

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

DJANE LEITE LEAL

**FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM  
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

PICOS- PIAUÍ

2013

DJANE LEITE LEAL

**FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM  
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros no período de 2013.1, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Msc. Laura Maria Feitosa Formiga.

PICOS-PIAUÍ

2013

Eu, **Djane Leite Leal**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 23 de setembro de 2013

*Djane Leite Leal*

Assinatura

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

**L435f** Leal, Djane Leite.  
Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em acadêmicos de enfermagem / Djane Leite Leal. – 2013.  
CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (48 p.)  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa. Msc. Laura Maria Feitosa Formiga

1. Fatores de Risco. 2. Doenças Crônicas. 3. Estilo de Vida. I. Título.

**CDD 616.462 72**

DJANE LEITE LEAL

**FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM  
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

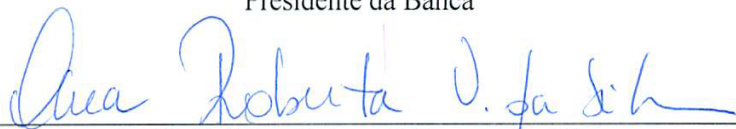
Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros no período de 2013.1, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 13 / 09 / 2013

BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Ms. Laura Maria Feitosa Formiga (Orientadora)  
Universidade Federal do Piauí- UFPI  
Presidente da Banca



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Universidade Federal do Piauí- UFPI  
1º- Examinador



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luisa Helena de Oliveira Lima  
Universidade Federal do Piauí- UFPI  
2º- Examinador

**AOS MEUS PAIS,**

José Leal e Maria Lucelita, pelo Amor mais puro e verdadeiro, por serem minha fonte de inspiração.  
Essa vitória é de vocês!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar, iluminar meus passos e por me conceder sabedoria necessária para concluir essa etapa.

Ao meus Pais, José Leal e Maria Lucelita, por todo o apoio, confiança e motivação em mim depositadas, agradeço por sempre acreditarem no meu potencial quando nem eu mesma acreditava. Nada que eu diga poderá traduzir o que vocês representam para mim, digo apenas, que AMO-OS infinitamente. Tudo por vocês e para vocês!

As minhas irmãs (Djenane, Djeane e Djean), pelo incentivo, amor fraternal, os sonhos compartilhados e pela amizade sincera.

A minha Princesa Kauany (sobrinha) que apesar de não ser minha filha, me faz sentir o amor inexplicável.

A meu namorado, Anderson, pelo companheirismo e por sempre torcer pelas minhas vitórias.

A meu cunhado, João Marcelo, pela amizade.

Aos meus avós, Joana, Pedro Neco, Rosa e Anaziano, pelo exemplo de vida e pelos os ensinamentos.

A minha orientadora Laura Formiga, por compartilhar seus ensinamentos. Obrigada pela paciência e confiança!

A Professora Ana Roberta Vilarouca, pela imensa ajuda no início desse trabalho. Esse trabalho também é seu! Obrigada!

Aos mestres, por fazerem brotar a semente do conhecimento, em especial: Edina, Andressa, Laura, Ana Karla, Ana Roberta, Luisa Helena, Ana Larissa, Walquíria, Marília, Givaneide, Dayze.

Aos meus amigos de turma: Ariana, Patrícia, Ana Beatriz, Sheyla, Simone, Alane, Ionara, Luana, Layla, Laísa, Amanda, Lourival Júnior, Amurab. Obrigado pela amizade e irmandade!

Aos colegas do GPESC- Saúde do Adulto e Idoso, em especial: Abiúde, Débora, Monique pela ajuda na coleta de dados, o meu muito Obrigada!

## RESUMO

Com a crescente urbanização e industrialização, aliada a diminuição progressiva da atividade física, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, tornaram-se a principal causa de morte em adultos. Os principais fatores de risco para essas doenças são: sedentarismo, tabagismo, etilismo, hábitos alimentares não saudáveis. Este estudo teve como objetivo identificar a frequência de fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em acadêmicos de enfermagem de uma instituição pública de Picos-PI. Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal que foi desenvolvida em uma Instituição Pública de Ensino Superior, no período de dezembro de 2012 a setembro de 2013, mediante a um formulário contendo dados socioeconômicos, antecedentes familiares, estilo de vida, dados antropométricos e pressóricos, a coleta de dados ocorreu nos meses de julho a agosto de 2013. A amostra foi constituída de 156 acadêmicos de enfermagem. Os resultados apontaram predominância do sexo feminino (80,1%), a faixa etária variou 18 a 34 anos, com média de 21 anos, sendo que 91% eram solteiros, com renda familiar de um a dois salários mínimos, pertencentes à classe econômica C1-C2, 67,3% apresentaram antecedentes familiares para doenças crônicas não transmissíveis. Quanto ao estilo de vida, 97,4% declararam não fumantes, 51,9% bebem socialmente, 69,9% eram sedentários. Quando investigados quanto aos hábitos alimentares, metade dos estudantes (50%) faz consumo de uma unidade de fruta diária, 41% consumiam embutidos, salgadinhos de duas a três vezes por semana, 36,5% consomem bolos recheados, refrigerantes de duas a três vezes por semana e 16% faz acréscimo de sal no alimento já servido. Em relação aos dados antropométricos, 15,6% da amostra apresentou excesso de peso. Quase a totalidade (93,1%) foi classificada sem riscos cardiovasculares e 6,9% tiveram circunferência abdominal elevada. Quanto aos valores pressóricos, verificou-se que 2,6% apresentavam níveis limítrofes e 1,9% hipertensão estágio I. Na população analisada, pode-se perceber que os principais fatores de risco para DCNT são hereditariedade, etilismo, sedentarismo e excesso de peso. Espera-se direcionar estudantes, educadores e profissionais da saúde para a importância da elaboração de programas de prevenção, incentivando a adoção de hábitos de vida saudáveis, contribuindo para a promoção da qualidade de vida e minimizando a ocorrência prematura das doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Fatores de Risco. Doenças Crônicas. Estilo de Vida. Estudantes de Enfermagem.

## ABSTRACT

With increasing urbanization and industrialization, coupled with a decrease in physical activity, the Chronic Noncommunicable Diseases have become the leading cause of death in adults. The main risk factors for these diseases are: sedentary lifestyle, smoking, alcohol consumption, unhealthy eating habits. This study aimed to identify the frequency of risk factors for Chronic Noncommunicable Diseases in nursing students of a public institution Picos-PI. This is a descriptive and cross which was developed in a Public Institution of Higher Education, from december 2012 to september 2013, by a form containing socioeconomic data, family history, lifestyle, anthropometric and blood pressure, data collection occurred in the months from july to august 2013. The sample consisted of 156 nursing students. The results showed a predominance of females (80.1%), age ranged 18-34 years with a mean 21 years, and 91% were single, with family income between one and two minimum wages, belonging to economy class C1-C2, 67.3% had a family history of chronic diseases. As for lifestyle, 97.4% did not smoke, drink socially 51.9%, 69.9% are sedentary. When investigated regarding eating habits, half of the students (50%) consumes one unit of fruit daily, 41% consumed embedded, snack two to three times per week, 36.5% consume stuffed buns, soft drinks two to three times a week and 16% of salt is increased in the food already served. Regarding anthropometric data, 72.3% of the sample obtained appropriate BMI and 15.6% had excess weight. Almost all (93.1%) were classified without cardiovascular risk and 6.9% had elevated waist circumference. Regarding the blood pressure values, it was found that 2.6% had borderline levels and hypertension 1.9% Stage I. In the population analyzed, one can see that the main risk factors for Chronic Noncommunicable Diseases are heredity, alcohol consumption, physical inactivity and overweight. It is expected to direct students, educators and health professionals to the importance of developing prevention programs, encouraging the adoption of healthy lifestyles, contributing to the promotion of quality of life and minimizing the occurrence of premature Chronic Noncommunicable Diseases.

**Keywords:** Risk Factors. Chronic Disease. Lifestyle. Students, Nursing.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da amostra segundo os dados socioeconômicos dos acadêmicos de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ago., 2013.....	22
Tabela 2- Antecedentes familiares para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em acadêmicos de enfermagem de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ago., 2013.....	23
Tabela 3- Distribuição quanto ao estilo de vida dos acadêmicos de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ ago., 2013.....	24
Tabela 4- Dados antropométricos e pressóricos de acadêmicos de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ago., 2013.....	25
Tabela 5- Distribuição dos dados antropométricos, pressóricos e de estilo de vida em relação ao sexo de acadêmicos de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ago, 2013.....	25

## LISTA DE SIGLAS

ANEP	Associação Nacional de Empresas e Pesquisa
CA	Circunferência Abdominal
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e período de realização do estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4</b>	<b>Variáveis do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Variáveis socioeconômicas.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Varáveis relacionadas a antecedentes familiares.....</b>	<b>21</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Varáveis relacionadas ao estilo de vida.....</b>	<b>21</b>
<b>4.4.4</b>	<b>Varáveis relacionadas aos dados antropométricos e pressóricos.....</b>	<b>21</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>22</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>22</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos e legais.....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>39</b>
	<b>APÊNDICE A- Formulário para coleta de dados.....</b>	<b>40</b>
	<b>APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>43</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXO A- Técnica para medida da pressão arterial.....</b>	<b>46</b>
	<b>ANEXO B- Classificação da medida da pressão arterial.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no Brasil, houve mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e nutricional. Com a crescente urbanização e industrialização, aliada a diminuição progressiva da atividade física, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tornaram-se a principal causa de morte em adultos.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), as DCNT são doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo, hereditariedade e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (relacionada principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física.

Estudos mostram que esses fatores tendem a ocorrer simultaneamente e a presença concomitante de tabagismo e outros fatores de risco para DCNT elevam a probabilidade de o indivíduo desenvolver doenças crônicas (câncer, doença cardiovascular), agravando significativamente o risco de mortalidade (BERTO; CARVALHAES; MOURA, 2010; ROSINI; MACHADO; XAVIER, 2006). No entanto, a redução à exposição a esses fatores contribui para a diminuição da mortalidade e incidência dessas doenças.

Assim, caracterizam-se por apresentar etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam incapacidade ou óbito (MARIATH et al., 2007). Logo, as DCNT geram grandes efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

Com isso, as DCNT constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos, quanto nos de média e baixa renda. As DCNT foram responsáveis por mais de 60% dos óbitos mundiais (MALTA, et al., 2009), em que no Brasil constituem a principal causa de morte em adultos, com destaques para as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2008a).

Portanto, a prevenção e controle das DCNT são componentes fundamentais, assim como o conhecimento da magnitude, distribuição e tendência temporal dos fatores de risco (CASTRO et al., 2008). Nessa perspectiva, os universitários merecem particular atenção por estarem em um momento crucial de sua vida, pois para muitos estudantes o ingresso na universidade corresponde o primeiro momento em que eles terão que se responsabilizar pela moradia, alimentação e gestão de suas finanças. A inabilidade para cumprir tais tarefas,

associado a fatores psicossociais, estilo de vida e situações próprias do meio acadêmico, pode resultar em omissões das refeições, consumo de lanches rápidos e ingestão de refeições desequilibradas (PETRIBÚ; CABRAL; ARRUDA, 2009). Observa-se também a diminuição da atividade física por conta da própria rotina universitária, sugerindo que os acadêmicos tenham vários fatores de risco para as DCNT.

Dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009) apontam que 80% da população adulta são sedentárias e que 52% dos adultos brasileiros estão acima do peso, sendo 11% obesos, o que explica o aumento da morbidade e mortalidade, já que o sedentarismo e a obesidade são fatores de risco para as DCNT (BRASIL, 2005).

Acredita-se que com o crescimento da industrialização, da urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados e globalização de hábitos não saudáveis aliado ao sedentarismo contribui para a predisposição das DCNT. Os fatores de risco tem se tornado cada vez mais frequentes em adultos jovens, o que se torna preocupante.

Sabendo-se que as DCNT é a causa mais comum de morbidade e a principal causa de mortalidade em adultos jovens, além de ter elevado custo de tratamento, isso justifica a realização de pesquisa de monitoramento de seus fatores de risco. Assim sendo, viu-se a importância de um estudo, especialmente entre universitários, por estes possuírem predisposição a inúmeros fatores de riscos para o desenvolvimento das doenças crônicas, visando assim à prevenção e promoção de saúde destes. Espera-se proporcionar a enfermagem maior conhecimento sobre o tema e incentivar os acadêmicos de enfermagem a ter um estilo de vida saudável.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

- ✓ Identificar a frequência de fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em acadêmicos de enfermagem de uma instituição pública de Picos-PI.

### **2.2 Específicos:**

- ✓ Caracterizar a população quanto às variáveis socioeconômicas, antecedentes familiares e de estilo de vida;
- ✓ Analisar as variáveis antropométricas, pressóricas e de estilo de vida quanto ao sexo;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As transformações sociais e econômicas pelas quais o Brasil vem passando desde o último século têm causado mudanças relevantes no perfil morbimortalidade de nossa população. As doenças infecciosas e parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, cederam lugar às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essa transição epidemiológica tem se refletido na área de saúde pública e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNT se tornou uma emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS) (CASADO, 2009).

Essa mesma tendência vem sendo mostrada por Moura (2011), quando afirma que ocorreu importante redução das doenças infecciosas e conseqüentemente aumento das DCNT, constituindo um sério problema de saúde pública. No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas.

Nas DCNT existe a associação de fatores complexos e multivariáveis por se tratarem de doenças presentes no cotidiano dos indivíduos. Os principais fatores ambientais modificáveis são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle do estresse psicoemocional (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), as DCNT representam hoje a maior causa de morte no mundo, sendo que em 2008 foram 36 milhões de mortes, ou seja, 63% do total global de mortes. Além das mortes, muitas evitáveis e prematuras, destacam-se as sequelas e incapacidades deixadas por elas, além do sofrimento e do alto número de anos de vida perdidos.

No entanto, os índices de morte por DCNT já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. Quase dois terços das mortes prematuras em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes adultas são atribuíveis a tais condições (BRASIL, 2011).

Essa mortalidade prematura em adultos e as incapacidades resultantes, parciais ou totais, têm importantes repercussões na qualidade de vida e na rede social desses indivíduos, além dos impactos econômicos, também para o sistema de saúde e seguridade social (AZAMBUJA et al., 2008).

No grupo das DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são as mais representativas e responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade na população brasileira e em todo o mundo, gerando perdas significativas no campo individual e coletivo, de alto custo financeiro e social (LUNA, 2009).

Tais evidências corroboram com Malta et al. (2009), quando afirmam que dentre o grupo das DCNT, as DCV são as principais causa de morte, representando quase um terço dos óbitos do país.

A exposição a fatores de risco comportamentais, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, frequentemente se inicia na adolescência e se consolida na vida adulta. Estes fatores aumentam o risco de desenvolvimento da maioria das DCNT, como as cardiovasculares, diabetes e câncer, principais causas de morbimortalidade na vida adulta (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

Experiências e exposições ao longo da vida, em especial na infância e juventude, têm repercussões de longo prazo na saúde e podem contribuir para desigualdades em saúde na vida adulta e idosa. No Brasil tem cerca de 20 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade e 33 milhões de jovens entre 20 e 29 anos (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

A idade é sempre um fator a ser considerado, pois há evidências mundiais suficientes a respeito de crescentes números de jovens e pessoas de meia idade com algum tipo de problema de saúde crônico (BRASIL, 2011). Esses resultados sugerem que a doença crônica não pode mais ser considerada apenas um problema de idosos.

O acometimento pelas DCNT cada vez mais prematuro na população certamente está relacionado a questões de ordem socioeconômica, de acesso a serviços e saúde, e do padrão alimentar do agitado mundo contemporâneo. No que se refere ao adulto jovem, foco dessa pesquisa, há de se considerar questões psicossociais típicas do desenvolvimento humano nessa fase, de busca por estabilidade, o que, de certa forma, o suscetibiliza (MALTA et al., 2006).

Para Barreto; Passos; Giatti (2009), apesar do conhecimento acumulado e difundido socialmente parece difícil desenvolver um estilo de vida mais saudável, isso porque vários fatores de risco estão relacionados ao prazer instantâneo, que são disseminados na mídia e reforçados pelo o consumismo atual.

Outra questão, é que as DCNT pelo seu caráter assintomático em sua maioria, o que leva a pensar que os impactos dos fatores de risco comportamentais só serão sentidos em idades mais avançadas.



Sabendo-se que alimentação equilibrada e atividade física regular, atuam diretamente na prevenção das DCNT, Marcondelli; Costa; Schmitz (2008) identificou que os universitários da área da saúde (Nutrição, Enfermagem, entre outros) apresentaram em sua maioria inadequação alimentar. Enquanto Feitosa et. al (2010), constatou inadequação alimentar entre universitários, em relação ao consumo de frutas (67,7%), verduras e legumes (84,4%). Tais resultados são similares aos estudos de Bion (2008) e Trancoso (2009), em que os universitários consomem baixa quantidade de frutas e vegetais.

Os maus hábitos alimentares desses universitários poderão está sendo influenciados pelos novos comportamentos, onde transformam a alimentação em válvula de escape para situações de estresse, o que leva os mesmos a predisposição para as DCNT. No entanto, dados recentes indicam que, no Brasil, na maioria das faixas etárias da população, há baixo consumo de frutas, legumes e verduras, isso relacionado à maior morbidade, em especial de doenças crônicas não transmissíveis e excesso de peso corporal (LEVY et al., 2010).

Além disso, os hábitos alimentares pouco saudáveis estão presentes na vida dos jovens pertencentes às classes econômicas mais favorecidas, sendo estes que possuem maior acesso aos alimentos e informações, sendo a dieta adotada usualmente rica em gorduras, açúcares e sódio, com pequena participação das hortaliças e frutas (TORAL; CONTI; SLATER, 2009).

No que diz respeito à atividade física, no estudo de Maciel et al.(2012) com universitários, os valores foram surpreendentemente elevados, 70% praticavam atividade física. Entretanto, estudo realizado por Marcondelli; Costa; Schmitz (2008) com universitários da área da saúde identificou uma realidade mais preocupante: 65% declarou-se sedentária.

Apesar dos benefícios documentados sobre a prática regular de atividade física na melhoria da saúde e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, poucos indivíduos adultos são fisicamente ativos.

Petribú; Cabral; Arruda (2009) justifica o sedentarismo nos estudantes universitários da área de saúde é a falta de tempo, visto se tratar de cursos ministrados em horário integral (manhã e tarde). No entanto, esta situação se torna controversa ao pensar que, por serem estudantes da área de saúde, estes têm o total conhecimento da importância da prática regular de atividade física na qualidade de vida e na promoção da saúde, atuando inclusive como um fator protetor contra o aparecimento de doenças cardiovasculares.

Portanto, os más hábitos alimentares juntamente com a inatividade física levam por consequente a outro fator de risco para as DCNT, a obesidade, que segundo Oliveira et al. (2009) a obesidade enquanto doença resultante do acúmulo do excesso de gordura corpórea,

tem sido tradicionalmente diagnosticada pelo indicador antropométrico índice de massa corporal (IMC), traduzido pela razão do peso pela altura ao quadrado. Esse indicador antropométrico apresenta uma boa correlação com a gordura corporal e com as alterações metabólicas associadas à obesidade. Entretanto, a circunferência da cintura, que expressa a concentração de gordura abdominal, em especial a gordura visceral, é apontada como importante preditor de risco para as DCNT, particularmente para doenças cardiovasculares e diabetes.

No estudo de Oliveira et al. (2009) realizado em Salvador, mostrou que 41,4% das mulheres e 33,4% dos homens estavam com excesso de peso, identificou ainda que 35,7% das mulheres e 12,9% dos homens tinham excesso de gordura abdominal, segundo o indicador de circunferência abdominal. Esses resultados demonstram que o excesso de gordura abdominal é 2,7 vezes mais elevado entre as mulheres quando comparadas com as estimativas dos homens.

O tabagismo é também um importante fator de risco para as DCNT, sozinho, é responsável por uma em cada seis mortes por tais condições, mas mesmo tendo diminuído nos países mais ricos, ao menos entre os homens, está aumentando em países mais pobres, especialmente entre adolescentes. Este aumento se deve às atividades não reguladas da indústria tabagista e de seus esforços para enfraquecer as políticas de controle do tabagismo (BRASIL, 2011).

No estudo de Silva et al. (2009), evidenciou que a maior prevalência de fumantes foi em indivíduos de baixa escolaridade, especialmente os mais jovens entre 18 a 29 anos de idade.

Porém, é importante ressaltar que a idade de experimentação e início do hábito tabágico antes dos 20 anos de idade, está comumente relacionada ao período de transição do Ensino Médio para o Ensino Superior, sendo que muitos jovens podem apresentar o primeiro contato com o cigarro quando estão ingressando na faculdade (MIRANDA et al., 2009).

O álcool, assim como o fumo, também é causa de mortalidade. O consumo de álcool leva a 2.3 milhões de mortes ao ano, 60% das quais dentro do quadro de DCNT (BRASIL, 2011).

Destarte, mudanças no ambiente social e econômico fizeram com que os fatores de risco de DCNT se tornassem generalizadas. As escolhas dos cidadãos em relação ao consumo de álcool e tabaco, por dietas e atividade física, são influenciados por forças que estão além do controle individual, geralmente por pressão da indústria e do comércio respectivo. O

resultado é que produtos pouco saudáveis estão cada vez mais disponíveis e visíveis aos jovens (BRASIL, 2011).

Essa população jovem, a maioria em idade produtiva, constitui público-alvo para estratégias de *marketing* da indústria de consumo e lazer. O conhecimento da associação entre fatores demográficos, socioeconômicos e culturais com comportamentos relacionados à saúde de jovens alicerça o estabelecimento de políticas de promoção da saúde e atendimento às demandas específicas dessa população (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

Para a prevenção e o controle das DCNT são necessárias ações de promoção da saúde com vistas a favorecer comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, bem como o monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco, visando apoiar intervenções em saúde pública (BRASIL, 2005; MALTA *et al.*, 2006). Essas intervenções de saúde pública devem promover comportamento saudável desde as idades mais jovens e, preferentemente desde a infância.

Levando em consideração as informações descritas anteriormente, faz-se necessário à realização de estudos com essa temática e com esse público, adultos jovens (universitários), visto que o acometimento com as DCNT estão cada vez mais prematuro. Assim, a quantificação dos fatores de risco na população de adultos jovens permite identificar o nível de susceptibilidade destes e contribuir com estratégias focadas na prevenção de doenças e promoção da saúde, influenciando para condutas de vida saudáveis e minimização a incidência cada vez mais prematura das DCNT.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritivo e transversal. Segundo Gil (2010) as pesquisas descritivas têm o objetivo primordial de descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma das características marcantes está no uso das técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática. Polit; Beck (2011), afirmam que os estudos transversais envolvem coletas de dados em determinado ponto do tempo.

Este tipo de estudo foi de grande relevância por considerar os objetivos propostos, onde esclareceu o problema e assim definiu os resultados através da investigação realizada.

### 4.2 Local e período de realização do estudo

O estudo foi realizado em uma Instituição Pública de Ensino Superior localizada no município de Picos/PI, no período de dezembro/2012 a setembro/2013.

O campus desta universidade foi criado em 1982, a partir da descentralização da sua sede, iniciou-se com apenas 2 cursos: Licenciatura em Pedagogia, e Licenciatura em Letras. Em 2006, aderiu ao Programa de Expansão e recebeu mais sete novos cursos: Licenciatura em Ciências Biológicas, Licenciatura em História, Licenciatura em Matemática, Bacharelado em Administração, Bacharelado em Enfermagem, Bacharelado em Nutrição e Bacharelado em Sistemas de Informação. O Campus também é pólo para o curso de Administração na modalidade Ensino a Distância (UFPI, 2010).

### 4.3 População e amostra

A população foi constituída de 439 acadêmicos de enfermagem de ambos os sexos, matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem da referida instituição.

Para cálculo da amostra, tendo em vista que a população é finita (POCOCK, 1989), aplicou-se a seguinte fórmula:

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

Onde: n= tamanho da amostra; t= valor da distribuição de Student (t5%= 1,96); P= prevalência do problema (50%); Q= percentagem complementar (100-p); N= número de universitários; e= erro amostral absoluto (e= 5%). Utilizou-se esta prevalência com o intuito de atingir o máximo de amostra possível.

A partir desta fórmula, identificou-se que a amostra seria constituída por 206 acadêmicos. Porém foram excluídos do estudo os acadêmicos do oitavo e nono períodos pela instabilidade de horários. Assim, atingiu-se uma amostragem de 156 acadêmicos de enfermagem do primeiro ao sétimo período. Esse quantitativo foi estratificado entre os sete períodos do curso de enfermagem, com o intuito de assegurar representatividade em cada período. A estratificação ficou da seguinte forma:

I Período	II Período	III Período	IV Período	V Período	VI Período	VII Período
30	28	17	24	18	21	18

Como critérios de inclusão estabeleceram-se os seguintes:

- ✓ Ter idade acima de 18 anos, por conveniência, pois muitos não moram com os responsáveis e não teria como ter a assinatura dos pais/responsáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- ✓ Ser matriculado e frequentar regularmente a Universidade.

Como critérios de exclusão:

- ✓ No caso do sexo feminino está gestante;
- ✓ Impedimento para obtenção das medidas antropométricas.
- ✓ Fazer tratamento para DCNT.

#### 4.4 Variáveis do estudo

As variáveis abordadas nesta pesquisa foram agrupadas em socioeconômicas, antecedentes familiares, relacionadas ao estilo de vida e dados antropométricos e pressóricos.

##### 4.4.1 Variáveis socioeconômicas

**Sexo:** considerou: masculino e feminino.

**Idade:** foi computada em anos.

**Cor:** foi considerada a cor da pele auto referida, a saber: negra, branca, amarela ou parda.

**Renda familiar:** foi considerado o valor bruto dos vencimentos mensais da família do pesquisado em reais.

**Classe econômica:** determinada a partir do Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) elaborado pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). Ele tem como objetivo determinar o poder aquisitivo das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” e partindo para a

classificação em classes econômicas. 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 (ANEP, 2012). De acordo com a ANEP (2012) os cortes do critério no Brasil estão explicitados no QUADRO 1.

QUADRO 1- Critério de corte para a classificação econômica segundo a ANEP, 2012.

CLASSE	PONTOS
A1	42-46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

**Situação conjugal:** foram consideradas as seguintes opções, a saber: casado/união consensual; solteiro; viúvo; separado.

**Com quem mora:** foram computadas as seguintes respostas, a saber: pais; familiares; amigos; companheiro (a); sozinho.

#### 4.4.2 Variáveis relacionadas a antecedentes familiares

Foi considerado grau de parentesco, a saber: pais, avós, tios, irmãos.

#### 4.4.3 Variáveis relacionadas ao estilo de vida

**Tabagismo:** foram classificados em: fumantes diários, fumantes ocasionais, ex-fumantes e não fumantes. Fumantes diários foram considerados os que fumam diariamente, mesmo que eventualmente passe um dia sem fumar; fumantes ocasionais aqueles que fumam socialmente ou em determinadas situações; ex-fumantes são os que deixaram de fumar há pelo menos cinco anos e os não fumantes os que nunca fumaram (WORLD, 1983).

**Etilismo:** considerou-se: não bebe, bebe diariamente e bebe ocasionalmente.

**Atividade Física:** foi considerada a prática de 30 minutos diários, pelo menos cinco dias na semana, a saber: caminhada, ciclismo, natação, musculação, hidroginástica (BRASIL, 2009).

**Hábitos Alimentares:** foi utilizada uma adaptação do questionário sobre alimentação proposto pelo Ministério da Saúde “Como está sua alimentação”.

#### 4.4.4 Variáveis relacionadas a dados antropométricos e pressóricos

**Índice de Massa Corporal (IMC):** a partir da obtenção das medidas de peso e altura foi calculado o IMC definido como a razão entre o peso (kg) e o quadrado da altura(m). O peso foi mensurado a partir de uma balança digital portátil, com capacidade de 150 kg. A estatura foi verificada com fita métrica inextensível. A fim de assegurar a precisão da estatura, os pesquisados foram orientados a se posicionarem eretos e imóveis, com as mãos espalmadas sobre as coxas e com a cabeça ajustada ao plano de Frankfur. Os sujeitos foram considerados com baixo peso aqueles com  $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ , peso saudável  $IMC \geq 18,5$  e  $< 25$ , sobrepeso, os sujeitos com valores situados entre 25,0 e 29,9  $\text{Kg/m}^2$ ; e com obesidade, aqueles com  $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$  (BRASIL, 2008b).

**Circunferência Abdominal (CA):** medida com uma fita flexível, em um nível intermediário entre o último arco costal e a crista ilíaca. Foi considerado de alto risco para as doenças cardiovasculares nos homens com  $CA > 102$  cm e nas mulheres com  $CA > 88$  cm (GHARAKHANLOU et al., 2012).

**Pressão Arterial:** a técnica para medida da pressão arterial (ANEXO A) e a classificação (ANEXO B) foi feita de acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010).

#### 4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2013, em uma sala de aula destinada para tal atividade. O convite para participar foi formulado quando os estudantes estavam em sala de aula. Na ocasião foi explicado que se tratava de uma pesquisa sobre fatores de risco para DCNT e que teriam que responder a um formulário (APÊNDICE A) contendo informações sobre dados socioeconômicos, sobre o estilo de vida e dados antropométricos e pressóricos. Os dados foram coletados pela pesquisadora participante e integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC).

#### 4.6 Análise dos dados

Inicialmente os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excel 2010. Em seguida os dados foram transportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 onde foram calculadas as medidas estatísticas, desvio padrão e teste Pearson *Chi-Square*.

Para todas as análises estatísticas inferenciais foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com  $p < 0,05$ .

#### 4.7 Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Os que concordaram em participar assinaram o TCLE (APÊNDICE B), no qual constam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo não trará nenhum prejuízo ou complicações para os participantes.

Todos os preceitos éticos e legais envolvidos na pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme a Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).



## 5 RESULTADOS

Os resultados demonstraram que dos 156 acadêmicos de enfermagem que participaram da pesquisa, verificou-se que 125 (80,1%) eram do sexo feminino. Quanto à faixa etária, observou-se que a idade variou de 17 a 34 anos de idade, sendo que a maior frequência ocorreu entre 18 a 24 (92,4%) anos, a média de idade entre ambos os sexos foram 21 anos com desvio padrão de 2,9 anos (Tabela 1).

Em relação à cor referida pelos participantes predominou-se a cor parda com 91 (58,3%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos 73 (46,5%), pertencentes a classe econômica C1-C2 86 (55,1%) de acordo com os Critérios de Classificação Econômica do Brasil (CCEB). Quase a totalidade declarou-se solteiro 142 (91%) e que moram com os pais 63 (40,4%) (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização da amostra segundo os dados socioeconômicos dos acadêmicos de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ago., 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média±DP</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	<b>125</b>	<b>80,1</b>	
Masculino	31	19,9	
<b>Faixa etária</b>			21±2,9
18 – 24	<b>144</b>	<b>92,4</b>	
25– 34	12	7,6	
<b>Cor</b>			
Branca	47	30,2	
Negra	15	9,6	
Amarela	03	1,9	
Parda	<b>91</b>	<b>58,3</b>	
<b>Renda Familiar</b>			
< 1 salário mínimo*	05	3,1	
1 a 2 salários mínimos	<b>73</b>	<b>46,5</b>	
3 a 4 salários mínimos	60	38,5	
5 ou mais salários mínimos	18	12,3	
<b>Classe Econômica</b>			
A1	12	7,7	
B2	43	27,6	
C1-C2	<b>86</b>	<b>55,1</b>	
D	15	9,6	
<b>Situação Conjugal</b>			
Casado	09	5,8	
Solteiro	<b>142</b>	<b>91</b>	
Viúvo	02	1,3	
Separado	03	1,9	
<b>Com Quem Mora</b>			
Pais	<b>63</b>	<b>40,4</b>	
Familiares	23	14,7	

(Continua)

(Continuação)		
Amigos	53	34
Companheiro (a)	08	5,1
Sozinho	09	5,8

\*Valor do salário mínimo no corrente ano: R\$ 678,00

Observa-se, pela tabela 2, que grande parte dos acadêmicos pesquisados 105 (67,3%) tem antecedentes familiares para DCNT, e que a hipertensão arterial está entre as DCNT mais prevalente nos familiares 42(26,9%), sendo que os avós 41 (26,9%) são os que possuem mais doenças crônicas.

Tabela 2- Antecedentes familiares para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em acadêmicos de enfermagem de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ago., 2013.

Variáveis	n	%
<b>Antecedentes Familiares</b>		
Sim	<b>105</b>	<b>67,3</b>
Não	51	32,7
<b>DCNT</b>		
DM*	17	10,9
HAS*	<b>42</b>	<b>26,9</b>
HAS+DM	33	21,1
Neoplasias	08	5,1
Outros	05	3,3
<b>PARENTESCO</b>		
Pais	36	23,1
Avós	<b>41</b>	<b>26,9</b>
Pais+ Avós	14	8,9
Tios	04	2,6
Outros	10	5,8

\*DM= Diabetes Mellitus; HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na tabela 3, mostra a distribuição quanto ao estilo de vida dos acadêmicos; constata-se que quase a totalidade do pesquisados 152 (97,4%) não são fumantes, porém 81(51,9%) afirmaram beber socialmente. No que se concerne à atividade física, a maioria 109 (69,9%) não pratica atividade física, são considerados sedentários. No entanto, a musculação 35 (22,4%) foi atividade física predominante entre os ativos.

Quando indagados sobre o consumo diário de frutas, a metade 78 (50%) admitiu que consumia uma unidade e um terço 56 (35,9%) afirmou não retirar a gordura aparentes nas carnes; com relação ao consumo de embutidos, frituras, salgadinhos, carnes salgadas 64 (41%) faziam consumo de 2 a 3 vezes por semana e 57 (36,5%) consome de 2 a 3 vezes por semana bolos recheados, biscoitos doces, refrigerantes, sucos industrializados. Obteve-se que 25 (16%) fazem acréscimo de sal nos alimentos quando já servidos (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição quanto ao estilo de vida dos acadêmicos de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ ago., 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média±DP</b>
<b>Tabagismo</b>			
Não Fumante	<b>152</b>	<b>97,4</b>	
Ex- Fumante	02	1,3	
Fumante Ocasional	02	1,3	
<b>Etilismo</b>			
Não Bebe	75	48,1	
Bebe Socialmente	<b>81</b>	<b>51,9</b>	
<b>Atividade Física</b>			
Ativo	47	30,1	
Musculação	<b>35</b>	<b>22,4</b>	
Caminhada	10	6,4	
Futebol	02	1,3	
Sedentário	<b>109</b>	<b>69,9</b>	
<b>Hábitos Alimentares</b>			
Frutas			3,17±1,0
Não come frutas	18	11,5	
3 ou mais	15	9,6	
2 unidades	45	28,9	
1 unidade	<b>78</b>	<b>50,0</b>	
Retira Gorduras Aparentes			
Sim	100	64,1	
Não	<b>56</b>	<b>35,9</b>	
Consumo Embutidos, salgadinhos			2,87 ± 3,0
Raramente ou nunca	19	12,2	
Todos os dias	38	24,4	
2 a 3x/semana	<b>64</b>	<b>41,0</b>	
4 a 5x/semana	15	9,6	
Menos de 2x/semana	20	12,8	
Bolos recheados, refrigerantes			
Raramente ou nunca			2,9 ± 3,0
Todos os dias	20	12,8	
2 a 3x/semana	34	21,8	
4 a 5x/semana	<b>57</b>	<b>36,5</b>	
Menos de 2x/semana	24	15,4	
Acrescenta Sal	21	13,5	
Sim	<b>25</b>	<b>16,0</b>	
Não	131	84,0	

Ao que se refere à variável IMC, 21 (13,2%) possuíram sobrepeso e 4 (2,4%) obesidade, com média de 22 kg/m<sup>2</sup>, desvio padrão de 3,17, mínimo de 15,7 e máxima de 33 kg/m<sup>2</sup>. Para a CA, 15 (6,9%) obtiveram-se cintura elevada, com uma média de 77 cm, desvio padrão 8,1, mínimo de 62 e máxima de 107 cm (Tabela 4).

Com relação à pressão arterial, 3 (1,9%) dos sujeitos apresentaram hipertensão estágio I e 4 (2,6%) níveis pressóricos limítrofes. A média da pressão sistólica (PAS) foi de 108 mmHg, desvio de 10,9, mínima de 90 e máxima de 150 mmHg. Para pressão diastólica

(PAD), a média foi de 71 mmHg, desvio padrão de 8,5, mínima de 54 e máxima de 99 mmHg (Tabela 4).

Tabela 4- Dados antropométricos e pressóricos de acadêmicos de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ago., 2013.

Variáveis	n	%	Média±DP
<b>IMC</b>			22± 3,17
Baixo Peso	19	12,1	
Adequado	112	72,3	
Sobrepeso	<b>21</b>	<b>13,2</b>	
Obesidade	04	2,4	
<b>Circunferência Abdominal</b>			77±8,1
Normal	141	93,1	
Elevada	<b>15</b>	<b>6,9</b>	
<b>Pressão Arterial</b>			PAS: 108 ± 10,9 PAD: 71 ± 8,5
Ótima	119	76,3	
Normal	30	19,2	
Limítrofe	04	2,6	
Hipertensão Estágio I	<b>03</b>	<b>1,9</b>	

A tabela 5 mostra a frequência de fatores de risco para DCNT em relação ao sexo. Consta-se, pela tabela 5, que ao se cruzar a variável IMC em relação ao sexo, os acadêmicos do sexo masculino apresentam IMC mais elevado (22,6%) quando comparados ao do sexo feminino. Entretanto, a CA aumentada foi prevalente no sexo feminino (8%). Não houve associação significativa entre sexo e IMC ( $p= 0,133$ ), já entre sexo e CA foi estatisticamente significante ( $p= 0,030$ ).

Verificou-se, que 16,1% do sexo masculino apresentaram pressão arterial elevada, tendo predominância com relação ao sexo feminino. Quanto ao tabagismo, quase a totalidade (98,5%) das mulheres não são fumante. A grande maioria dos homens (83,9%) admitiu beber socialmente. No entanto, 73,6% das mulheres declararam serem sedentárias. Logo, a pressão arterial, o tabagismo, etilismo e a atividade física apresentaram associação significante em relação o sexo, com  $p=0,000$ ;  $p= 0,013$ ;  $p= 0,000$ ;  $p=0,042$ , respectivamente (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição dos dados antropométricos, pressóricos e de estilo de vida em relação ao sexo de acadêmicos de uma Universidade Pública. Picos-PI, jul./ago, 2013.

Variáveis	Feminino		Masculino		p*
	N	%	N	%	
<b>IMC</b>					
Normal	107	85,6	24	77,4	p= 0,133
Elevado	<b>18</b>	<b>14,4</b>	<b>07</b>	<b>22,6</b>	
<b>CA</b>					
Normal	115	92	30	96,7	p= 0,030
Elevada	<b>10</b>	<b>08</b>	<b>01</b>	<b>3,3</b>	

(Continua)

(Continuação)					
<b>PA</b>					
Normal	123	98,4	26	83,8	p= 0,000
Elevada	<b>02</b>	<b>1,6</b>	<b>05</b>	<b>16,1</b>	
<b>Tabagismo</b>					
Não Fumante	<b>123</b>	<b>98,5</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	p= 0,013
Fumante Ocasional	02	1,5	-	-	
<b>Etilismo</b>					
Não Bebe	70,0	56,0	05	16,1	p= 0,000
Bebe Socialmente	<b>55,0</b>	<b>44,0</b>	<b>26</b>	<b>83,9</b>	
<b>Atividade Física</b>					
Ativo	33,0	26,4	14	45,2	p= 0,042
Sedentário	<b>92,0</b>	<b>73,6</b>	<b>17</b>	<b>58,8</b>	

\*p= Teste Pearson *Chi-Square*

## 6 DISCUSSÃO

É amplamente conhecida a associação entre condições e modos de vida e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, que são hoje extremamente relevantes no cenário epidemiológico mundial. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que esse modo de vida está entre as condições responsáveis por grande número de doenças e mortes nos países em desenvolvimento e, em particular, na região epidemiológica das Américas onde se encontra o Brasil (WHO, 2002).

Este estudo apresenta a frequência dos fatores de risco para DCNT, foi desenvolvido com 156 universitários de ambos os sexos, sendo que a predominância foi do gênero feminino (80,1%). Assim como nos estudos de Nunes Filho et al. (2007) e Peres et al. (2010) também obtivemos maior representação de adultos jovens do sexo feminino, acreditamos que este fato esteja relacionado não só a questões demográficas, mas pela crescente participação das mulheres no campo profissional e, conseqüentemente, no educacional (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Para Petribú; Cabral; Arruda (2009) a predominância do sexo feminino observada não é nenhuma surpresa, tendo em vista que esse é um fato comum em vários cursos da área de saúde, como Nutrição, Enfermagem, Fonoaudiologia, entre outros.

Os universitários com faixa etária entre 18 a 24 anos apareceram com maior frequência (92,4%), tendo em vista que esta é a faixa de idade em que os jovens estão ingressando e saindo, respectivamente do âmbito universitário. A cor auto referida por grande parte dos universitários foi à parda (58,3%), 55,1% pertencem à classe econômica C1-C2. Quase a totalidade dos sujeitos são solteiros (91%), o que condiz com a realidade de outras pesquisas realizadas com universitários (FONTES; VIANNA, 2009; MATUTE; PILLON, 2008) e moram com os pais (40,4%).

Verificou-se no presente estudo, que 67,3% dos pesquisados tem antecedentes familiares para DCNT, em que a hipertensão arterial (26,9%) foi a mais prevalente entre as doenças crônicas entre os familiares, o que já revela um importante fator de risco para desenvolvimento de DCNT. Contra esta tendência genética é necessário a manutenção de um estilo de vida saudável, com adequação ao exercício físico, a uma dieta rica em frutas e verduras, dentre outros. Tais condições sofrem influência direta dos fatores socioeconômicos dos quais dispõem os sujeitos. Nos adultos jovens estudados a renda mensal foi de até dois salários mínimos para 46,5% deles, o que não garante poder de acesso a muitos dos itens considerados necessários à manutenção de uma condição saudável.

No que concerne as variáveis relacionadas ao estilo de vida, foi investigado tabagismo, etilismo, prática de atividade física, hábitos alimentares. Quando questionados sobre o tabagismo, 97,4% declararam-se não fumantes, realidade semelhante foi encontrada no estudo de Rodrigues; Cheik; Mayer (2008) com universitários de Gurupi (TO), em que 80,5% assumiram serem não fumantes. Segundo Silva et al.(2009), o tabagismo é considerado o principal fator de risco passível de prevenção para várias doenças crônicas e é responsável por um grande número de mortes prematuras no mundo.

Em relação à variável etilismo, 51,9% dos acadêmicos fazem uso de bebidas alcoólicas. Estudos realizados entre universitários de países latinos apontam índices de consumo de bebidas alcoólicas superiores a 50%, o que representa padrões de comportamento de consumo de bebidas alcoólicas diferentes da população em geral, além de estarem em posição vulnerável para o consumo e envolvimento em comportamentos de risco, sendo esta uma das grandes preocupações quanto à sua saúde (PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; PILLON; WEBSTER, 2006).

No entanto, no estudo de Matute; Pillon (2008) com estudantes de enfermagem de Honduras, apenas 25,1 % faz uso de bebidas alcoólicas, o que difere dos outros resultados mencionados anteriormente.

Constatou que entre os universitários investigados, o sexo masculino (83,9%) faz maior consumo de bebidas alcoólicas quando comparados ao sexo oposto, esse achado converge com o estudo de Colares; Franca; Gonzalez (2009) realizado com universitários da área da saúde de universidades públicas do Estado de Pernambuco.

Entretanto, o consumo de álcool é um dos principais problemas de Saúde Pública que afetam consideravelmente os setores mais vulneráveis da sociedade, como, por exemplo, os jovens, principalmente os estudantes, cuja etapa da vida é a que apresenta maior risco para iniciar o consumo de álcool e tabaco, considerados por sua vez como porta de entrada para o uso de outras drogas (MATUTE; PILLON, 2008). Logo, o uso de bebidas alcoólicas em universitários pode funcionar como um meio de socialização, promovendo o encontro entre os jovens e a aceitação ao meio entre cada um deles.

Acerca da prática de atividade de física, a maioria (69,9%) dos pesquisados não praticam atividade física, são considerados sedentários. Esse resultado diverge com o estudo realizado com universitários de Teresina de uma Universidade Pública, em que revelou a proporção 28,4% estudantes sedentários (MARTINS et al., 2010).

Fontes; Vianna (2009) acrescenta, que apesar de se conhecer os prejuízos, tanto individuais como coletivos, advindos da condição de baixo nível de atividade física, observa-

se uma tendência nas últimas décadas de redução dos níveis de atividade física das populações. Tal fenômeno tem se constituído em importante campo de investigação, em especial, em jovens universitários por dois motivos: porque o ingresso na universidade é um evento marcado por novas relações sociais, com a possibilidade de adoção de estilo de vida sedentário; e porque a juventude é uma fase bastante oportuna para se colocar em prática medidas preventivas. É nesta fase que o estilo de vida está sendo consolidado juntamente com a independência do jovem.

Em consonância a isso, observou-se que o sedentarismo foi mais prevalente no sexo feminino (73,6%). Esse achado condiz com o estudo de Marcondelli; Costa; Schmitz (2008) realizado com estudantes de cursos da área da saúde, onde verificaram que os homens possuem uma média mais elevada de atividade física do que as mulheres.

Crespo et al.(2000), observaram que a inatividade física é mais prevalente em mulheres, negros e hispânicos, nas pessoas com menor nível de educação. Baixos níveis de atividade física no lazer também têm sido fortemente associados com baixa condição socioeconômica.

Quando investigados sobre hábitos alimentares, 50% afirmaram consumir uma unidade diária de fruta, 41% fazem consumo de duas a três vezes por semana de embutidos, frituras, salgadinhos e 36,5% consomem bolos recheados, refrigerante, sucos industrializados de duas a três vezes por semana, 16% faz acréscimo de sal nos alimentos já servidos. Conforme Brasil (2008b), uma alimentação saudável contribui para a proteção contra as DCNT e potencialmente fatais, como diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer, que, em conjunto, estão entre as principais causas de incapacidade e morte no Brasil e em vários outros países.

Assim sendo, o consumo freqüente e em grande quantidade de gorduras, açúcar e sal aumentam o risco para as DCNT. Portanto, os produtos derivados da carne, embutidos, hambúrgueres, refrigerantes, bolos recheados, biscoitos doces, têm quantidades bem maiores de açúcares, gordura e alto teor de sal, devendo ser consumidos apenas ocasionalmente (BRASIL, 2008b).

De acordo com Alves; Boog (2007), em seu estudo sobre o comportamento alimentar em moradia estudantil, a maioria dos estudantes universitários relacionou a má alimentação ao fato de não ter uma companhia na hora das refeições. Afirmaram que fazer as principais refeições acompanhados da família, principalmente, favorece na escolha de alimentos dando preferência a alimentos saudáveis.



Partindo para aos dados antropométricos e pressóricos, a maioria (72,3%) dos investigados possui IMC adequado, porém 15,6% apresentaram excesso de peso, sendo as proporções de sobrepeso e obesidade de 13,2% e 2,4%, respectivamente. Esses resultados são similares com outra pesquisa feita entre universitários do Piauí, em que 15,2% tinham sobrepeso e 3% obesidade (MARTINS et al., 2010).

No tocante a circunferência abdominal, 6,9% dos universitários tiveram risco aumentado para doenças cardiovasculares, esse achado foi concordante com o estudo de Martins et al. (2010), onde detectou que 7,9% dos estudantes tinham risco aumentado para doenças cardiovasculares. Porém, esses resultados destoaram com o estudo de Vilarinho et al. (2008), aonde 15% exibiam circunferência abdominal elevada. Verificou-se que 8% do sexo feminino pareceram com CA elevada, tendo predominância em relação ao sexo masculino. No estudo de Simão et al. (2008), o risco cardiovascular aumentado prevaleceu também no sexo feminino.

Para Oliveira et al. (2009), a obesidade integra o conjunto das DCNT, a sua ocorrência vem aumentando no mundo inteiro. A distribuição segundo o sexo mostra que as mulheres concorrem com as mais altas prevalências de obesidade e que existe um gradiente segundo a escolaridade indicando maior ocorrência entre os indivíduos com baixo nível de escolaridade. Os fatores de risco da obesidade e do sobrepeso têm sido creditados às mudanças sociais, culturais, ambientais e comportamentais, expressos especialmente nas mudanças no padrão alimentar e estilo de vida da população, que se caracterizam pela redução da atividade física, prática do tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e pelo aumento da taxa de urbanização.

Reportando a variável pressão arterial, a maioria (76,3%) dos sujeitos da amostra obteve classificação ótima, não obstante 19,2% foram consideradas normais, 2,6% níveis limítrofes e 1,9% foram enquadrados com hipertensão estágio I. Constatou-se que os níveis pressóricos acima dos valores da normalidade fizeram-se presentes predominantemente no sexo masculino (16,1%). No estudo de Martins et al.(2010), evidenciaram realidade divergente a esses achados, 9,7% dos estudantes apresentaram níveis pressóricos acima dos valores da normalidade, porém sendo maior também entre os homens. Todavia, a prevalência da pressão arterial aumentada aqui encontrada (16,1%) foi inferior a encontrada no estudo de Simão et al. (2008), (23,5%) em população universitária.

Em razão dos fatores de risco apresentados, faz-se necessário conhecer e divulgar, não apenas no meio universitário, mas também para a população em geral, a prevalência dos principais fatores de risco para as DCNT em adultos jovens (universitários). Deste modo, a

população de estudantes universitários, ganha destaque principalmente diante do papel fundamental do ensino superior na adoção de planos e ações preventivos para proporcionar ao graduando a possibilidade de modificar a comunidade onde está inserido.

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar os principais fatores de risco para DCNT em acadêmicos de enfermagem, com o intuito de verificar a susceptibilidade destes. Na população analisada, pode-se perceber que os principais fatores de risco para DCNT são hereditariedade, etilismo, sedentarismo e excesso de peso. Nota-se que esses estudantes estão expostos quase que exclusivamente a fatores modificáveis, que são passíveis de prevenção.

Quanto à caracterização das variáveis socioeconômicas, observou-se que a maior parte dos estudantes pertence à faixa etária compreendida entre 18 a 24 anos, autodenominaram-se pardos, solteiros, moram com os pais e pertence à classe econômica C1-C2. Em relação aos dados antropométricos, pressóricos e de estilo de vida percebeu-se que a maioria tem IMC adequado, CA normal, PA ótima e foram classificados não fumantes.

É importante ressaltar, que houve diferenças entre os gêneros quanto à exposição aos fatores de risco, observou-se, por exemplo, que o excesso de peso e uso de bebidas alcoólicas predominou no sexo masculino, já o sedentarismo sobrelevou no gênero feminino, destacando a necessidade de estratégias diferenciadas para cada grupo.

Contudo, a manutenção desses fatores de risco identificados entre estes estudantes pode, se não corrigida, contribuir para uma série de doenças crônicas futuramente. Destarte, é fundamental que os estudantes tenham conhecimento acerca da prevalência desses fatores de risco para DCNT, podendo alertá-los.

Uma das limitações desse estudo foi à amostra ter pouca disponibilidade de tempo, devido ao curso ser integral, o que dificultou a coleta de dados. Assim, aponta-se a necessidade de ações de promoção dirigidas aos adultos jovens (universitários), visto que o estilo de vida contemporâneo está cada vez mais visível e disponível a estes.

Com isso, acredita-se que esses achados possam direcionar estudantes, educadores e profissionais da saúde para a importância da elaboração de programas de prevenção. Programas incentivando a adoção de hábitos de vida saudáveis voltados não só para a comunidade universitária, mas para a população em geral, podendo contribuir para a promoção de qualidade de vida e minimizando a ocorrência cada vez mais prematura das DCNT e de possíveis complicações evitáveis. Sugeriu-se a necessidade de uma abordagem diferenciada e a elaboração de estratégias de promoção de saúde adequadas para cada gênero.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ANEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>. Acesso em: 18 fev. 2013.
- ALVES, H. J.; BOOG, M. A. F. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para a promoção da saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 197-204, 2007.
- AZAMBUJA, M. I. R. et al. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arq. Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 3, p. 163-171, 2008.
- BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.43, supl 2, p.9-17, 2009.
- BERTO, S.J.P.; CARVALHAES, M.A.B.L.; MOURA, E.C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.8, p.1573-82, 2010.
- BION, F. M. et al. Estado nutricional, medidas antropométricas, nível socioeconômico y actividad física em universitarios brasileiros. **Rev.Nutr. Hosp.**,v. 23, n. 3, p. 234-241, 2008.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, Seção 1, n.12, p.59, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis**. 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1)>. Acesso em: 18 dez. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios e para os Sistemas de Saúde**. Brasília, 2011.
- \_\_\_\_\_. **16,4% dos brasileiros praticam atividade física**. 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10081](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10081)>. Acesso em: 20 fev. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, 2008a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2008b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2005.

- CASADO, 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.
- CASTRO, I.R.R. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.10, p.2279-88, 2008.
- COLARES, V.; FRANCA, C.; GONZALEZ, E. Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.3, p.521-528, 2009.
- CRESPO, C.J. et al. Prevalence of physical inactivity and its relation to social class in US adults: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Med Sci Sport Exerc**, v.31, n.12, p.1821-7, 2000.
- FEITOSA, E.P.S. et al. Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública do Nordeste, Brasil. **Alim Nutr.**, v.21, n.2, 2010.
- FONTES, A.C.D.; VIANNA, R.P.T. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste-Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.1, p.20-9, 2009.
- GHARAKHANLOU, R. et al. Medidas antropométricas como preditoras de fatores de risco cardiovascular na população do Irã. **Arq Bras Cardiol**, v.98, n.2, p.126-135, 2012.
- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- LEVY, R.B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, 2009. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, supl 2, p. 3085-97, 2010.
- LUNA, R. L. **Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.
- MACIEL, E.S. et al. Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. **Rev.Nutr.**, v.25, n.6, p.707-718, 2012.
- MALTA, D.C. et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiol. Ser. Saúde**, v.18, n. 1, p. 7-16, 2009.
- MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.
- 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. **Rev.Nutr.**, v.21, n.1, p.39-47, 2008.
- MARIATH, A.B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuárias de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.4, p.897-905, 2007.

MARTINS, M.C.C. et al. Pressão Arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.2, p.192-199, 2010.

MATUTE, R.C.; PILLON, S.C. Uso de bebidas alcoólicas em estudantes de enfermagem em Honduras. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, 2008.

MIRANDA, J.S. et al. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em uma unidade universitária. **Enfermagem Brasil**, v. 8, n. 5, p. 266-271, 2009.

MOURA, E.C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.3, p.486-496, 2011.

NUNES FILHO, J. R. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 5, p. 319-324, 2007.

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

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PEUKER, A.C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Piscol: Teoria e Pesquisa**, v.22, n.2, p.193-200, 2006.

PETTRIBÚ, M.M.V; CABRAL, P.C.; ARRUDA, K.G.A. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo entre universitários. **Rev Nutri**, v.22, n.6, p.837-846, 2009.

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

PILLON, S.C.; WEBSTER, C. C. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **Rev UERJ**, v.14, n.3, p.325-32, 2006.

POCOCK, S.J. **Clinical trials** – a practical approach. Great Britain: John Wiley & Sons, 1989.

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

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M; RIBEIRO, S.M.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.7-17, 2012.

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

ROSINI, N.; MACHADO, M.J.; XAVIER, H.J. Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque, SC. **Arq Bras Cardiol**, v.86, n.3, p.219-22, 2006.

SILVA, G.A. et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v.43, supl 2, p.48-56, 2009.

SIMÃO, M. et al. Hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.4, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v.95, supl.1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 2009. **Exercício anti-sedentarismo/obesidade**. Disponível em:< <http://www.cardiol.br/funcor/epide/exerc.htm>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

SPSS Incorporation.Statistical for the Social Sciences – SPSS [software].Versão 20.0.

TORAL, N.; CONTI, M.A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.11, p.2386-94, 2009.

TRONCOSO, C.; AMAYA, J. P. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. **Rev. Chil. Nutr.**, v. 36, n. 4, p.1090-1097, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. 2010. **A UFPI CAMPI/PICOS**. Disponível em: < <http://www.ufpi.br/page.php?pai=87&id=27>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

VILARINHO, R.M.F. et al. Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de diabetes mellitus tipo 2. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.3, p.452-56, 2008.

WHO, World Health Organization. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy live**. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Smoking control strategies developing countries**. Geneva, 1983.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados

### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Semestre: \_\_\_\_\_

### II – DADOS SOCIOECONÔMICOS

1. **Sexo:** 1 ( ) feminino 2 ( ) masculino.

2. **Idade (anos):** \_\_\_\_\_

3. **Cor (auto-referida):** 1 ( ) branca 2 ( ) negra 3 ( ) amarela 4 ( ) parda

4. **Qual a renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família) R\$:** \_\_\_\_\_

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	≥ 4
<b>Produtos/serviços</b>					
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 doméstica	0	3	4	4	4
Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira simples	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
<b>PONTUAÇÃO</b>	Total=				
<b>Grau de instrução do chefe ou Responsável pela família</b>	Analfabeto/ Fundamental I Incompleto (0) Fundamental I Completo/ Fundamental II incompleto (1) Fundamental II Completo / Médio Incompleto (2) Médio Completo/ Superior incompleto (4) Superior Completo (8)				
<b>PONTUAÇÃO</b>	Total=				
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	<b>Total final=</b>				

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisa (2012).

5. **Classe econômica:** ( ) A1 (42-46) ( ) A2 (35-41) ( ) B1 (29-34) ( ) B2 (23-28)  
( ) C1 (18-22) ( ) C2 (14-17) ( ) D (8-13) ( ) E (0-7)

6. **Situação conjugal:** 1 ( ) casado/união consensual 2 ( ) solteiro 3 ( ) viúvo 4 ( ) separado

7. **Com quem mora:** 1 ( ) pais 2 ( ) familiares 3 ( ) amigos 4 ( ) companheiro(a) 5 ( ) sozinho

### III- ANTECEDENTES FAMILIARES

8. Alguém na família tem alguma doença crônica não transmissível:

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Se Sim: Qual(is): \_\_\_\_\_

Quem? ( ) Pais ( ) Avós ( ) Irmãos ( ) Tios

#### IV- ESTILO DE VIDA

##### 9. Tabagismo

1( ) Não Fumante 2( ) Ex- fumante 3( ) Fumante diário 4( ) Fumante Ocasional

##### 10. Etilismo

1( ) Não Bebe 2( ) Bebe Socialmente 3( ) Bebe Diariamente

##### 11. Atividade Física

Pratica alguma atividade física?

1( ) Sim 2( ) Não

Se Sim: Qual? \_\_\_\_\_

##### 12. Hábitos Alimentares

Qual a quantidade (unidade, fatia, pedaço) de fruta você come por dia?

1( ) Não como frutas 2( ) 3 ou mais 3( ) 2 unidades 4( ) 1 unidade

Você costuma tirar a gordura aparente nas carnes, a pele de frango ou outro tipo de ave?

1( ) Sim 2( ) Não 3( ) Não como carne vermelha ou frango

Com que frequência você come os seguintes alimentos: embutidos, frituras, salgadinhos, carnes salgadas?

1( ) Raramente ou nunca 2( ) Todos os dias 3( ) 2 a 3 vezes por semana 4( ) 4 a 5 vezes por semana 5( ) Menos de 2 vezes por semana

Com que frequência você come os seguintes alimentos: bolos recheados, biscoitos doces, refrigerante, sucos industrializados?

1( ) Raramente ou nunca 2( ) Todos os dias 3( ) 2 a 3 vezes por semana 4( ) 4 a 5 vezes por semana 5( ) Menos de 2 vezes por semana

Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

1( ) Sim 2( ) Não

#### V- DADOS ANTROPOMÉTRICOS

13. Peso \_\_\_\_\_ kg

14. Altura \_\_\_\_\_ cm

15. IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

16. CA \_\_\_\_\_ cm

17. PAS1 \_\_\_\_\_ X PAD1 \_\_\_\_\_ mmHg

PAS2 \_\_\_\_\_ X PAD2 \_\_\_\_\_ mmHg

PAS3\_\_\_\_\_X PAD3\_\_\_\_\_mmHg

PASM\_\_\_\_\_X PADM\_\_\_\_\_mmHg

**APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do projeto:** Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não transmissíveis em Acadêmicos de Enfermagem.

**Pesquisador Responsável:** Laura Maria Feitosa Formiga

**Instituição/Departamento:** UFPI/CSHNB/Picos

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (89) 9934-0066

**Pesquisador Participante:** Djane Leite Leal

**e-mail:** djaneleal@hotmail.com

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. 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.

Estou realizando uma pesquisa sobre: Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não transmissíveis em Acadêmicos de enfermagem. As DCNT são doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física. A melhor forma de evitá-lo é a prevenção dos fatores de risco citados acima. Caso você aceite o convite, deverá responder um formulário contendo dados socioeconômicos, antecedentes familiares, estilo de vida, dados antropométricos e pressóricos. Devo esclarecer que sua participação não envolverá riscos.

Asseguro que sua identidade será mantida em segredo e que você poderá retirar seu consentimento para a pesquisa em qualquer momento, bem como obter outras informações se lhe interessar. Além disso, sua participação não envolverá nenhum custo para você.

**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 “Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não transmissíveis em Acadêmicos de enfermagem”. Eu discuti com a professora Laura Maria Feitosa Formiga. 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 nesta escola.

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 \_\_\_\_

-----  
 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.br web: www.ufpi.br/ce

**ANEXOS**

**ANEXO A – Técnica para medida da pressão arterial**  
(VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010)

- ✓ Preparo do indivíduo para a medida da pressão arterial, ocorreu da seguinte forma:
- Foi explicado o procedimento ao estudante;
  - Mantido em repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo;
  - Orientado quanto à necessidade de esvaziar a bexiga se for o caso;
  - Certificado de que o universitário não tinha praticado exercícios físicos 60 a 90 minutos antes da aferição;
  - Certificado de que o universitário não tinha ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumou 30 minutos antes da aferição;
  - Orientado para manter as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e posição relaxada;
  - Removeram-se roupas do braço no qual foi colocado o manguito;
  - O braço foi posicionado na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
  - Solicitou-se ao estudante que não falasse durante a medida;

- ✓ Procedimento para medida da pressão arterial:
- 1º - Foi medido a circunferência do braço, com uma fita métrica;
  - 2º - Selecionado o manguito de tamanho adequado ao braço;
  - 3º - Colocado o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm;
  - 4º - Centralizado o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
  - 5º - Estimado o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida);
  - 6º - Palpado a artéria braquial na fossa cubital e colocado a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;
  - 7º - Inflado rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;
  - 8º - Procedido à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo);
  - 9º - Determinado a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, foi aumentado ligeiramente a velocidade de deflação;
  - 10º - Determinado a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);

- 11° - Foi auscultado cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- 12° - Caso os batimentos persistissem até o nível zero, foi determinado a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotado os valores da sistólica/diastólica/zero;
- 13° - Espera de 1 a 2 minutos antes das novas medidas;
- 14° - Foram informados os valores de pressão arterial obtidos para o estudante;
- 15° - Foram registrados no formulário, os valores da sistólica/diastólica e o membro em que foi procedido as aferições;



**ANEXO B –Classificação da medida da pressão arterial**

(VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010)

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		
* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.		