionar ao graduando a possibilidade de modificar a comunidade onde esta inserido.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em acadêmicos de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior de Picos – PI.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população a ser estudada quanto as variáveis sócio-econômicas;
- Analisar os dados antropométricos e clínicos;
- Conhecer os hábitos cotidianos relacionados à atividade física, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo e histórico familiar de DCNT da amostra.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As DCNT configuram importante problema de saúde coletiva no Brasil, pelas elevadas prevalências, pelas complicações agudas e crônicas a que dão origem e por serem em geral de longa duração estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando custos diretos e indiretos ao Sistema Único de Saúde e a nação como um todo em decorrência dos gastos ambulatoriais, do aumento do número de internações, aposentadorias precoces e perda de produtividade (BRASIL, 2005).

O século XXI vem sendo marcado pela mudança que ocorreu no perfil de algumas doenças da população em face da transição demográfica, nutricional e também epidemiológica.

De acordo com Malta (2009) a transição epidemiológica deve ser compreendida como uma mudança no perfil de morbimortalidade, onde se constata que houve uma redução de doenças classificadas com infecto contagiosas e um aumento considerável nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que, ao se analisar a prevalência desta por região, percebe-se uma diferença significativa, decorrente, pois, das características socioeconômicas.

É preciso ressaltar que essa mudança no perfil dessas DCNT pode ser atribuída a alguns fatores que contribuíram de forma significativa para esse fato, tais como a oferta de serviços em saúde, o processo de urbanização instrumentos diagnósticos, comportamentos populacional, qualidade de vida e saúde, melhoria das condições de vida, aumento da expectativa de vida, bem como a redução da mortalidade (MALTA, 2009).

No âmbito demográfico, essa transição decorre mediante a diminuição das taxas de fecundidade e natalidade que, por extensão, causa o aumento da expectativa de vida e resulta em um número maior de idosos entre a população (BRASIL, 2006).

A transição nutricional situa-se no âmbito das alterações do perfil de nutrição e dos hábitos de alimentação do povo brasileiro, assim como também pode ser explicado por meio do sedentarismo que tem gerado a elevação de prevalências de obesidade em todas as idades (MONTEIRO, 2007).

De acordo com Malta (2008) “no Brasil, o monitoramento dos fatores de risco e proteção para DCNT da população em geral, foi iniciado pelo Ministério da Saúde, em 2003, por meio do inquérito domiciliar e complementado em 2006 (...)”.

Segundo esse pensamento, somente há pouco tempo deu-se início a um sistema de monitoramento que possibilita analisar e controlar os fatores de risco para DCNT na

população brasileira, uma medida protetiva que tem buscado verificar de forma ágil as frequências desses fatores para o surgimento das DCNT.

De acordo com Malta (2009) as DCNT são responsáveis por 59% dos óbitos anuais e com base nesse dado, Lessa (2007) descrevem-nas como um agravo na saúde pública, pois demandam alto custo social. Todavia, Lessa (2007) alerta para o fato de eu existem recursos eficazes que podem evitar ou minimizar a complicação destas DCNT que acontecem via ações de prevenção e promoção de saúde e o mais importante: o controle dos fatores de risco. Ainda concordando com Lessa (2007) os principais fatores de risco são: a hipertensão, o tabagismo, a inatividade física, a obesidade, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, consumo de álcool, diabetes e colesterol alto.

A manifestação clínica só ocorre após muito tempo de exposição aos fatores de risco, ligada ainda ao fato da convivência do indivíduo com a doença não detectada ainda. O monitoramento, neste caso, é relevante porque é capaz de indicar benefícios por meio de ações promotoras de saúde, mas deve-se atentar para o fato de que as DCNT tem sua base no comportamento que exige educação alimentar e hábitos de vida saudável.

Já na visão de Kilmer (2008) os fatores de risco a que se pode atribuir o comportamento são: alimentação rica em gorduras, açúcares, sal, bebida alcoólica em excesso, o tabagismo, o excesso de peso e o sedentarismo. Para realizar o monitoramento dos fatores de risco a estratégia mais utilizada são os inquéritos populacionais, uma vez que estes representam os desenhos usados na aquisição de informações acerca do processo-doença das populações (WALDMAN, 2008).

O Ministério da Saúde, por sua vez, através de técnicas de promoção e prevenção de DCNT visa reduzir a prevalência dos fatores de risco e a morbimortalidade que se associam às DCNT (BRASIL, 2008).

A partir de uma busca aos bancos de dados LILACS e SCIELO, utilizando os descritores fatores de risco, estudantes, obesidade, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 foram encontrados estudos que serão tomados como base para a construção deste referencial teórico.

Segundo Casado; Vianna; Thuler (2009) os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão à hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a dieta pouco saudável, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, estão à idade, a hereditariedade, o sexo e a raça.

Os estudos, portanto que serão abordados no decorrer desta revisão mostrarão os resultados encontrados em pesquisas com estudantes universitários de diferentes cursos.

Martins et al. (2010) em seu estudo realizado com 605 estudantes da Universidade Federal do Piauí, em Teresina, que tinha como objetivo avaliar o estado nutricional, o nível de atividade física e os níveis de pressão arterial dessa população, obteve os seguintes resultados: a análise do IMC revelou que 18,2% dos indivíduos apresentavam excesso de peso, sendo as proporções de sobrepeso e obesidade de 15,2% e 3%, respectivamente; em relação a circunferência da cintura 7,9% dos estudantes apresentaram risco aumentado para doença cardiovascular e 2,4% apresentaram risco muito aumentado; níveis pressóricos acima dos valores de normalidade foram observados em 9,7% dos estudantes, sendo as proporções encontradas entre as mulheres (2,7%) significativamente menores que aquelas encontradas entre os homens (17,9%); a prevalência geral de sedentários foi de 52%, a comparação entre os sexos, mostrou maior proporção de sedentários no sexo feminino (63,95%).

Os achados relacionados ao IMC corroboram com os encontrados por Anastacio (2008), em estudantes de nutrição em Dourado – MS, que teve como resultado 17% dos pesquisados apresentaram IMC aumentado. Já estudo realizado por Veras et al. (2007) encontrou resultados maiores, 30,9% da população apresentou excesso de peso, sendo 25% correspondente a sobrepeso e 5,9% a obesidade grau I.

Estudo que tinha como objetivo identificar os fatores de risco para DM, HAS e doenças cardiovasculares em universitários de uma instituição de ensino particular no município de Fortaleza-Ceará, contou com a participação de 200 estudantes. Entre esses 6,4% fumavam; 33,1% faziam uso de bebida alcoólica; 70,3% não realizavam nenhuma atividade física; 72,1% com antecedentes familiares para DM, 76,2% para HAS, 60,5% para hipercolesterolemia e 52,9% para algum evento isquêmico grave. Dos 200 participantes, 86% apresentaram três ou mais dos fatores de risco citados acima, e deste grupo 17,9% apresentavam valores pressóricos considerados limítrofes (VERAS et al., 2007).

O sedentarismo ou inatividade física foi um dado alarmante no estudo acima (70,3%), pois já se tem demonstrado uma forte correlação entre ele e o desenvolvimento de DCNT, além do que a atividade física é um elemento importante de um estilo de vida saudável. E esses achados não são isolados, pois pesquisa feita em Santa Catarina detectou que 81% dos universitários eram sedentários (SALVARO; ÁVILA JÚNIOR, 2009).

Rodrigues; Cheik; Mayer (2008) realizaram uma pesquisa com uma amostra de 750 estudantes universitários, com o intuito de avaliar a associação entre o nível de atividade física e o hábito de fumar entre eles, e obtiveram uma prevalência de 29,9% de sedentarismo e

7,2% de tabagismo. Entretanto baixos índices de tabagismo (4%) também foram encontrados em universitários da cidade de Lubango, Angola (SIMÃO et al., 2008). Pesquisa feita pelo Ministério da Saúde mostrou que houve uma redução de 16,2% para 15,1% na proporção de brasileiros fumantes (BRASIL, 2011).

Marcondelli; Costa; Schimitz (2008) realizaram um trabalho com o objetivo de verificar o nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários da área de saúde da Universidade de Brasília, contando com uma amostra de 285 estudantes. Observou-se que em relação ao percentual de indivíduos com adequação para os vários grupos de alimentos, os menores percentuais se encontram relacionados ao consumo de leite e derivados (23,1%), frutas e vegetais (24,9%), carboidratos complexos (25,9%) e destacou-se o alto percentual de indivíduos com consumo inadequado de refrigerante e doce (74,0%). A adoção de uma alimentação saudável contribui para a prevenção de doenças cardíacas, obesidade e alguns tipos de câncer, além de outras enfermidades crônicas, como o diabetes. Frutas, verduras, legumes e cereais integrais contêm nutrientes, que auxiliam as defesas naturais do corpo. Esses tipos de alimentos devem ser consumidos com frequência, para funcionar como fator protetor.

Pesquisa feita com discentes do curso de medicina em Minas Gerais revelou que 85,3% declararam fazer uso de bebida alcoólica, destes, 39,6% se encontraram no nível de consumo considerado excessivo e com conseqüente risco à saúde, tendo os homens mais chance de apresentarem este padrão de consumo em relação às mulheres (AMORIM et al., 2008). Essa porcentagem mostra-se bem maior do que os dados referentes à população brasileira, que mostrou que 18% da população realizam consumo excessivo de bebida alcoólica (BRASIL, 2011).

Existe uma relação direta entre os níveis mais elevados de consumo de álcool e risco crescente de alguns cânceres, doenças do fígado e doenças cardiovasculares. A relação entre o álcool e as doenças cardíacas isquêmicas e as doenças cerebrovasculares é complexa, depende tanto da quantidade como do padrão de consumo do álcool (WHO, 2011).

Obesidade

A Obesidade além de ser uma DCNT também é um fator relevante para o desencadeamento de outras doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS),

Diabetes Mellitus (DM) e Doenças cardiovasculares (DCV), bem como alguns tipos de cânceres (MONTEIRO, 2010).

A obesidade está associada ao sedentarismo e a uma alimentação com elevado teor calórica, açúcares e as gorduras saturadas (WHO, 2011). Para avaliar a prevalência do excesso de peso uma das formas mais comuns é por meio do Índice de Massa Corporal (IMC). A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco que produzem efeitos metabólicos adversos sobre a pressão arterial, colesterol e triglicérides e a resistência á insulina. Assim, a obesidade é um dos problemas de saúde pública que deve ser investigado no que toca aos mecanismos que o determinam, de maneira que se possa buscar políticas e programas de controle á obesidade (WHO, 2011).

Hipertensão Arterial

Uma pressão arterial elevada é outro fator de risco para o agravamento das DCNT. Ela é definida mediante os valores da Pressão Arterial Sistólica sendo maior ou igual a 140mmHg e a Pressão Arterial Diastólica maior ou igual a 90mmHg (FERREIRA, 2009). A HAS apresenta imensa variação de fatores de risco sendo que estes podem agravar-se para complicações e tornarem-se irreversíveis quando não cuidadas.

Em seu diagnóstico deve-se considerar o risco cardiovascular, os níveis tensionais, as lesões nos órgãos - alvo e a comorbidades associadas. Estima-se que a HAS responda por, pelo menos, 40% dos casos de óbitos em AVC e 25% em mortes por doença arterial coronariana (ROMERO, 2010).

O que deve ser feito a fim de prevenir a HAS são atitudes comportamentais como a modificação no estilo de vida e a alimentação adequada especialmente no que se refere ao consumo de sal, peso controlado, exercícios físicos, evitar tabagismo e o álcool.

Diabetes Mellitus

A diabete mellitus é uma palavra que caracteriza uma síndrome clinica onde ocorrem distúrbios do metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas que decorrem da ausência absoluta da substancia insulina e que, em longo prazo, tem evolução e complicações. Na verdade, é uma complicação seria e de alto risco, como também de alto custo para os

indivíduos acometidos e atualmente, pode ser dividida em duas categorias: tipo 1 e tipo 2 e ainda, secundária e /ou gestacional.

O diabetes mellitus tipo 1 é uma doença caracterizada pela destruição das células b gerando uma deficiência grave na insulina. Neste caso, os pacientes são suscetíveis à cetoacidose.

De acordo com Brasileiro (2004), o diabetes mellitus é um distúrbio crônico e complexo que se caracteriza pelo comprometimento do metabolismo da glicose e de outras substâncias produtoras de energia. Quando a insulina se torna insuficiente para a realização desse processo, há uma elevação dos níveis de glicose no sangue. Além disso, a insulina age no metabolismo das proteínas e lipídeos, participando da lipogênese e proteogênese.

Entre os sintomas, destacam-se como mais comuns da Diabetes Mellitus o cansaço, perda de peso, sede excessiva, cicatrização difícil, visão turva, poliúria, mialgia, fadiga, emagrecimento acelerado e prurido corporal. Quando não controlado, o diabetes pode causar cegueira, infarto agudo do miocárdio, problemas renais, impotência sexual e gangrena de membros inferiores.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), cerca de 5% da população total é diabética, crescendo assustadoramente este número com o decorrer do tempo, estimando-se alcançar cerca de 200 milhões de portadores no mundo em 2025. A diabetes ainda não tem cura, mas seguindo um tratamento adequado e cuidados apropriados, o diabético pode viver muito e com qualidade. O objetivo da atenção para diabéticos é manter os valores glicêmicos em níveis próximos ao normal evitando o surgimento de complicações em decorrência do mal funcionamento orgânico.

Segundo Milmanet al.,(2001) é estimado que, em algum momento de suas vidas, 10% a 25% dos pacientes diabéticos apresentaram lesões nos MMII, tornando-os susceptíveis à amputações, do chamado "pé diabético".

Sua origem mais comum é a familiar, mas seu início não se pode refutar que esta requer uma associação entre fatores genéticos e ambientais intimamente relacionados com o estilo de vida dos indivíduos. Esta se constitui em um importante problema de saúde pública, mas cabe ressaltar que, nos últimos anos, com o avanço das discussões em torno do diabetes mellitus, ocorreu um aumento da sobrevida do portador (LOPES, 2006).

.Tabagismo

O hábito de fumar deixou de ser concebido socialmente como um estilo de vida para ser visto como um hábito vicioso e maléfico que acarreta ao ser humano danos imensos (WHO, 2011). O tabagismo é um fator de risco porque aumenta a morbimortalidade por doenças coronarianas, Hipertensão Arterial, Acidente Vascular Cerebral (AVE), enfisema, bronquite e câncer (BRASIL, 2010).

Para o Ministério da Saúde (2009) o crescimento do tabagismo foi influenciado também pelo crescimento das empresas de tabaco na década de 1950 que te neste período um terreno fértil e propicio para a expansão do produto.

De acordo com Falcão e Costa (2008) em boa parte dos países existe uma relação entre o hábito de fumar com a baixa escolaridade e a baixa renda. No Brasil, contudo, os indivíduos que tem baixa escolaridade apresentam propensão a ser fumantes em cinco vezes mais quando comparados àqueles que já têm curso superior. Para Bland (2009) o tabagismo como também a inatividade física, são preditores significativos para o alto custo médico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. O estudo caracteriza-se como descritivo, pois descreve as características dos indivíduos envolvidos na pesquisa, seu perfil quanto ao risco avaliado e os fatores envolvidos.

Para Gil (2010), a pesquisa descritiva tem por objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, e o estabelecimento de relações entre as variáveis. Uma de suas características mais marcantes está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática.

De acordo com Polit e Beck (2011), os estudos transversais envolvem coletas de dados em determinado ponto do tempo. Desse modo, são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo.

4.2 Local e período da realização do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2011 a junho de 2012, em uma Instituição de Ensino Superior (IES) na cidade de Picos – PI.

O campus da referida instituição foi criado a partir de uma unidade descentralizada da sede, situada na cidade de Picos e que funcionava com apenas dois cursos: Licenciatura em Letras e Licenciatura em Pedagogia. Em 2006, a instituição aderiu ao Programa de Expansão e implementou mais sete novos cursos: Licenciatura em História, Matemática, e Ciências Biológicas e os de Bacharelado em Administração, Enfermagem, Nutrição e Sistemas de Informação. Além do ensino presencial, o Campus é pólo para o curso de Administração na modalidade de Administração na modalidade Ensino a Distância.

4.3 População e amostra

A população constitui-se de 439 universitários de ambos os sexos, devidamente matriculados no curso de Enfermagem na referida IES. A amostra foi calculada utilizando uma fórmula de população finita:

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

Onde: n = é o tamanho da amostra; t = é o valor da distribuição de Student ($t_{5\%} = 1,96$); P = é a prevalência das doenças (50%); N = é o número de universitários; e = é o erro amostral absoluto (e = 5%). Utilizou-se prevalência de 50% para atingir o máximo de amostra possível.

A partir desta fórmula a amostra foi constituída de 206 acadêmicos. A escolha dos acadêmicos foi feita por conveniência.

A amostra ainda foi estratificada, com o propósito de assegurar representatividade em cada período (semestre) do curso de Enfermagem. Então a amostra foi formada da seguinte maneira:

I Período	28
II Período	27
III Período	23
IV Período	27
V Período	14
VI Período	24
VII Período	22
VIII Período	23
IX Período	18

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ter 18 anos ou mais, por conveniência.
- Ter participado de todas as etapas da pesquisa, quais sejam, a entrevista, a mensuração do peso, da altura, circunferência abdominal e pressão arterial.

E como critérios de exclusão:

- Impedimento para a obtenção das medidas antropométricas.
- Acadêmico com diagnóstico confirmado de alguma DCNT que interfira diretamente no peso, altura ou pressão arterial.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2012 em uma sala de aula reservada para tal finalidade. Para tanto foi utilizado um formulário semi-estruturado abrangendo os seguintes tópicos: dados socioeconômicos, antecedentes familiares, dados antropométricos e clínicos, estilo de vida e alimentação.

A coleta de dados foi realizada por acadêmicos de enfermagem da UFPI treinados pela professora orientadora. Inicialmente, os participantes responderam à entrevista onde foram colhidas informações sobre dados pessoais e clínicos.

Quanto à prática de atividade física, foi indagado o número de horas, frequência e tipo. Classificou-se como sedentário o universitário que não praticava no mínimo 30 minutos diários, por pelo menos cinco dias na semana, de atividade leve ou moderada; ou 20 minutos diários de atividade vigorosa, em três ou mais dias da semana, sendo considerada a caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol, práticas leves ou moderadas, e como vigorosas a corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis (BRASIL, 2010).

Na determinação do nível socioeconômico das famílias, foram empregados os Critérios de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), que é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ANEXO A) (ABEP, 2009).

A variável “tabagismo” foi categorizada em fumantes (relato de consumo de pelo menos 100 cigarros na vida e consumo regular), ex-fumantes (relato de ter sido fumante com abandono do tabagismo há mais de 6 meses) e não fumantes (BOTELHO; SILVA; MELO, 2011).

A avaliação do consumo de bebida alcoólica foi feita através do simples questionamento acerca da sua ingestão ou não (RIOS, 2008). Quanto aos hábitos alimentares foram feitas perguntas sobre os principais fatores determinantes no estilo de alimentação.

Os dados relativos ao peso foram obtidos com os indivíduos descalços e com roupas leves, utilizando-se uma balança portátil digital, com capacidade para registrar 150 kg e uma

precisão de 0,1 kg, *display* automático acionada com o toque dos pés, posicionada em chão reto. Avaliou-se a altura com o uso de fita métrica com precisão de 0,5 cm, fixada em emparede lisa. A medida da altura foi feita com os participantes descalços, de costas, com pés unidos e em paralelo, em posição ereta olhando para frente, com o apoio de uma régua que foi colocada sobre a cabeça dos participantes, para assegurar a exatidão da medida na fita métrica. O estado nutricional global foi classificado a partir do índice de massa corporal (IMC), seu cálculo foi feito de acordo com os valores de peso e altura, e sua avaliação seguirá as recomendações do Ministério da Saúde (2004), dessa forma a classificou-se a seguinte maneira: baixo peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), adequado ou eutrófico ($18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$).

A circunferência abdominal ou circunferência da cintura (CC) foi utilizada com o objetivo de identificar o padrão de distribuição da massa adiposa. A medida da CC foi realizada com fita métrica inextensível, medindo na altura da cicatriz umbilical do participante. Foram classificados da seguinte maneira: adequado ou normal CC < 80 cm para mulheres e < 94 cm para homens; risco aumentado para obesidade CC entre 80 e 88 cm para mulheres e entre 94 e 102 cm para homens; e risco muito aumentado ≥ 88 em mulheres e ≥ 102 em homens (LEAN et al., 1996).

A pressão arterial foi verificada três vezes e utilizou-se como parâmetro a média das duas últimas. Para obtenção desses valores foram seguidas as recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010): o ambiente era tranquilo e silencioso; inicialmente foi questionado ao participante, se estava com a bexiga cheia, se o mesmo tinha feito uso de bebida estimulante (café, chá ou bebida alcoólica), feito exercício físico ou fumou até 30 minutos antes, em casos de resposta afirmativa esperaremos 30 minutos para fazer a verificação. Para realizar a verificação foi utilizado estetoscópio e esfigmomanômetroaneróide, devidamente calibrado, colocado 2 a 3 cm acima da fossa antecubital e a largura da bolsa de borracha correspondendo a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento. Os resultados foram classificados de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) da seguinte maneira: ótima ($< 120 \times 80 \text{ mmHg}$), normal ($< 130 \times 85 \text{ mmHg}$), limítrofe ($130-139 \times 85-89 \text{ mmHg}$), Hipertensão estágio 1 ($140-159 \times 90-99 \text{ mmHg}$), Hipertensão estágio 2 ($160-179 \times 100-109 \text{ mmHg}$), Hipertensão estágio 3 ($\geq 180 \times \geq 110 \text{ mmHg}$) e Hipertensão sistólica isolada ($\geq 140 \times < 90 \text{ mmHg}$).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram distribuídos e ordenados por meio do software EXCEL 8.0, posteriormente processados no programa estatístico StatisticalPackage for the Social Scienses (SPSS) versão 17.0.

Os resultados foram analisados com base na literatura específica, estatística descritiva e inferencial, e apresentados em tabelas.

4.6 Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos, foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos - apresentadas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - acerca das questões éticas da pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) CAAE 0427.0.045.000-11 (ANEXO B).

Cada participante recebeu informações detalhadas sobre a pesquisa, sendo garantido anonimato e liberdade para participar do estudo ou dele desistir em qualquer momento. Foi também assegurado que a pesquisa não acarretaria nenhum prejuízo ou complicações ao participante.

Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em conformidade com as Diretrizes e Normas da Pesquisa em seres humanos.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 206 universitários, 75,2% eram mulheres. A faixa etária dos participantes foi de 18a 40 anos, com uma média de 21,38 anos. A maior parte da amostra estava compreendida entre a faixa etária de 18 - 21 anos, com 59,2% (TABELA 1).

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto as variáveis socioeconômicas de universitários. Picos – PI, mar./abr. 2012.

Variáveis	N	%	
Sexo			
Feminino	155	75,2	
Masculino	51	24,8	
Faixa etária			
18 – 21	122	59,2	Média: 21,38 DP: 3,216
22 – 25	68	33,0	
≥26	16	7,8	
Cor da pele			
Branca	76	36,9	
Negra	20	9,7	
Parda	110	53,4	
Estado Civil			
Solteiro (a)	197	95,6	
Casado (a)	8	3,9	
Viúvo (a)	1	0,5	
Mora com a família?			
Sim	101	49,0	
Não	105	51,0	
Acesso à serviços de saúde ?			
Sim	196	95,1	
Não	10	4,9	
Qual serviço de saúde?			
SUS	119	60,9	
Plano de saúde	56	28,6	
Particular	04	2,0	
SUS e particular	07	3,6	
SUS e plano de saúde	10	5,1	
Classe Econômica			
A1	00	00	
A2	11	5,3	
B1	22	10,7	
B2	67	35,5	
C1	60	29,1	
C2	31	15,1	
D	15	7,3	
E	00	00	

Dos entrevistados, 110(53,4%) se autodenominaram pardos. Em relação ao estado civil 197 (95,6%) responderam que eram solteiros.

Como pode-se observar na tabela a maioria dos estudantes (95,1%) afirmaram que tinham acesso a serviços de saúde, e quando indagados sobre qual serviço de saúde eles utilizavam, 119 (60,9%) responderam que usavam o SUS.

Em relação à classe econômica 67 acadêmicos (35,5%) foram considerados como pertencentes à classe B2.

Na tabela 2 pode-se observar a distribuição dos estudantes de acordo com a caracterização das variáveis clínicas e de estilo de vida.

TABELA 2 – Distribuição das informações quanto as variáveis clínicas e de estilo de vida dos universitários. Picos – PI, mar./abr. 2012.

Variáveis	Nº	%
IMC		
Baixo Peso	14	6,8
Adequado	147	71,4
Sobrepeso	39	18,9
Obesidade	6	2,9
CA		
Normal	157	76,2
Risco 1	40	19,4
Risco 2	9	4,4
PA		
Ótima	154	74,8
Normal	32	15,5
Limítrofe	13	6,3
Hipertensão estágio 1	02	1,0
Hipertensão estágio 2	04	1,9
Hipertensão estágio 3	01	0,5
Atividade Física		
Sedentário	163	79,1
Não sedentário	43	20,9
Uso de bebida alcoólica		
Sim	107	51,9
Não	99	48,1
Tabagismo		
Fumante	02	1,0
Ex-fumante	04	1,9
Não fumante	200	97,1

Na amostra estudada o IMC ficou dividido da seguinte maneira 147 acadêmicos foram classificados como normais, o que representa 71,4%, 39 (18,9%) com sobrepeso e 06 (2,9%) obesos.

Em relação à circunferência abdominal 76,21% da amostra foram classificados como normais, 19,4% como risco aumentado para obesidade e 4,4% como risco muito aumentado para obesidade e outras doenças cardiovasculares.

Em relação aos níveis pressóricos, 154 tiveram a pressão arterial (PA) classificada como ótima, o que representa um total 74,8% da amostra, 32 (15,5%) normal, 13 (6,3%) limítrofe e 07 tiveram sua pressão arterial enquadrada em algum dos estágios de hipertensão arterial.

A maioria dos alunos foi classificada como sedentários, com 79,1% do total da amostra. Quando indagados sobre o uso de bebida alcóolica 107 alunos responderam que usavam, representando um total de 51,9% da amostra e 200 alunos foram classificados como não fumantes.

Entre os alunos que foram classificados como não sedentários 60,5% fazem musculação, 16,3% caminhada, 7,0% praticam futebol, 4,6% natação, 2,3% ginástica aeróbica e 9,3% outras atividades, como por exemplo, o jiu-jitsu, o caratê e o vôlei.

A tabela 3 apresenta a caracterização da amostra em relação aos antecedentes familiares dos universitários, variável esta que se enquadra como fator de risco não modificável.

TABELA 3 – Dados referentes aos antecedentes familiares de DCNT dos universitários. Picos – PI, mar./abr. 2012.

Doenças	Nº	%
HAS		
Sim	147	71,4
Não	59	28,6
DM		
Sim	119	57,8
Não	87	42,2
OBESIDADE		
Sim	64	39,1
Não	142	60,9
INFARTO		
Sim	67	32,5
Não	139	67,5
AVE		
Sim	55	26,7

Não	151	73,3
INSUFICIÊNCIA RENAL		
Sim	02	1,0
Não	204	99,0

Como se pode observar na tabela 3 a maioria dos universitários apresenta algum familiar que tenha alguma DCNT, como por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica com 147 (71,4%), o Diabetes Mellitus com 119 (57,8%) e a Obesidade com 64 (39,1%).

Quando entrevistados sobre os hábitos alimentares, as respostas foram balanceadas, como se pode observar na tabela 4.

TABELA 4 – Distribuição da amostra com relação a hábitos alimentares. Picos – PI, mar./abr. 2012.

Hábitos Alimentares	Nº	%
Acréscimo de sal a comida pronta		
Sim	38	18,4
Não	168	81,6
Retira pele do frango		
Sim	154	74,8
Não	52	25,2
Retira gordura da carne		
Sim	133	64,6
Não	73	35,4
Uso de margarina ou gord. Animal		
Sim	173	84,0
Não	33	16,0
Uso de óleo vegetal ou azeite de oliva		
Sim	163	79,1
Não	73	20,9
+ de 3 xícaras de café por dia		
Sim	10	4,9
Não	196	95,1
Consumo de frutas, legumes e verduras		
Sim	174	84,5
Não	32	15,5

A tabela 04 mostrou que 81,6% dos acadêmicos não acrescentam sal a comida pronta, 74,8% retiram a pele do frango durante o preparo, 64,6% retiram a gordura da carne, 84% afirmaram fazer uso de margarina ou gordura animal, 79,1% usa óleo vegetal ou azeite de oliva, 95,1% não tomam mais de 3 xícaras de café por dia e 84,5% responderam que consomem frutas, legumes e verduras

A Tabela 5 mostra o número de universitários expostos ao risco de adquirir alguma DCNT de acordo com cada fator e sua relação com o sexo.

TABELA 5 –Caracterização das variáveis clínicas, antropométricas e de estilo de vida e sua relação com o sexo dos universitários. Picos-PI, mar./abr., 2012.

Variáveis	Feminino		Masculino		
	N	%	N	%	
IMC					
Baixo peso	13	8,4	01	2,0	$p= 0,235^*$
Adequado	117	75,5	30	58,8	
Sobrepeso	23	14,8	16	31,4	
Obesidade	02	1,3	04	7,8	
CA					
Normal	117	75,5	40	78,4	$p= 0,004^*$
Risco 1	32	20,6	08	15,7	
Risco 2	06	3,9	03	5,9	
PA					
Ótima	133	85,8	21	41,2	$p= 0,000^*$
Normal	19	12,3	13	25,5	
Limítrofe	03	1,9	10	19,6	
Hipertensão estágio 1	0	0	02	3,9	
Hipertensão estágio 2	0	0	04	7,8	
Hipertensão estágio 3	0	0	01	2,0	
Atividade Física					
Sedentário	123	79,3	40	78,43	$p= 0,888^*$
Não sedentário	32	20,7	11	21,57	
Bebida alcoólica					
Usa	66	42,6	41	80,4	$p= 0,000^*$
Não usa	89	57,4	10	19,6	
Tabagismo					
Fumante	01	0,6	01	2,0	$p= 0,348^*$
Ex-fumante	02	1,3	02	3,9	
Não-fumante	152	98,1	48	94,1	

$p=$ teste de Pearson Chi-Square

Ao cruzar as variáveis IMC e sexo percebeu-se que os homens representam uma parcela maior dentro dos universitários em estado de sobrepeso, fato esse que não tem significância quando realizado os testes estatísticos. Já quando analisada a relação da CA com o sexo observou-se que a mulheres apresentam-se mais vulneráveis que os homens as DCNT.

Em relação ao sedentarismo não se observou significância estatística com o sexo. Também se notou significância estatística ao cruzar a variável uso de bebida alcóolica com o sexo.

6 DISCUSSÃO

Nos dias atuais, as DCNT atuam como uma preocupação para a Saúde Pública. Com o objetivo de analisar os fatores de risco para as DCNT em uma instituição de Ensino Superior (IES) do município de Picos fez-se necessário buscar o perfil populacional dos sujeitos da pesquisa, levando em consideração algumas variáveis e analisando-as uma a uma que demarcam o estilo de vida dessa população amostral.

Este estudo apresenta a prevalência dos fatores de risco para as DCNT e foi observado que na amostra estudada os sujeitos se caracterizam como aqueles de IMC normal são representados por um número significativo em percentual que corresponde a 71,4% da amostra analisada. Mas deve-se atentar para o fato de o percentual de estudantes que apresentam excesso de peso ser elevado (21,8%). Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com universitários de Teresina, 18,2% apresentavam excesso de peso (MARTINS et al. 2010) e com estudantes de Nutrição em Dourado, 17% da amostra com excesso de peso (ANASTACIO, 2008).

Em relação à circunferência abdominal, o percentual que esta população apresenta e que corresponde à alternativa normal é de 76,2% sendo maior do que o risco aumentado e risco muito aumentado. No entanto, existe uma preocupação neste aspecto porque se pressupõe que há uma propensão para o risco, já que deve-se levar em conta o sedentarismo e a alimentação irregular que pode ocasionar essa tendência (COSTA; KLEIN, 1985).

O número de estudantes com circunferência abdominal em risco aumentado para doenças cardiovasculares ou risco muito aumentado (23,8%) deste trabalho é considerado alto quando comparados com os de outras pesquisas, como por exemplo, no estudo feito por Martins et al.(2010) que detectou que 7,9% da amostra apresentaram risco aumentado e 2,4% risco muito aumentado.

Por outro lado, a obesidade ou sobrepeso é uma doença crônica que à sua volta relaciona-se com vários fatores de ordem: social, comportamental, ambiental, cultural, psicológica, metabólica, genética. Obesidade é o acúmulo de gorduras no corpo que decorre do desequilíbrio energético prolongado. Entre as causas mais comuns tem-se o consumo excessivo de calorias e a inatividade física. No Brasil, a obesidade em adultos já se configura como um problema de saúde pública e tem prevalência em homens acima de vinte anos. Esta doença contribui, sobremaneira, para a carga de outras doenças crônicas (MOTA et al., 2006).

Observando os percentuais encontrados em relação à pressão arterial, a prevalência obtida, que é 74,8%, se considera ótima, enquanto que o percentual para normal é de 15,5 %. Este número é preocupante porque se aproxima muito mais do percentual de limítrofe.

Acerca da pressão arterial, mesmo observando que existe um número significativo para a alternativa ótima, este é um importante fator de risco e uma das causas principais de redução da qualidade de vida e expectativa nos indivíduos.

Tendo como referência para classificar em sedentário o estudante que praticava exercícios físicos por um tempo inferior a trinta minutos diários, por pelo menos cinco dias na semana, de atividade leve ou moderada; ou 20 minutos diários de atividade vigorosa (BRASIL, 2010), no presente estudo de base populacional universitária, observa-se que 79,1% da amostra avaliada não praticam atividade física. Em relação a publicações anteriores nessa temática, pode-se afirmar que os índices de sedentarismo da presente pesquisa foram elevados assim como outras. Dados semelhantes foram encontrados em estudos desenvolvidos em uma universidade privada do Estado de Santa Catarina com acadêmicos do curso de nutrição e na Universidade de Brasília com alunos da Área de Saúde, com respectivamente, 81% e 65,5% (SALVARO; ÁVILA JÚNIOR, 2009 e MARCONDELLI; COSTA; SCHIMITZ, 2008).

No que toca ao uso de bebidas alcoólicas que é outra variável analisada a amostra representa 51,9% dos que usam. O álcool é uma droga psicotrópica que, no Brasil, é socialmente tolerada e legalizada. Todavia, a mortalidade e a limitação da condição funcional diretamente associada ao uso de álcool em muito supera o tabagismo. Esta droga é responsável por 3,2% das mortes que ocorrem no país e hoje é uma das prioridades da Saúde Pública do Brasil. O alcoolismo enquanto doença é associada de forma negativa à fatores socioeconômicos, renda, ocupação e educação (BRASIL, 2006).

Pesquisa realizada com estudantes universitários, de ambos os sexos, do município de Jequié - situado na região sudoeste da Bahia também encontrou níveis elevados de alunos que afirmaram consumir álcool, 63,6%, tendo uma maior prevalência no sexo masculino (71,0%) (RIOS et al., 2008).

Já com relação ao tabagismo, que é um tipo de droga lícita, é a principal causa de problemas patológicos no Brasil. Apesar do número de fumantes sujeitos dessa pesquisa se caracterizarem não fumantes e os fumantes assumirem um percentual significativo, cabe ressaltar que, de acordo com Menezes (2004) não havendo uma mudança de curso na exposição ao tabagismo, o número de fumantes até o ano de 2030 chegara a 1.6 milhões. Ainda de acordo com Menezes (2004, p. 34) “no Brasil, um terço da população adulta e o

numero anual de óbitos estimado é de 200 mil”. Com isso, assevera-se que o habito de fumar é o fator ou causa que aumenta o risco de morte prematura e limitações físicas (MENEZES, 2004).

Quanto aos antecedentes familiares a população amostral revela que todos tem algum parente com DCNT sendo que as mais comuns são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e obesidade.

Considerando essas três DCNT pode-se dizer que a HAS é uma doença multifatorial crônica e assintomática. Depende, pois, da interação entre alguns aspectos, tais como fatores ambientais alterações cardíacas, predisposição genética. Mas, pode ainda vir acompanhada de uma disfunção do sistema nervoso. Sua prevalência é de 25% a 30% em sujeitos adultos e tem a primeira causa mais frequente em laboratórios (KRIEGER; FRANCHINI, 1996).

Por sua vez, o Diabetes Mellitus é uma doença comum e com crescente incidência. Sua principal característica é o estado hiperglicêmico crônico e é uma das razões de mortalidade e amputação de membros inferiores, cegueira e problemas cardiovasculares (TOSCANO, 2004).

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) as complicações crônicas do DM diminuem consideravelmente, a qualidade de vida, porém, aumenta as complicações crônicas. Não menos preocupantes são outras variáveis, tais como: infarto, AVE, e Insuficiência Renal.

Na tabela 04, os hábitos alimentares assumem uma postura correta, pois como se pode observar apenas a alternativa “acréscimo de salada à comida” e “uso de margarinas ou gorduras” são superiores aos hábitos saudáveis.

Acerca do consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (FLV), Monteiro, Mondini e Levi Costa (2000) dizem que, no Brasil, o padrão alimentar que traz o feijão, tubérculos, raízes e cereais vem sendo substituído pelos açúcares e gorduras e, com efeito, essa mudança tem acarretado riscos para as doenças crônicas. O uso das frutas, legumes e verduras tem importante papel protetor no organismo e uma dieta com essa variedade previne em 20% os casos de câncer (OMS, 2006).

7 CONCLUSÃO

Na população analisada pode-se perceber que os principais fatores de risco para DCNT são o excesso de peso, a CA aumentada, o sedentarismo e o uso de bebida alcóolica.

Quanto à caracterização das variáveis socioeconômicas observou-se que a maior parte dos estudantes pertence à faixa etária compreendida entre 18 e 21 anos, autodenominaram-se pardos, são solteiros, não moram com a família e pertence à classe B2.

Em relação aos dados antropométricos, clínicos e de estilo de vida percebeu-se que a maioria dos acadêmicos tem IMC adequado, CA normal, PA ótima, são sedentários, afirmaram fazer uso de bebidas alcólicas e foram classificados como não fumantes.

A população estudada tem o perfil de pessoas que não dispõem de tempo para desenvolver exercícios físicos, pois estudam em tempo integral, o que inviabiliza a condição para realizar exercícios físicos em outros momentos. Em geral, o grupo de alunos pesquisado não são oriundos da cidade, mas apenas residem no município de Picos para cursar a faculdade, estando longe de todas as formas de provimentos para se realizar atividades que possam afastar a predisposição aos grupo de fatores de risco.

Uma situação que também foi identificada neste estudo é a condição financeira destes alunos que em geral, são jovens que ainda dependem economicamente dos pais e recebem ajuda financeira somente dos pais. Por outro lado, um número pequeno deste grupo que já tem trabalho, aponta que não tem tempo para desenvolver atividades físicas e também não mantem controle sobre a alimentação atentando para que esta seja saudável ou não.

Este trabalho considerou muitas variáveis que poderiam ser utilizadas no estudo para verificar no grupo pesquisa a probabilidade dos fatores de risco neste universo onde foi realizada a pesquisa.

Uma das limitações desse trabalho foi à amostra ter sido com um grande número de estudantes e o pouco tempo que os mesmos tinham para participar da pesquisa

Com base nas informações obtidas espera-se que novos estudos possam direcionar essas práticas de hábitos e vida saudáveis. As DCNT em face das transições aqui apresentadas determinam perfil de risco que passa a incidir sobremaneira na vida da população brasileira, alterando não somente a forma de vida desta população, mas as condições a que estão inseridos. Nesse sentido, a Saúde Pública do país tem a frente um desafio ao se propor em buscar um acompanhamento sistemático de sujeitos envolvidos ou portadores deste agravo.

Necessário se faz, pois, atuar com esforço e de forma conjunta para implantar ações que articuladas e mediante as informações necessárias possam prevenir complicações a posteriori. Essas ações podem ser realizadas através da inserção desse grupo nas Estratégias de Saúde da Família, onde o enfermeiro pode estar promovendo Educação em Saúde, com uma abordagem interdisciplinar e articulação intersetorial, fazendo com que saúde e educação caminhem juntas.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso: 14 out. 2011
- AMORIM, A. V. C. et al. Álcool e alcoolismo: estudo de prevalência entre discentes do curso de Medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte – Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 12, n. 1, p. 16-23, 2008.
- ANASTACIO, D. A. M. ; SILVA, T. C. ; MAIO, R. Excesso de gordura corporal em estudantes universitários de nutrição. **Interbio**, v. 2, n. 1, p. 47-8, 2008.
- BLAND, P.C. *et. al.* Modifiable health behaviors and short-term medical costs among health plan members. **Am. J. Health Promot.**, v.23,n. 4, pg. 265-273, mar/ apr. 2009;
- BORGES, A.M. P. A contribuição do Fisioterapeuta para o Programa Saúde da Família - uma revisão de literatura. **Uniciencias**, v. 14, n. 1, 2010.
- BOTELHO, C.; SILVA, A. M. P.;MELO, C. D. **J BrasPneumol**, v. 37, n. 3, p. 360-366, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/ Brasil**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005
- _____.Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____.Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- _____.**Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**.Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso**– a convenção- quadro de controle de tabaco: uma resposta. Brasília, 2008.
- _____. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúdebrasileiro- situação e desafios atuais**. 1. ed., Brasília, 2009.
- _____.Vigitel – **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2007**. Brasília, 2010.

_____. **16,4% dos brasileiros praticam atividade física.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10081>. acessos em 25 set. 2011.

_____. Ministério da saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN:** orientações básicas para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Ministério da Saúde: Brasileiro fuma menos, mas é sedentário e se alimenta mal.** Disponível em <http://blog.planalto.gov.br/ministerio-da-saude-brasileiro-fuma-menos-mas-e-sedentario-e-se-alimenta-mal/>. Acesso em 13 out. 2011.

_____. Resolução 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1997. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

BRASILEIRO, J.L. **Pé Diabético: aspectos clínicos.** Bahia, 2004.

CARVALHO, J.A. **Amputações de membros inferiores:** em busca de plena reabilitação. 2.ed. São Paulo: Manole, 2003.

CASADA, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução COFEN n.311/2007 de fevereiro de 2007.

FALCÃO, T.J.O; COSTA, I.C.C. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. **J Bras Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 2, pg. 91-97, fevereiro de 2008.

FERREIRA, S.R.G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, supl. 2, pg. 98-106, nov. 2009.

_____. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** - 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LEAN, M. E.; HAN, T. S.; MORRISON, C.E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. **Br Med J**, v. 311, n. 15, p. 158-61, 1996.

KILMER, G. *et al.* Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas-behavior risk factor surveillance system, United States, **CDC**, v.57, n.7, p. 1-188, ago. 2008.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, pg.931-943, out./dez. de 2007.

LOPES, C. F. **Projeto de Assistência ao pé do Paciente Portador do Diabetes Mellitus**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

LUCCIA. N.D. **Doença Vascular e Diabetes**. São Paulo: 2002.

MALTA, D.C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologiae Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2008.

_____. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. Brás. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 159-167, 2009.

MARTINS, M. C. C. *et al.* Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. **ArqBrasCardiol**, v. 95, n. 2, p. 192-199, 2010.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **RevNutr**, v. 21, n. 1, p. 39-47, 2008.

MILMAN *et al.* Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados. Faculdade de Ciências Médicas. Sorocaba: SP, 2001.

MOLINA, M. C. B. *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Ver Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743 – 50, 2003.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, pg. 575- 581, ago2007.

_____.Validade de indicadores de consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, pg. 582-589, ago, 2010.

PEDRINELLI, A. **Tratamento do Paciente com amputação**. São Paulo: Roca, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.**Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7ªed.Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIOS, P. A. A. *et al.* Consumo e uso abusivo de bebidas alcoólicas em estudantes universitários. **Rev. Saúde Com**, v. 4, n. 2, p. 105-116, 2008.

RODRIGUES, E. S. F.; CHEIK, N. C.; MAYER, A. F. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 672-8, 2008.

SALVARO, R. P.; ÁVILA JÚNIOR, S. Perfil Lipídico e a sua Relação com Fatores de Risco Cardiovascular em Estudantes de Nutrição, **Rev SOCERJ**, v. 22, n. 5, p. 309-317, 2009.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 529 – 536, 2003.

SIMÃO, M.; HAYASHIDA, M. ; SANTOS, C. B.; CESARINO, E. J.; NOGUEIRA, M. S. Hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 672-8, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes**. São Paulo, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes**. São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO; 2010. **Revista Hipertensão**,v. 13,n. 1, p. 12-19, janeiro-março, 2010.

VERAS, V. S. et al. Levantamento dos fatores de risco para Doenças Crônicas em Universitários. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, v. 20, n. 3, p. 168-172, 2007.

WALDMAN, E.A. *et al.* Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.11, supl.1, pg. 168-179,2008.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life.Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/> Acesso em 14 de out de 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Global status report on noncommunicable diseases**, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data: _____

Formulário N°: _____

I – DADOS SÓCIOECONÔMICOS

1. Sexo: 1- () Feminino 2 - () Masculino
2. Idade: _____
3. Período que está matriculado: _____
4. Cor da pele auto referida: 1 - () Branca 2 - () Mista 3 - () Negra 4 - () Parda
5. Estado civil: 1 - () Solteiro 2 - () Casado 3 - () Divorciado 4 - () Viúvo
6. Renda familiar: _____ salário(s)
7. Quantidade de pessoas na residência? _____ pessoa(s)
8. Mora com a família? 1 – ()sim 2 – () não
9. Desenvolve atividade remunerada ou recebe algum benefício? 1 – ()sim 2 – () não
10. Tem acesso a serviços de saúde? 1 – ()sim 2 – () não
11. Se sim, qual? _____

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	≥ 4
Produtos/serviços					
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
PONTUAÇÃO	Total=				
Grau de instrução do chefe ou Responsável pela família	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau (0) Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau (1) Fundamental completo/ 1º. Grau completo (2) Médio completo/ 2º. Grau completo (4) Superior completo (8)				

PONTUAÇÃO	Total=
PONTUAÇÃO FINAL	Total final=

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas

12. Classe econômica: 1 () A1: 42-46 pontos, 2 () A2: 35 - 41 pontos, 3 () B1: 29 - 34 pontos, 4 () B2: 23 - 28 pontos, 5 () C1: 18 - 22 pontos, 6 () C2: 14 - 17 pontos, 7 () D: 8 - 13 pontos, 8 () E: 0 - 7 pontos.

II – DADOS ANTROMÉTRICOS E CLÍNICOS

13. Altura: _____ cm
 14. Peso: _____ Kg
 15. IMC: _____ Kg/m²
 16. Circunferência abdominal: _____ cm
 17. PASM _____ X _____ PADM mmHg
 17.1 PAS1 _____ X _____ PAD1 mmHg
 17.2 PAS2 _____ X _____ PAD2 mmHg
 17.3 PAS3 _____ X _____ PAD3 mmHg

III – DADOS SOBRE HISTÓRICO FAMILIAR

- Existência de casos na família de algumas das seguintes doenças? Se sim, especifique o grau de parentesco.

18. Hipertensão arterial: 1 – () sim 2 – () não, 19. Parentesco: _____
 20. Diabetes: 1 – () sim 2 – () não, 21. Parentesco: _____
 22. Obesidade: 1 – () sim 2 – () não, 23. Parentesco: _____
 24. Infarto: 1 – () sim 2 – () não, 25. Parentesco: _____
 26. AVC: 1 – () sim 2 – () não, 27. Parentesco: _____
 28. Outras: _____
 29. Parentesco: _____

IV – ESTILO DE VIDA

30. Praticar alguma atividade física? 1 – () sim 2 – () não
 31. Se sim, qual?
 1 – () andar de bicicleta 2 – () musculação 3 – () corrida 4 – () caminhada 5 – () futebol
 6 – () natação 7 – () ginástica aeróbica 8 – () capoeira 9 – () outras: _____
 32. Quantas vezes por semana? _____ 33. Duração? _____ minutos
 34. Há quanto tempo? _____

35. Consome bebida alcoólica? 1 – ()sim 2 – ()não

36. Se sim, qual a frequência? _____

37. Quanto ao tabagismo? 1 - () fumante 2 – () ex-fumante 3 – () não fumante

V – HÁBITOS ALIMENTARES

38. Acrescenta sal à comida pronta? 1 – ()sim 2 – ()não

39. Retira a pele do frango no momento do preparo? 1 – ()sim 2 – ()não

40. Retira a gordura da carne no momento do preparo? 1 – ()sim 2 – ()não

41. Faz uso de margarina ou gordura animal no preparo dos alimentos? 1 – ()sim 2 – ()não

42. Utiliza óleo vegetal (soja, girassol, milho) ou azeite de oliva para preparar pratos?

1 – ()sim 2 – ()não

43. Toma mais de três xícaras de café por dia? 1 – ()sim 2 – ()não

44. Tem hábito de comer frutas, legumes e verduras? 1 – ()sim 2 – ()não

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Investigação de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Universitários

Pesquisador responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89)9972-8446

Pesquisadores Participantes: Laís Evêncio Bernardes

Telefone para contato: (89)9406-6097

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa **Investigação de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Universitários**. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa tem como objetivo identificar fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Universitários. A entrevista será registrada o que você disser será utilizado para posterior estudo.

Você poderá sentir constrangimento ao responder perguntas como, por exemplo, a idade, se você fuma ou faz uso de bebidas alcoólicas, ou ainda sentir constrangimento durante a coleta de dados a cerca do peso, estatura e circunferência abdominal. Porém, não será obrigada a responder nenhuma pergunta ou se submeter a nem um procedimento de coleta de dados (mesmo já tendo aceitado participar do estudo). Apenas não poderá mais participar, pois todas as informações do formulário são necessárias.

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Sua participação nesta pesquisa consistirá no fornecimento de dados para preenchimento de formulário com informações referentes à idade, sexo, peso, altura, circunferência abdominal, história de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (por exemplo: Diabetes, Hipertensão Arterial, AVC, Infarto) em familiares, prática de atividade física, hábitos alimentares, tabagismo, uso de bebida alcoólica e pressão arterial.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências reguladoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Você tem direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo e sem nenhuma penalidade.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Investigação de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Universitários**”. Eu discuti com a Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____
Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.brweb: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

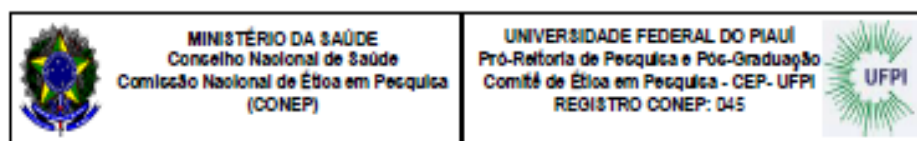
ANEXO A

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2009
A1	42 a 46	11.480
A2	35 a 41	8.295
B1	29 a 34	4.754
B2	23 a 28	2.656
C1	18 a 22	1.459
C2	14 a 17	962
D	8 a 13	680
E	0 a 7	415

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas

ANEXO B



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Investigação de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em universitários.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0427.0.045.000-11

Pesquisador Responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

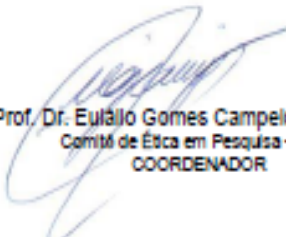
Julho/2012

Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 15/12/2011

Teresina, 27 de Dezembro de 2011.


Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR