



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESTILO DE VIDA DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

MANAUS/AM

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESTILO DE VIDA DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Mestranda: Sthefany Ramayane de Araújo Flor

Orientadora: Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

MANAUS/AM

2017

Todos os direitos dessa Dissertação são reservados à Universidade Federal do Amazonas, à Faculdade de Psicologia – FAPSI/UFAM, ao Laboratório de Investigação em Ciências Cognitivas - LABICC e aos seus autores. Parte desta dissertação poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F632e	Flor, Sthefany Ramayane de Araújo Estilo de vida de jovens universitários da área de saúde e o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares / Sthefany Ramayane de Araújo Flor. 2017 149 f.: 31 cm. Orientador: Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas. 1. Estilo de Vida. 2. Doenças Cardiovasculares. 3. Universitários. 4. Área da Saúde. I. Hayasida, Nazaré Maria de Albuquerque II. Universidade Federal do Amazonas III. Título
-------	--

Folha de Aprovação

Nome: Sthefany Ramayane de Araújo Flor

Título: Estilo de vida de jovens universitários da área de saúde e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração em Processos Psicológicos e Saúde.

Projeto em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, Presidente Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. Margareth da Silva Oliveira, Instituição: PUC-RS

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Luis Alberto Passos Presa, Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. Roberta Lins, Suplente Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. Ellen Paes, Suplente Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus pais e meus irmãos que sempre me foram suporte para realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Aproveitar a caminhada e não a linha de chegada foi o ensinamento que norteou meu caminhar nesse período de formação profissional. E, hoje, bem próxima à chegada, me sinto tomada de gratidão pela oportunidade de ter caminhado em estradas ricas de conhecimentos, desafios, emoções e, principalmente, suportes muito seguros ao meu desenvolvimento.

Inicio expressando toda minha gratidão a Deus, que se materializa por meio da minha família. Ao meu pai, Duarte, que me ensinou o valor do trabalho, do compromisso e da ética, e mais que isso, me ensinou a caminhar com humildade, fé e a aproveitar toda e qualquer oportunidade de crescer e ser bem aos que me cercam. À minha mãe, Socorro, minha primeira referência do ser psicólogo e docente, minha inspiração e incentivo para a carreira acadêmica, e mais que isso, um lugar de apoio, lições e amor para mim. Aos meus irmãos mais velhos, Althair, Alair, obrigada por elucidarem em atos todos os valores abstratos de ser humano ensinado por nosso pai, me sinto muito privilegiada por tê-los tão junto a mim nesta caminhada. Aos meus irmãos mais novos, Luís Felipe e Nathale, agradeço a paciência, auxílio e doses generosas de amor, cuidado e torcida em tudo o que faço, sem vocês não chegaria tão longe. À minha cadelinha Cora, companheira inseparável de estudos e produções nas madrugadas e finais de semana. Aos meus cunhados, sobrinhos, sobrinhas-netas e todos os meus amigos que me incentivam, me cobram e aguardam ansiosos para comemorar junto a mim o fim desta caminhada maravilhosa.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Nazaré Hayasida, pelo incentivo, paciência e direcionamento desde a graduação e que, ainda hoje, me ajuda a trilhar caminhos na vida profissional e pessoal. À minha dupla de caminhada, Raquel Lira, que sem dúvidas foi uma das melhores surpresas desse processo, muito obrigada pelas conversas, incentivos e por tudo que genuinamente partilhamos, você me foi calmária em momentos de tempestade. A todos membros do LABICC, que me auxiliaram em etapas cruciais dessa pesquisa, tornando os momentos mais leves e felizes. Agradeço a todos os professores e colegas do Programa de Mestrado da UFAM, com quem dividi experiências e adquiri muitos conhecimentos.

À Universidade Federal do Amazonas, meu lugar de formação profissional, desde 2009, não poderia deixar de agradecer por todas as oportunidades, sobretudo, de poder contribuir ao desenvolvimento da instituição com minha pesquisa. Agradeço também aos universitários participantes da pesquisa pela confiança, disponibilidade e compromisso com este projeto. E por

fim, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que financiou parte dessa pesquisa e oportunizou meu crescimento profissional.

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 31,3% dos óbitos, no Brasil, causando grande prejuízo socioeconômico por atingir parte da população em plena produtividade. Isto ocorre em virtude das disfunções cardiovasculares serem propiciadas por estilos de vida (EV) (padrões de comportamentos) não saudáveis, adquiridos na infância e agravados na juventude. A população de jovens universitários das áreas de saúde incute grandes preocupações no âmbito social e da saúde pública por concentrarem parte representativa da população que responderá aos cuidados com a saúde atual e no futuro. Esta pesquisa objetivou analisar o EV de jovens universitários das áreas da saúde, bem como descrever as variáveis sociodemográfica, comportamentais, psicológicas e clínicas encontradas e indicar quais as variáveis do EV que sugerem vulnerabilidade à saúde cardiovascular. Tratou-se de um estudo descritivo-quantitativo, de corte transversal, composto com 411 estudantes, entre 18 e 28 anos, que responderam a uma entrevista semiestruturada e aos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI e BDI). Houve predomínio do sexo feminino (68,61%), solteiros (90,75%) com naturalidade predominantemente da região Norte do Brasil (85,07%). A avaliação do EV mostrou que 48,91% dos universitários foram classificados com EV não saudável e que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, qualidade ruim de sono, sedentarismo, massa corporal inadequada e consumo de cigarros de tabaco e drogas foram os fatores que mais vulnerabilizaram à saúde cardiovascular dos acadêmicos. Com a existência de correlação dos níveis de ansiedade e depressão com o EV, aspecto diferencial dessa pesquisa, sugere-se intervenções no campo de saúde mental para proteção integral da saúde desses jovens.

Palavras-Chave: Estilo de Vida; Doenças Cardiovasculares; Universitários; Área da Saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are responsible for 31.3% of deaths, in Brazil, causing great socioeconomic damage by reaching part of the population at full productivity. This happens because cardiovascular dysfunctions are caused by unhealthy lifestyles (behavior patterns), acquired during childhood and aggravated during youth. The population of university students in the health areas has high social and public health concerns because they concentrate a representative part of the population that will respond to current and future health care. This research focused to analyze the healthy lifestyle of university students in health area, as well as to describe the sociodemographic, behavior, psychological and clinical found variables and to indicate which healthy lifestyle variables suggest cardiovascular health vulnerability. It was a cross-sectional, descriptive-quantitative study composed by 411 students between 18 and 28 years old who answered to a semi-structured interview and the Beck Anxiety and Depression Inventory (BAI and BDI). There was a predominance of females (68.61%), singles (90.75%), with predominance of Brazil's North region (85.07%). The healthy lifestyle evaluation showed that 48.91% of college students were classified as unhealthy healthy lifestyle, and the excessive alcohol consumption, poor sleep quality, sedentary lifestyle, inadequate body mass, and tobacco cigarettes and drugs were factors that caused academics cardiovascular health vulnerabilities. The existence of correlation of anxiety and depression levels with the healthy lifestyle, a differential aspect of this research, it is suggested interventions in the mental health field to fully protect the health of these youngsters.

Keywords: Lifestyle; Cardiovascular Diseases; College Students, Health Area.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estágio de Intoxicação por Álcool.....	34
Quadro 2 – Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes 2 e doença cardiovascular	39
Quadro 3 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18anos)	48

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Estágio de Intoxicação por Álcool.....	34
Quadro 2 – Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes 2 e doença cardiovascular	39
Quadro 3 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18anos)	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica
AF	Atividade Física
AHA	<i>American Heart Association</i> ou Associação Americana de Cardiologia
APA	<i>American Psychiatric Association</i> ou Associação Americana de Psiquiatria
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CA	Circunferência Abdominal
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> ou Centro de Controle e Prevenção de Doença
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CISA	Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
CT	Colesterol Total
DALY	<i>Disability Adjusted Life Year</i> ou Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition</i> ou 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais)
ELSA	Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto
EV	Estilo de Vida
FP	Fatores de Proteção
FR	Fatores de Riscos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HF	Histórico Familiar de Saúde

IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPAD	Instituto Nacional de Álcool e Drogas
LNPAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNCT	Política Nacional de Controle do Tabagismo
QV	Qualidade de Vida
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TG	Triglicerídeos
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i> ou Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. QUADRO TEÓRICO	14
3.1 Saúde Comportamental	14
3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e as Políticas Públicas.....	17
3.3 Doenças Cardiovasculares	22
3.4 Fatores de Riscos à Saúde Cardiovascular.....	24
3.6 Estilo de Vida de Jovens Universitários	52
4. OBJETIVOS	57
4.1 Geral	57
4.2 Específicos	57
4.3 Problema e Hipótese da Pesquisa	57
5. MÉTODO	57
5.1 Delineamento do Estudo	57
5.2 Local da Pesquisa	58
5.3 Participantes	58
5.3.1 Critérios de Inclusão	58
5.3.2 Critérios de Exclusão	58
5.4 Material e Instrumentos	59
5.4.1 Questionário Sociodemográfico.....	59
5.4.2 Inventário Beck de Ansiedade (Beck Anxiety Inventory – BAI)	59
5.4.2 Inventário Beck de Depressão (Beck Depression Inventory – BDI)	59
5.5 Procedimento de Coleta de Dados	60
5.6 Procedimento de Análise de Dados	60
5.7 Aspectos Éticos	60

5.8 Referências.....	62
6. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	74
6.1 Sessão Teórica	74
6.2 Sessão Empírica	102
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
APÊNDICES	135
ANEXOS	144

1. INTRODUÇÃO

O cenário das condições de vida e saúde no Brasil foi marcado por mudanças epidemiológicas significativas nas últimas décadas, ao passo que o atual panorama é caracterizado por um aumento da expectativa de vida que acarreta no envelhecimento da população, no entanto, sem garantia na qualidade de saúde. Isto se deve aos avanços tecnológicos e científicos que estimula o consumo da saúde com a crescente oferta de tratamento e cura para as doenças, exigindo menos esforços, cuidado e responsabilidade de cada indivíduo com sua saúde. Com isso, padrões de trabalho, lazer e alimentação foram modificados e hábitos de vida menos saudáveis e inadequados passaram a predominar e se reproduzirem nas famílias brasileiras. Estas transformações inter-relacionadas refletiram diretamente no aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MONEGO; JARDIM, 2006; SCHMIDT et al., 2011).

As DCNT representam um grupo de enfermidades cuja formação ocorre progressivamente no organismo, com pequenas alterações, muitas vezes imperceptíveis ao indivíduo, que se agravam e se manifestam, ao longo do tempo, enquanto patologia crônica. Seus agravos são, em grande maioria, irreversíveis, levando a complicações com graus variáveis de incapacidade, perda de qualidade de vida (QV) e morte, sendo consideradas, na atualidade, as principais causas de morte no mundo. No Brasil, as DCNT também são instituídas como o problema de saúde com maior magnitude, responsáveis por 72% das causas de morte, com destaque para as doenças cardiovasculares (DCV) com 31,3% dos óbitos, neoplasias com 16,3%, doenças respiratórias com 5,8% e diabetes *mellitus* (DM) com 5,3% (GOULART, 2011; BRASIL, 2011a; DUCAN et al, 2012; MANSUR; FAVARATO, 2012).

As DCV são disfunções que afetam o sistema cardiovascular com lesões vasculares associadas à aterosclerose¹, produzindo obstrução das artérias e redução acentuada ou oclusão completa do fluxo sanguíneo nos vasos, comprometendo o funcionamento adequado do organismo pela não oxigenação, conduzindo a graves consequências clínicas, das quais as mais conhecidas são: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (CARVALHO et al., 2010; GOULART, 2011; PIZZI et al., 2013; SIMÃO et al., 2013).

¹ **Aterosclerose** formação de placas de gordura, cálcio e outros elementos (ateroma) nas células que revestem as paredes das artérias cardíacas, bem como de suas ramificações de forma difusa ou localizada (PIZZI *et al.*, 2013).

A incidência das DCV impõe restrições severas ao funcionamento biopsicossocial dos indivíduos, com diminuição significativa da QV. Ainda hoje, grande parcela da população acredita que as DCV se apresentam somente em fases avançadas da vida, no entanto, estudos atuais indicam que as disfunções cardiovasculares são propiciadas por exposição a fatores comportamentais de riscos, que se inicia na infância e se agrava na juventude quando, nesta fase, os indivíduos já adquiriram grande parte dos valores, crenças, atitudes e padrões de comportamentos relativos a saúde – seja para favorecer o risco ou proteger de doenças (LUCIO, 2006; BARRETO et al., 2009).

Ainda que, neste período do desenvolvimento, obtenham mais informações sobre comportamentos saudáveis e/ou prejudicial à saúde, a prioridade dos jovens é a busca pela estabilidade e ascensão profissional, que acontece concomitantemente com aquisição de autonomia, permitindo que escolham os espaços e situações que lhe proporcionam maior satisfação. O ritmo de vida acelerado, competitivo e inundado de preocupações com o futuro elicia respostas emocionais frequentes de estresse e ansiedade em jovens universitários em formação, ao passo que estes fazem, muitas vezes, escolhas pouco saudáveis, mas imediatas, para alívio do sofrimento e obtenção de prazer, não refletindo sobre a possibilidade de um futuro comprometido pelo acometimento de doenças (MOREIRA et al., 2010; GOMES et al., 2012; BORBA et al., 2015).

Diante dos preocupantes dados estatísticos e impactos socioeconômicos das DCV, estudos foram desenvolvidos a fim de identificar fatores que predeterminavam o desenvolvimento e agravos dessas patologias, conhecidos por FR, com a finalidade de fomentar políticas preventivas para redução dos casos. Destes, os estudos internacionais de *Framingham* e *Interheart* e os nacionais FRICAS e AFIRMAR foram o de maior impacto, que classificaram os FR – elementos que aumenta a probabilidade da ocorrência da doença – para as DCV como modificáveis e não modificáveis. Dentre os FR não modificáveis, encontram-se a idade, gênero e história familiar positiva; dos modificáveis, que representa a maior porção, está o tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, hábitos alimentares pouco saudáveis, sedentarismo, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), DM, homocisteína², ansiedade, depressão,

² **Homocisteína** é um aminoácido proveniente do metabolismo da metionina, que contém enxofre. A hiperhomocisteïnemia causa lesão e disfunções endoteliais por toxicidade direta e aumento dos níveis de moléculas de adesão circulantes e de marcadores de coagulação, potencialmente mediante o feito pró-oxidante no endotélio vascular (CHAMBERS et al., 1999; NAPPO et al, 1999 apud HAYASIDA, 2010).

raiva, hostilidade, suporte social insuficientes, status socioeconômico baixo, estresse no trabalho e na vida familiar (ROZANSKI et al, 2005; HAYASIDA, 2010; SIMÃO et al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mudanças no estilo de vida podem reduzir em até 3/4 a mortalidade por DCV. Ainda, a prevenção primordial cardiovascular consiste na prevenção da instalação dos fatores modificáveis risco (SIMÃO et al., 2013). Atualmente, muito se é mencionado sobre estilo de vida e a mudança deste pela comunidade acadêmica, todavia, pouco se reflete acerca da gama de significações que este termo engloba.

Rodriguez-Añez, Reis e Petroski (2008) abordam o conceito de estilo de vida por padrões de comportamentos identificáveis cujos aspectos – atividade física, hábitos alimentares, fumo, álcool, relações interpessoais e regulação emocional – refletem a atitude, valores e oportunidades na vida dos indivíduos, podendo ter efeito profundo na saúde dos mesmos. Teixeira et al. (2006) consideram que o estilo de viver de uma pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em ela está inserida, ou seja, que suas respostas são selecionadas pelo ambiente, no entanto, ressalta que a ideia de conferir à doença formas pouco saudáveis de viver devem ser reavaliadas, uma vez que se deve apreciar este indivíduo em seu formato biopsicossocial e não somente numa perspectiva de causa-efeito.

O estilo de vida e fatores psicossociais estão diretamente interligados à medida que a redução da qualidade de um afeta a qualidade do outro e, de acordo com Simão et al. (2013) os riscos psicossociais cardiovasculares também dificultam a adesão ao estilo de vida saudável e adequado, bem como a compreensão das orientações e tratamento. Considerando as mudanças epidemiológicas, Ricardo Gorayeb et al. (2011) apontam a necessidade de compreender os aspectos emocionais e comportamentais relacionados ao desenvolvimento de DCV.

2. JUSTIFICATIVA

Diante do aumento significativo da expectativa média de vida da população em geral em virtude dos avanços técnicos e científicos no tratamento, controle e cura de doenças agudas, durante o século XX, a perspectiva da OMS era ter populações mais saudáveis do que nunca. Todavia, os jovens adultos de hoje representam a primeira geração da história moderna a ser menos saudáveis que seus pais, isso se deve aos comportamentos e estilos de vida que afetam a saúde. Muitas doenças podem ser prevenidas e/ou remediadas por meios da mudança do estilo de vida, no entanto, não há um comprometimento ativo no processo de saúde por grande parte da população que designa ao médico e ao sistema de saúde a responsabilidade de cura (WHO, 2003; ROLLNICK, MILLER E BUTLER, 2009).

O Brasil vive, atualmente, um período de luta para consolidação de estratégias e planos de enfrentamento contra as DCNT, responsáveis por cerca de 70% dos óbitos no país (BRASIL, 2011-2022). A mortalidade por essas doenças é maior em regiões desfavorecidas. No Brasil, as regiões mais afetadas são Norte e Nordeste. O foco de atenção está voltado aos quatro principais grupos de doenças: as cardiovasculares, neoplasias, respiratórias e DM. As DCV são as principais causas de morbimortalidade no país (SCHMIDT e DUNCAN, 2011; GAMA et al., 2012). De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das DCNT (2011–2022) a reversão deste crítico cenário é altamente possível, por se tratar de uma doença com diversos FR modificáveis, de fácil identificação, como sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, consumo de alimentos não saudáveis, HAS, DM, dislipidemias, obesidade e fatores psicossociais (BRASIL, 2011a).

Pelos elevados custos de tratamento e prejuízos sociais, as instâncias governamentais reconhecem a necessidade de implementar medidas preventivas primárias (remoção das causas) e secundárias (identificação da doença numa fase inicial para que possa ser tratada) para as DCV, com intervenções amplas e custo-efetivas de promoção e prevenção de saúde para redução dos FR, por meio da mudança do estilo de vida (SIMÃO et al., 2013; GOULART, 2011). As DCV levam anos para se instalarem completamente e dependem muito do estilo e das condições de vida da população, com chances de prevenção por meio de identificação e intervenção precoce baseadas em mudanças comportamentais e psicossociais.

Analisar o estilo de vida e a relação com a saúde cardiovascular de universitários da área de saúde é indispensável para conhecer suas práticas e condutas de saúde, e investigar a necessidade de intervenções preventivas precoces, uma vez que estes serão, possivelmente, agentes direto, como orientadores e conselheiros, de mudanças comportamentais para promoção, educação e autogestão em saúde. Pretende-se, ainda, ampliar o conjunto de informações acerca dos hábitos relacionados à saúde desse grupo, que ainda é pouco estudado no norte do país, e com isso facilitar a formulação e aplicação de programas de educação para a saúde destinados à população.

3. QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 Saúde Comportamental

A OMS, em seu documento constituinte de 1948, definiu a saúde como um completo estado de bem-estar³ físico, psicológico e social e não apenas como sendo ausência de doenças (WHO, 2003). Em 1986, foi adicionado à definição de saúde, pela OMS, que saúde também corresponde a capacidade de um indivíduo ou grupo em realizar aspirações, satisfazer necessidades e modificar e lidar com o meio em que vive, tornou ainda mais explícita a relação de influência mútua e contínua que os fatores físicos, psicológicos e sociais exercem, entre si, para a determinação da saúde (PAIS-RIBEIRO, 2015; FACCHINI, 2011).

Nos últimos 50 anos, foram crescentes as investigações científicas no campo da saúde, para compreender e situar a sociedade quanto ao cenário geral de saúde e doença no mundo, e para desenvolver políticas que contribuíssem para a manutenção da saúde diante de tantas alterações sociais, políticas e econômicas. A mudança na concepção da saúde e doença ocorrida após a Segunda Guerra Mundial foi um marco à transformação sanitária no mundo, em virtude dos adventos de métodos diagnósticos mais sofisticados e novos tratamentos ao combate de doenças infectocontagiosas, que resultou no aumento significativo da expectativa de vida e, por conseguinte, no aparecimento expressivo de doenças não infecciosas ou doenças não transmissíveis, cujas principais causas foram associadas ao comportamento humano, que levariam a morbimortalidade nos decênios subsequentes (PAIS-RIBEIRO, 2015).

A medida que a associação entre comportamento e saúde tornou-se mais evidente ao impacto da transição epidemiológica no Brasil e no mundo, outros estudos envolvendo comportamento e saúde foram requisitados para explicar quais comportamentos apresentavam risco a saúde e de que forma estes poderiam ser prevenidos, visto que a maioria das mortes prematuras por DCNT é largamente evitável. Inferiu-se que uma das possibilidades para prevenir este problema seria superar o modelo biomédico e incorporar ao sistema de saúde o modelo biopsicossocial que valoriza as relações entre o comportamento do sujeito aos fatores biológicos, emocionais e sociais. Ainda, em busca de possibilidades de prevenção, estimou-se

³ **Bem-Estar** é compreendido pela satisfação consigo e com diversos aspectos da vida (CASAS et al., 2003 apud BEDIN e SARRIERA, 2014). Ou ainda, pelo conceito e percepção pessoal de uma integração harmoniosa entre componentes mentais, físicos, sociais e espirituais (NAHAS, BARROS e FRANCALACCI, 2008).

que avaliar os hábitos de vida⁴ que determinam a saúde e o prognóstico, e em seguida, criar mecanismos de intervenção pautados na educação e empoderamento⁵ dos indivíduos quanto aos cuidados com a saúde poderia gerar resultados mais eficazes e equitativos às necessidades (WHO, 2013; SCHRAMM et al., 2004).

A psicologia da saúde surgiu, nesse sistema, como substancial, pois busca compreender, por meio de pesquisas, como fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e aplicam seus conhecimentos e técnicas psicológicas aos cuidados da saúde e doença. Além disso, propõe pesquisas que examinam comportamentos preditivos de doenças e saúde, bem como o tratamento orientado a prevenção, estilo de vida, adesão ao tratamento, com destaque a aquisição de reportórios comportamentais mais adequados às condições de saúde e testa a eficácia das intervenções em saúde por meio de análises funcionais cuidadosas, identificando todas as variáveis que intervêm neste complexo contexto (KERBAUY, 2002; TEIXEIRA, 2004). O psicólogo da saúde deve ter competência em ensino, pesquisa e consultoria, uma vez que o trabalho destes é direcionado a “investigação, desenvolvimento e avaliação de intervenções para reduzir comportamentos de riscos relacionados a doenças” (OGDEN, 2007, apud ALMEIDA E MALAGRIS, 2011).

Kerbauy (2002) explana que os programas de saúde, subsidiados por pesquisas na psicologia da saúde, incluem intervenções de abordagem educacional e de autocontrole (*outcome*). A abordagem educacional ensina medicina preventiva aos sujeitos, que com esta nova informação passam a observar seus comportamentos para identificar quais implicam riscos à saúde, a fim de reduzi-los por meio de mudanças comportamentais e cognitivas. Esta atuação requer um grupo de profissionais que auxiliem esta compreensão o que muitas vezes não ocorre, pois, este trabalho é substituído por explicações prontas em manuais, cartilhas e vídeos que não asseguram a eficácia quanto ao objetivo proposto, gerando resultados desencorajadores e manutenção de comportamentos de riscos. Este modelo de intervenção não se adequa a todas as populações que procuram serviços públicos de saúde, pois muitos leem

⁴ **Hábitos de vida** consiste na repetição diária de comportamentos de forma automática, ou seja, sem que ocorra um pensar (planejamento passo a passo) consciente para sua execução. O caráter automático do hábito torna difícil sua alteração (NAHAS, BARROS e FRANCALACCI, 2008).

⁵ **Empoderamento** (*empowerment*) advém de uma tradução circunscrita como “com poder”, que denota o indivíduo que reconhece sua capacidade de se comportar, com determinação e domínio de si, em direção a seus objetivos (CARVALHO, 2004).

sem produzir reflexão, uma vez que é escasso o suporte teórico ou conhecimento prévio para acomodar tais informações.

Nesse sentido, cabe ressaltar, a título de compreensão, a diferença entre proporcionar informação e conhecimento, Coutinho e Lisboa (2011) destacam que a informação corresponde à dados sobre determinados fatos que ficam armazenados para servir de base ao conhecimento, enquanto que conhecimento se forma por meio da inter-relação mútua das informações. Não é direito afirmar que somente ao fornecer informações sobre saúde proporciona o conhecimento necessário para que os sujeitos iniciem mudanças comportamentais para prevenir doenças e/ou manter saúde. Na prática é indispensável que se estabeleça uma conexão reflexiva entre as informações obtidas e o repertório comportamental, de forma que possam se apropriar e utilizá-las no dia-a-dia como um entendimento fundamentado (PELIZZARI et al., 2002, apud COUTINHO e LISBOA, 2011).

Os programas de saúde pautados no autocontrole/autogestão, acontecem em sequência a abordagem educacional e, equivalem ao registro de situações e comportamentos, definição de metas e objetivos, planejamento de identificação de estímulos controladores e comportamentos alternativos, escolha e treino de técnicas para serem usadas em momentos específicos, diálogo relativo às consequências danosas à saúde e de interrupção do programa ou possíveis recaídas. O acompanhamento desse processo deve ser realizado por psicólogos capacitados, a fim de garantir a eficácia da intervenção (KERBAUY, 2002).

Por outro lado, tem-se que intervenções que inflamam no sujeito a responsabilidade dos mesmos com a saúde não são muito atrativas nos dias atuais. Com o progresso das ciências da saúde e descobertas sobre os processos de adoecimento acreditava-se que a população das novas gerações, em posse deste conhecimento, se tornaria mais saudável em comparações com gerações passada, mas há evidências de que estas crenças não se perpetuaram. Este contexto favoreceu cognições pouco adaptativas à manutenção da saúde (ROLLNICK, MILLER E BUTLER, 2009). O ritmo de vida da sociedade contemporânea, o consumismo e a mídia modificaram padrões de trabalho, lazer e estilos de vida, predispondo, sobretudo aos jovens em ascensão social e profissional, a vulnerabilidade da relação omissa entre prazer e riscos (GOMES et al., 2012).

Ainda que existam programas e métodos voltados à prevenção de doenças e promoção de saúde com efetividade baseada em evidências científicas, é indiscutível o quanto comportamentos de riscos se mantém e afetam o cenário de saúde mundial. Isto instiga

pesquisadores a buscar caminhos para intervenções com resultados perduráveis e favoráveis à multiplicação social. O fator “integração” entre equipe de saúde e usuários do sistema deve ser, em sua essência ativo, permanente e insistente ao acompanhar as transformações constantes e recíprocas entre ambiente e indivíduo, ao longo da vida. (GOULART, 2011). Esta forma comprometida de relação estimula comportamentos pró saúde esperados nos programas de saúde, especialmente os de adesão (FACCHINI, 2011).

3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e as Políticas Públicas

As DCNT representam um grupo de enfermidades cujas principais características são expressas pela ausência de infecção e/ou contágio e cronicidade. São o resultado de interações complexas entre fatores genéticos e ambientais ao longo do tempo, em que quatro preocupantes doenças participam, em evidência: as cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônica e DM (O'DONNELL e ELOSUA, 2008; BRASIL, 2011a; MÁSSIMO E FREITAS, 2014; MALTA, 2014). As doenças mentais ou transtornos neuropsiquiátricos, embora estejam entre as DCNT mais preocupantes e onerosas ao sistema de saúde, são pouco referidas em publicações científicas e políticas públicas de controle, monitoramento e prevenção. O motivo é que este grupo de doenças é peculiar quanto quando a etiologia que não é tão facilmente explicada e evidenciada como os distúrbios físicos. Sua compreensão é tão complexa quanto o diagnóstico e ambos requerem tempo, qualificação profissional e rede de apoio adequadamente estabelecida para o tratamento (SCHIMIDT et al.,2011).

O início do desenvolvimento das DCNT é silencioso e assintomático, todavia, se agrava com a manutenção de comportamentos de riscos, o que resulta em mortes lentas e dolorosas após prolongados períodos de disfunção. As restrições na qualidade de vida, produtividade e funcionalidade da população acometida constitui um potencializador negativo à saúde e economia do mundo com grandes probabilidades de comprometimento dos sistemas de saúde a longo prazo. Para um melhor entendimento sobre a ocorrência de DCNT em idades produtivas, a OMS desenvolveu uma medida para explicar a carga global de doenças e fazer projeções acerca da morbimortalidade: o DALY (*Disability Adjusted Life Years*, ou Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade). Por meio desta medida, foi possível encontrar evidências de que jovens e adultos também são acometidos por DCNT e não somente os idosos como erroneamente se afirmava (GOULART, 2011).

As DCNT são responsáveis pela morbimortalidade prematura na maior parte dos países, sobretudo os de baixa e média renda, em que representam, hoje, 2/3 da carga de doença, com

estimativa de 3/4 até 2030. Os últimos registros epidemiológicos globais, realizados em 2008, calcularam 63% dos óbitos ocorridos no mundo por DCNT, o que equivale a 36 milhões de pessoas acometidas e mais da metade dessas mortes (22.4 milhões) é proveniente de países e populações mais pobres. O Fórum Econômico Global em conjunto com a OMS estima que haverá uma perda econômica de 47 trilhões de dólares com as DCNT, até o ano de 2030, o que corresponderá a 5% do Produto Global Bruto, neste período. As doenças que demandarão maiores gastos, serão as DCV e doenças mentais, seguidas pelas neoplasias, doenças respiratórias e DM. As DCNT perpetuam um círculo vicioso de pobreza: ao acometer populações mais pobres com menor acesso aos serviços de saúde e educação mais expostos a riscos aumenta os gastos familiares com o tratamento da doença e reduz a disponibilidade de recursos a serem investidos em prol da saúde, acarretando a um maior estado de pobreza (SCHMIDT et al., 2011; GOULART, 2011; MALTA et al., 2014).

Por representarem uma ameaça à saúde global e ao desenvolvimento humano, as DCNT tem sido alvo frequente de estudos epidemiológicos e elaboração de ações estratégicas para enfrentamento. O combate às DCNT tornou-se prioridade mundial, em especial à DCV, visto que as mudanças demográficas, socioeconômicas, nutricional e na globalização dos padrões de consumo e hábitos de vida favorecem a perpetuação de tais doenças, de modo que, somente um movimento intenso e contínuo de medidas políticas e engajamento social será capaz de refrear seus danos e agravos. Ainda, este movimento deve atingir a todas as populações, independente da classe social, faixa etária e escolaridade (ALVES e MORAIS-NETO, 2015).

Em 2013, fora publicado pela OMS, o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das DCNT (2013-2020) que busca, por meio de ações intersetoriais, intervir sobre os quatro fatores de riscos (FR) comportamentais compartilhados por este grupo de doenças: uso de tabaco, álcool, sedentarismo e alimentação inadequada, partindo da ideia de que o estilo e condições de vida e trabalho das pessoas podem influenciar positiva ou negativamente a saúde. A prevenção e o controle de DCNT podem e devem ser realizados em todas as fases do curso de vida do indivíduo e quanto mais cedo instituídos comportamentos de saúde, menores os prejuízos. Estima-se que o investimento com o plano global será de aproximadamente 940 milhões de dólares a comparar com a expectativa de se gastar 47 trilhões de dólares com remediações aos acometimentos por DCNT (WHO, 2013).

Para tanto, o plano propõe intervenções acessíveis a todos os países e fornece uma direção geral ao governo internacional e caminhos para uma adaptação prática dos contextos regionais e nacionais, a fim de atingir os nove objetivos propostos: 25% da redução da

mortalidade precoce por DCNT; pelo menos 10% de redução do uso nocivo de álcool; redução de 10% do sedentarismo; diminuição em 30% do consumo médio de sal e sódio pela população; 30% de redução do uso de tabaco em pessoas com mais de 15 anos; redução ou contenção relativa de 25% na prevalência da pressão arterial ⁶ (PA); travar o aumento da DM e obesidade; oferecer a pelo 50% da população alvo terapia medicamentosa e aconselhamento a fim de fazer um controle glicêmico e prevenir ataques de cardíacos e; tornar acessível financeiramente em 80% as tecnologias básicas e medicamentosas para tratar as principais DCNT, tanto em instalações públicas quanto em instalações privadas (WHO, 2013).

No Brasil, país de média renda, 72% das mortes registradas, em 2007, foram ocasionadas por DCNT, o equivalente a 540 óbitos por 100 mil habitantes, e em maior parte por DCV e câncer (BRASIL, 2011a). Apesar dos índices expressivos, eles refletem um declínio de 20% das DCNT em relação aos índices registrados em 1996, o que se deve a expansão dos serviços de saúde à população, principalmente da Atenção Básica e com distribuição gratuita de medicamentos para HAS e DM, e por meio da aplicação de políticas públicas. Dentre as estratégias aplicada à redução de danos, foram: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo (2003), apoio e financiamento do Ministério da Saúde a programas de atividade física (AF) (2004), regulamentação de rotulagem de alimentos e acordos com indústrias para redução do teor de gordura *trans* e de sal nos alimentos industrializados (2004), redução do uso prejudicial de álcool (2010) e ampliação de exames preventivos para câncer de mama e colo do útero (2008) (BRASIL, 2011a; GOULART, 2011). As doenças com maior indicador de redução por essas medidas foram as DCV e respiratórias crônicas, todavia, ainda é crescente a prevalência de DM, HAS e obesidade, o que aponta a necessidade de maiores investimentos em políticas de alimentação e AF (SCHMIDT et al., 2011).

O impacto social e econômico das DCNT, no Brasil, se inter-relacionam, num agravo mútuo. Abegunde et al. (2007) contabilizaram, que entre os anos de 2006-2015, o gasto aproximado com DCNT, no Brasil, seria de 4,18 bilhões de dólares. Na esfera social, os prejuízos se apresentam em anos de vida perdidos, na incapacidade para realização de atividades diárias, incluindo as laborais e as contribuições ao desenvolvimento comunitário. Populações em condição de vulnerabilidade social, com menor e escolaridade, são mais afetadas pelas DCNT, o que intensifica as desigualdades sociais (ALVES e MORAIS-NETO,

⁶ **Pressão Arterial** é a quantificação da pressão que o sangue exerce sobre a parede das grandes artérias.

2015). É inevitável que o cuidado oferecido seja de caráter integral e abrangente para cercar e refrear o ciclo de causa-consequência-manutenção das DCNT (SCHMIDT e DUCAN, 2011).

Com base nos registros epidemiológicos preocupantes de 2008, foi criado e publicado no Brasil, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT (2011-2022) afim de preparar o país para lutar contra essas doenças. Além disso, com o plano, o país se alinhava para participar da Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas sobre DCNT, que ocorreria poucos meses depois da publicação, para tratar de assuntos referentes à saúde e que já havia instituído como meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o combate a essas doenças (BRASIL, 2011a; SCHMIDT e DUCAN, 2011; SCHMIDT et al., 2011).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT (2011-2022), vigente desde de 2011, propõe a redução da mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano, reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes e deter o crescimento da mesma em adultos, diminuir o consumo médio de sal, a prevalência do tabagismo e consumo nocivo de álcool, aumentar a prevalência de atividades físicas, consumo de frutas e hortaliças, cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 anos e exame de colo uterino em mulheres de 25-64 anos e tratar 100% da mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011a).

As operações propostas, pelo plano, são orientadas por ações de vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e; cuidado integral, com atenção especial a populações em vulnerabilidade social. Os componentes essenciais da vigilância incluem monitoramento de FR, monitoramento da morbimortalidade específica de cada doença e respostas do sistema de saúde quanto ao enfrentamento, cujos principais procedimentos implicam em estudos e pesquisas sobre as DCNT. A promoção de saúde articula instâncias governamentais (ministérios e secretarias) e não governamentais (empresas privadas e sociedade civil), em um envolvimento intersetorial, para atuarem em prol do melhoramento da AF com construções de espaços e campanhas que estimulem esta prática; da alimentação saudável por meio de parcerias para incentivo, inclusive financeiro, ao consumo de alimentos *in natura*, combate a obesidade (infância e adolescência) com formulação de diretrizes e redução de sal e açúcar nos alimentos; do envelhecimento ativo com ampliação de serviços de atendimento e acolhimento do idoso e estímulo para autonomia e independência no seu cuidado e; por fim, a contenção tabaco e álcool com aumento de impostos sob os produtos, fiscalização de compra e venda por públicos menores de idade e proibição do ato de fumar em ambientes

coletivos. O cuidado integral estrutura as intervenções por meio de protocolos e diretrizes, bem como qualifica equipes a operar o sistema de saúde, favorecendo a continuidade do cuidado e integralidade na ação (BRASIL, 2011a; SCHMIDT e DUCAN, 2011).

Malta e Silva (2013) realizaram uma comparação entre o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, no Brasil, e o Plano de Ação Global das DCNT, definidas para o enfrentamento dessas doenças até 2025 e constataram que as metas brasileiras estão consoantes com as metas globais ao que se refere à redução da mortalidade por DCNT e redução dos principais fatores de riscos, o que possibilitará avaliar a situação e tendência dessas doenças no país e compará-las a avaliações internacionais. Todavia, alertam para a necessidade de parcerias multissetoriais para execução das políticas que devem se estender a toda população e de investimentos no monitoramento dos dados para comparações e melhores intervenções futuras.

A epidemia da obesidade é o principal desafio ao plano brasileiro, em virtude das crescentes taxas de incidência, inclusive em crianças e adolescentes e a complexa causalidade propicia ocorrência de HAS e DM, além de outras doenças crônicas. Outras investigações são precisas a fim de ampliar a compreensão sobre suas causas nos países emergentes. Apesar das inúmeras publicações científicas sobre as DCNT e da crescente movimentação para combatê-las nas últimas 3 décadas, são escassos os monitoramentos e registros epidemiológicos, com pesquisas longitudinais, no Brasil, em comparação aos países de alta renda (DUCAN et al., 2012).

Atualmente, existem, dois grandes estudos específicos que monitoram os FR e incidência para doenças crônicas no país: (1) a Vigilância de FR e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (implantado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal pelo Ministério da Saúde (2006) e; (2) o Estudo Longitudinal da Saúde do adulto (ELSA), procedente de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia, que avalia, desde 2005, funcionários de seis instituições públicas das regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil (BRASIL, 2014, DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2009). A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, oriunda de um acordo entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, com a adesão do Ministério da Educação, também avalia FR e proteção à saúde do adolescente e, embora, avalie fatores de alimentação, AF, tabagismo e consumo de álcool e outras drogas, não é específica à avaliação de DCNT (BRASIL, 2013).

Embora esses estudos apresentem limitações quanto a magnitude e distribuição em cada população, são os que fornecem os dados epidemiológicos que orientam as intervenções e alertam ao risco. Bernardes et al. (2015) consideraram a universidade como local adequado para investigar FR, visto que a população universitária é jovem e, embora tenham padrões comportamentais determinados, são mais propensos a mudanças. Além disso, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças são imprescindíveis em todas as fases da vida e, em se tratando de jovens a universidade é o espaço mais indicado para instituição de políticas de saúde. A OMS ressalta que ambientes de educação, trabalho e comunitários são espaços propícios para estabelecer a comunicação e propor programas de incentivo à alimentação saudável e AF (MALTA, 2014).

3.3 Doenças Cardiovasculares

As DCV são as principais causas de morte no mundo e responsáveis pelos elevados índices das DCNT (MÁSSIMO e FREITAS, 2014). Os dados estatísticos da OMS (2012) indicaram 17,3 milhões de mortes anuais por DCV, o que significa cerca de 30% dos óbitos em todo o mundo (WHO, 2012; SIMÃO et al., 2013). O Brasil, infelizmente, acompanha a estatística mundial com 31,3% das causas das mortes por DCV, o que correspondeu em 2010, a 326 mil mortes, das quais 200 mil foram referentes às doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares. Este cenário, nomeado como pandêmico da morbimortalidade cardiovascular, é prioridade das políticas públicas de saúde na maior parte dos países (BRASIL, 2011a; SIMÃO et al., 2013). De acordo com a OMS, as DCV continuarão como principais causas de mortalidade e incapacidade até o ano de 2020 (WHO, 2011).

As disfunções do sistema cardiovascular, que favorecem a formação das DCV, decorrem do processo evolutivo e multifatorial da aterosclerose, que por sua vez é compreendida como uma doença inflamatória crônica proveniente da agressão sofrida no endotélio vascular, afetando principalmente a superfície íntima de artérias de médio e grande calibres. A agressão endotelial procede da exposição a diversos FR cardiovasculares – dislipidemias (elevação dos níveis de lipídeos ou lipoproteínas⁷ aterogênicas: LDL, IDL e VLDL), tabagismo e HAS que viabilizam o acúmulo de ateroma – placas de gorduras – na parede arterial, conforme o processo é clarificado por Sposito et al. (p.3, 2007):

⁷ **Lipoproteínas** conjunto de moléculas responsáveis pelo transporte de colesterol (LDL e HDL) no organismo. Possuem a capacidade de se misturar com facilidade ao sangue e realizam esta condução até o fígado e intestino delgado para a síntese (XAVIER et al., 2013).

[...] a disfunção endotelial aumenta a permeabilidade da camada íntima das artérias às lipoproteínas plasmáticas favorecendo a retenção das mesmas no espaço subendotelial. Retidas, as partículas de LDL sofrem oxidação, causando a exposição de diversos neo-epítipo⁸, tornando-as imunogênicas. O depósito de lipoproteínas na parede arterial, processo-chave no início da aterogênese, ocorre de maneira proporcional à concentração dessas lipoproteínas no plasma. Além do aumento da permeabilidade às lipoproteínas, outra manifestação da disfunção endotelial é o surgimento de moléculas de adesão leucocitária na superfície endotelial, processo estimulado pela presença de LDL oxidada. As moléculas de adesão são responsáveis pela atração de monócitos e linfócitos para a parede arterial. Induzidos por proteínas quimiotáticas, os monócitos migram para o espaço subendotelial onde se diferenciam em macrófagos, que por sua vez captam as LDL oxidadas. Os macrófagos repletos de lipídeos são chamados células espumosas e são o principal componente das estrias gordurosas lesões macroscópicas iniciais da aterosclerose.

O resultado desse processo é a inflamação, espessamento parcial ou total do fluxo sanguíneo e o endurecimento das artérias ou arteriosclerose, que por consequência promove um funcionamento inadequado do organismo pela falta de oxigenação que provém do fluxo sanguíneo, cujas manifestações clínicas mais comuns são IAM e AVE (BRANDÃO et al., 2004; SPOSITO, et al., 2007; CARVALHO et al. 2010; XAVIER et al., 2013).

Diversos modelos causais foram desenvolvidos a fim de explicar o desenvolvimento dessas doenças para aprimorar as possibilidades preventivas que alertam aos marcadores de riscos e proteções. Dentre os principais modelos estão: a epidemiologia do curso de vida que realça a importância do cuidado integral do indivíduo em todas as fases da vida, sobretudo as fases do desenvolvimento, chamadas de críticas ou sensíveis, em que estes se encontram mais suscetíveis ao ambiente, para evitar manifestações patológicas na vida adulta; o estresse crônico cujo adoecimento origina-se de estressores crônicos e/ou agudo de ordem psicológica, traumática, infecciosa e metabólica que promove com desregulação fisiológica e dificulta a recuperação; e por fim, o ecossocial que declaram as relações sociais, políticas e econômicas como condicionantes e determinantes dos comportamentos de saúde dos indivíduos e estilos de vida contemporâneos e questionam a responsabilidade dos indivíduos pelo desenvolvimento de suas doenças uma vez que os consideram limitados pelo meio social (PELLANDA, 2014; MCEWEN e GIANAROS, 2010; DUCAN et al., 2012).

⁸ **Neo-Epítópos** área molecular do antígeno capaz de estabelecer ligação com anticorpos e gerar uma resposta imune (ABBAS, LICHTMAN e PILLAI, 2008).

Ducan et al. (2012) fundamentam a essencialidade de incorporar elementos de distintos modelos causais para compreender os aspectos gerais das doenças, no entanto, afirmam que a maior relevância advém da investigação de quais os aspectos que mais sobressaem em determinados indivíduos ou grupos de acordo com seus contextos. Isto sugere o motivo pelo qual muitas investigações em saúde sejam direcionadas, incluindo a saúde cardiovascular, a grupos populacionais específicos, com a finalidade de compreender quais as estratégias de prevenção a saúde podem ser mais eficazes, a partir de uma análise singular do mundo de vida. Para os autores, o mundo de vida é representado pelo espaço em que os indivíduos vivem e interpretam suas experiências, ou seja, onde se desenvolvem e expressam crenças e selecionam atitudes, comportamentos e ações e é nesse meio que acontece a regulação entre o social, biológico e psicológico, podendo resultar em vulnerabilidades causando riscos ou em resiliência causando proteção à saúde.

3.4 Fatores de Riscos à Saúde Cardiovascular

O conceito de risco perpassa diversos campos do conhecimento, com representatividades distintas em cada um deles. Maria Rangel (2006) diferenciou o conceito de risco na perspectiva do senso comum que é compreendido como perigo ou expectativa de evento ruim/indesejável e da epidemiologia⁹ de onde deriva o risco para a saúde e a saúde pública.

O termo risco é considerado polissêmico, por ter diferentes significados [...]. No senso comum, o risco é tomado como perigo, expectativa de um evento desagradável, ruim ou indesejado. No campo científico, são diversos os significados, mesmo em uma única disciplina, embora, em muitas delas, encontrem-se subjacente a ideia de incerteza ou de dimensionamento da incerteza, tendo como base o conceito estatístico de probabilidade. [...]. No campo da saúde, o conceito de risco fundamenta as práticas da clínica e da saúde pública, cujos significados desdobram-se da definição de risco utilizada na epidemiologia. Nesta, o risco corresponde a uma probabilidade de ocorrência de um evento, em um determinado período de observação, e à incidência cumulativa. Na saúde pública, a aplicação do conceito é também probabilística, mas utilizada para a identificação de grupos populacionais que diferem entre si em relação à probabilidade de desenvolver eventos relativos à saúde. Aplicado para a planificação e gestão, permite a identificação de grupos de maior risco, para os quais se deveriam

⁹ **Epidemiologia** é a ciência que estuda a distribuição e determinantes de doença em populações, considerada fundamental para a saúde pública por fornecer informações importantes para a prática clínica e prevenção de doenças (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

voltar as prioridades da atenção à saúde. Vale ressaltar que esta é uma lógica implícita na vigilância à saúde, que, orientada pelo princípio da equidade, precisa identificar as desigualdades do adoecer e morrer (p.324).

Na epidemiologia o risco passa a ocupar um lugar central por mapear, objetivamente, alvos promissores de intervenção preventiva por meio de resultados probabilísticos. E embora sua funcionalidade se justifique em otimizar os serviços para a saúde pública, ainda assim essa perspectiva é criticada, pela ótica das ciências sociais, quando relacionada a complexidade que permeia o fenômeno saúde-doença. Czeresnia (2009) ilustrou que a epidemiologia dispõe de muitos limites quanto a análise e intervenção em riscos, pois ao concebê-lo como um “efeito causal médio” não considera a subjetividade e complexidade do processo que envolve a avaliação dos significados culturais, interesses, crenças, valores e necessidades inerentes ao individual e coletivo neste contexto. Todavia, reconhece que nenhuma teoria é capaz de abranger os fenômenos em sua totalidade.

Para tanto, Castiel, Guilham e Ferreira (2010) clarificam que a ideia de probabilidade pode ser descrita de duas formas, sendo a primeira de forma subjetiva: incerteza não possível de ser medida e; de outra forma objetiva: incerteza capaz de ser medida. Os novos discursos e conceitos de saúde em muito se beneficiam da forma objetiva, pois aproxima da possibilidade de criar mecanismos de controle por meio de marcadores ou fatores que predisõem riscos. Além disso, partir das estimativas probabilísticas é possível traçar caminhos para identificar o que há por trás desse processo e selecionar, por meio das pistas geradas pelos dados epidemiológicos do todo, o que é relevante investigar em termos das complexidades individuais ou grupais.

O modelo epidemiológico que busca causalidade para informar, prever e prevenir o acontecimento de doenças, não nega a importância de compreender o sentido pelo qual o comportamento de risco é adotado em detrimento de um comportamento saudável, mesmo que se tenha conhecimento sobre o fato. A prevenção de saúde envolve escolhas e atitude e o conhecimento é apenas um dos aspectos que a envolve, sendo a cultura, história de vida e as crenças componentes de maior impacto nesta decisão (CZERESNIA, 2009). Ressalta-se que fatores ou marcadores de riscos advêm dessas escolhas e comportamentos que quando selecionados podem nos aproximar ou afastar do problema em questão.

É inquestionável a essencialidade da ótica epidemiológica, pois foram os estudos sobre DCNT, desenvolvidos a partir da década de 50 e investigações acerca da fisiopatologia das

DCV que subsidiaram as pesquisas para a compreensão da epidemiologia cardiovascular, o que incluiu: a etiologia, curso do desenvolvimento, relações de causa-efeito (FR e proteção), estratégias e metas de prevenção e tratamento (PELLANDA, 2014). Os estudos internacionais *Framingham* (1995-2010) e *Interheart* (1999-2004) e os nacionais FRICAS (1994-1995) e AFIRMAR (1997-200) foram expoentes para a compreensão dos FR para as DCV e elaboração de estratégias para o enfrentamento. Antes do estudo *Framingham* acreditava-se que aterosclerose era um processo inevitável do envelhecimento. De forma semelhante, estes estudos descobriram aspectos individuais, ambientais e culturais que contribuíam fortemente para curso das DCV e a eles foram dispostos a classificação de FR modificáveis e FR não modificáveis (POLANCZYK, 2005; HAYASIDA, 2010; FUCHS, BIOLO, POLANCZYK, 2013).

Foram identificados como FR não modificáveis para as DCV aqueles considerados incontroláveis: idade, gênero e histórico familiar de saúde. Os FR modificáveis foram relacionados com o estilo de vida e comportamentos passíveis de serem alterados, tais como: tabagismo; dieta rica em colesterol, gordura saturada e sal; consumo excessivo de bebidas alcoólicas; e sedentarismo. Todos esses fatores colaboram para o desenvolvimento de outras doenças ou disfunções, que quando presentes alertam à existência de comportamentos de risco à saúde cardíaca, das quais as mais referenciadas são: obesidade, dislipidemias, HAS e DM. Quanto maior o acúmulo de FR e mais precocemente instalados, maior é a probabilidade da ocorrência dessas patologias (SIMÃO et al., 2013; NOBRE et al., 2012, PIZZI et al., 2013)

Em virtude das DCV se constituírem discretamente, com sinais e sintomas pouco perceptíveis e emergirem, em muitos casos, de forma fatal ou irreversível, foram criadas escalas de avaliação, a partir da estratificação dos riscos, para estimar a possibilidade de instalação ou gravidade da doença, bem como auxiliar na elaboração de metas terapêuticas. A estimativa é resultado da somatória dos riscos associados para cada FR, considerando a potenciação causada pela interação entre os fatores. É fato que a previsão pode subestimar ou superestimar, ao passo que essas ferramentas de identificação e análise de FR proporcionam maiores chance de conhecer e intervir para a reversão do atual quadro das DCV. No entanto, devem ser utilizadas com cautelas e aliando-as aos cuidados integrados, pois estimar risco não é tão simples quanto possa parecer e precisam de suportes complementares. (SIMÃO et al., 2013; FREITAS, 2011; XAVIER et al., 2013).

A I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (2013) apresenta 4 Escores de Riscos para serem utilizados em situações específicas como ferramentas facilitadoras. Escore de Risco

de *Framingham* faz uma previsão para episódio de IAM em um período de 10 anos, avaliando se o risco é alto ou baixo em indivíduos sem diagnóstico de aterosclerose clínica. O Escore de Risco de *Reynolds* estima, também em 10 anos, as chances de AVE, IAM, Revascularização e morte. Pelo mesmo período, o Escore de Risco Global avalia o risco de AVE, IAM, insuficiência vascular periférica e insuficiência cardíaca. O Risco pelo Tempo de vida analisa a probabilidade de o indivíduo apresentar, a partir de 45 anos, doenças isquêmicas do coração (SIMÃO et al., 2013).

Apesar de os FR tradicionais representarem, atualmente, o principal foco de atenção para redução das DCV no mundo, estudos que investigaram FR psicossociais para DCV, ultrapassando as explicações fisiológicas, ganharam evidências significativas ao identificar fatores de ordens sociais, culturais e psicológicas como elementos que vulnerabilizam os indivíduos a desenvolver essas doenças (FREITAS, 2011). As descobertas do FR psicossociais permitiram, além de instigar e buscar respostas sobre como essas variáveis são capazes de produzir alterações agudas e crônicas no organismo, associá-las enquanto promotoras de comportamentos disfuncionais e de risco em busca de alívio ou prazer imediato ao desconforto causado, inclusive, por FR tradicionais, doenças e/ou pelas adversidades da vida contemporânea.

As publicações científicas mais recentes de Rozanski et al. (2005) agrupam os FR psicossociais às DCV em duas categoriais: fatores emocionais (transtornos de ansiedade e depressão, hostilidade e raiva) e estresse crônico (suporte social insuficiente, baixo status socioeconômico, estresse de trabalho, estresse conjugal e tensão de cuidadores), e explica que a exposição a esses fatores é prejudicial à saúde cardíaca em virtude das alterações hormonais e hemodinâmicas que afetam a PA e frequência cardíaca. Cada um dos FR, sejam tradicionais ou psicossociais, exercem influência negativa a curto, médio e longo prazo à saúde cardíaca. Os efeitos mais nocivos se manifestam com maior frequência a longo prazo, no entanto, é possível perceber, mesmo em curto e médio prazo, o quanto exposições a FR vulnerabilizam a saúde dos indivíduos, o que fica mais evidente quando ocorre a associações simultâneas.

3.4.1 Fatores de riscos não modificáveis

Histórico Familiar de Saúde (HF)

O Histórico Familiar de Saúde (HF), representado pelo heredograma, um registro gráfico sobre as condições de saúde e doenças na família, é considerado um FR de grande influência por comportar pistas importantes acerca do desenvolvimento das doenças. Quando

há a presença de doenças crônicas, como as DCV, em parentes próximos, ocorre uma maior suscetibilidade genética ao aparecimento das mesmas em outros membros da família. A ocorrência de doenças consideradas hereditárias também é explicada pelo ambiente e comportamentos comuns da família, no entanto, estes dois aspectos são passíveis de mudança quando percebidos como prejudiciais à saúde, o que não acontece com os componentes genéticos ou genes, que não são passíveis de mudanças (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015; SOUZA, 2014).

Conhecer a HF ajuda a reduzir os riscos de desenvolver doenças. Para tanto, o *Centers for Disease Control and Prevention* (Centro de Controle e Prevenção de Doença) – CDC elaborou marcadores do HF que devem ser identificados para avaliar o risco para DCV, estes são: ocorrência de DCV em familiares com idades mais precoces que o esperado (homens abaixo dos 55 anos e mulheres abaixo dos 65 anos); doença em mais de um parente próximo e; combinações de doenças dentro de uma família, como DCV e DM. Em posse dessas informações, o indivíduo pode se beneficiar com a decisão de mudança no estilo de vida e diminuir os riscos. A identificação precoce de HF positiva para DCV é tão relevante que uma ferramenta conhecida como *My Family Health Portrait* (Meu Retrato de Saúde da Família) foi disponibilizada, em 2005, no Estados Unidos, para que os usuários pudessem coletar e registrar informação sobre a saúde de seus familiares e compartilhar tais informações com os serviços de saúde e médicos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015; GAMA, MUSSI, GUIMARÃES, 2010).

Um estudo realizado por meio do inquérito *HealthStyles* (Estilos de Saúde) avaliou atitudes, conhecimentos e práticas em relação a seus históricos de saúde da família dos residentes dos EUA, com mais de 18 anos. O resultado mostrou que 96,3% dos entrevistados consideraram que HF é importante para a saúde, todavia, poucos obtinham informações sobre a saúde de seus familiares. Um dado desta natureza alerta para necessidade de criar e implementar mecanismos que estimulem a população a conhecer e registrar informações sobre a HF de saúde, além de educar os profissionais de saúde a solicitar e utilizar de forma eficaz tais informações (YOON et al., 2004).

Idade e Gênero

A idade é um fator crucial para a compreensão e avaliação de risco cardiovascular. A aterosclerose começa a se formar na infância, mas sua manifestação enquanto patologia ocorre, frequentemente, em fases adultas. Pesquisas indicam que o risco para o desenvolvimento de

DCV é duas vezes maior em indivíduos com mais de 55 anos e, a cada 10 anos o risco é duplicado (NASCIMENTO-NETO, 2005). Todavia, as DCV tem se manifestados em indivíduos cada vez mais jovens dados as exposições e acúmulos de FR em idades precoces, o que é motivo de preocupação e alerta, uma vez que jovens acometidos por DCV tem mau prognósticos (GAMA, MUSSI, GUIMARÃES, 2010, SCHERR e RIBEIRO, 2009).

O gênero feminino é o mais acometido por DCV, visto os benefícios adquiridos pelo hormônio estrogênio, que desempenha um papel protetor para saúde cardíaca, no entanto, uma vez que a produção deste hormônio é cessada ou diminuída com a menopausa, ocorrem alterações significativas no perfil lipídico e metabólico, com elevação do colesterol total (CT). Isto concede a mulher manifestações clínicas de DCV cerca de 10-15 anos mais tarde que em homens, porém as mulheres possuem mais comorbidades acumuladas, o que torna a evolução do quadro mais crítico (GRAVINA et al., 2010). Os estudos desenvolvidos entre as décadas de 50-80 apontavam os homens como mais suscetíveis ao desenvolvimento das DCV. Pesquisas recentes mostram que este cenário sofreu alteração a partir de 1980, e junto com as taxas de sobrepeso e obesidade, a mortalidade por DCV nas mulheres ascendeu enquanto que nos homens diminuiu (SANTOS et al, 2013).

3.4.2 Fatores de Riscos Modificáveis

Tabagismo

O tabagismo é uma doença resultante da dependência de nicotina, que expõe os fumantes a aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas durante o fumo, mesmo com o consentimento dos prejuízos gerados à saúde. Está agrupado, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pelos transtornos mentais e do comportamento e considera três componentes básicos: a dependência física produtora da síndrome de abstinência quando o contato com a nicotina é interrompido; a dependência psicológica que causa sensações de tranquilidade e alívio para lidar com sentimentos desconfortáveis como ansiedade, solidão, raiva e etc.; e o condicionamento responsável por associações do hábito cotidianos como se alimentar, dirigir, trabalhar, consumir bebidas alcoólicas ao hábito de fumar (BRASIL, 2001; WHO, 2011).

Sabe-se que o tabaco responde como fator causal de diversas doenças incapacitantes e fatais, incluindo as DCV. Este afeta tanto os usuários ativos quanto os passivos, que sofrem com a exposição da fumaça e está associado a um dos mais fortes FR para a potencialização do

processo aterosclerótico, principalmente nos membros inferiores, causando mortes e incapacitações prematuras (GAMA, MUSSI, GUIMARÃES, 2010). Para avaliar o risco cardiovascular causado pelo tabagismo deve-se levar em conta a frequência, intensidade e idade de início hábito de fumar, bem como avaliar a condição dos fumantes passivos para estimar o prejuízo da exposição, considerando, também, nestes a frequência e intensidade de contato (BRASIL, 2013).

Embora o efeito benéfico da cessação tabágica seja reconhecido, é importante considerar se o indivíduo esteve, em alguma fase da vida, na condição de fumante, pois a idade em que o indivíduo para de fumar tem impactos relevantes em suas perspectivas de saúde. O fumo responde por 10% das causas de DCV e por 6 milhões de mortes de diversas doenças ao ano, em todo o mundo (WHO, 2011). No Brasil, houve uma diminuição considerável no consumo do tabaco entre os anos de 1989 (34,8%) e 2009 (17,4%), com tendência a manter o declínio gradativamente, por meio da expansão e manutenção de políticas antitabagistas (SCHMIDT et al., 2011).

As taxas mais prevalentes de tabagismo se expressam em indivíduos com baixo status socioeconômico, o que causa, além de maiores danos à saúde, maiores impactos nas despesas familiares (WHO, 2011). Um estudo de revisão alertou que jovens menos favorecidos economicamente e com menor escolaridade tornam-se mais vulneráveis ao tabagismo, devido aos problemas de baixa autoestima, ansiedade, depressão e perda da confiança facilitados pela fase da vida de formação e busca pela autonomia. Quanto mais precoce a iniciação e maior o tempo de consumo, mais difícil é a cessação (LOMBARDI et al., 2011). Quanto ao gênero, mesmo que a maior quantidade de fumantes seja representada pelo sexo masculino, é nas mulheres que os efeitos deletérios são maiores, sobretudo nas que usam métodos contraceptivos orais (SIMÃO et al., 2013).

Observou-se que o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA) mobilizou grande esforço para implementação de políticas nacionais de saúde em parcerias com diversos setores governamentais e privados, que passaram a exigir, a partir da década de 80, a cessação do fumo, com emissão de alerta para danos individuais, sociais e ambientais. O resultado dessa mobilização refletiu, ao longo do tempo, na diminuição efetiva do consumo de tabaco, consequentemente reduziu a ocorrência de óbitos por DCV associados ao tabagismo (CAVALCANTE, 2005; WHO, 2011). Atualmente, a Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) facilita o tratamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e

tem gerado ótimo custo-efetividade aos cuidados em saúde, sobretudo, ao que tange as doenças crônicas (BRASIL, 2001).

O Brasil é o maior produtor de tabaco do mundo, entretanto, os fumantes brasileiros são os mais motivados a cessar a dependência e possuem um nível elevado de conhecimento sobre os seus malefícios passivo e ativo. Dessa forma, deve ser prioritário o cuidado desprendido por toda a equipe de saúde no tratamento do tabagismo, que ultrapassa as prescrições médicas e engloba o acompanhamento sistemático e apoio socioemocional (BRASIL, 2003; GAMA, MUSSI e GUIMARÃES, 2010). Os métodos de intervenção psicológica mais eficazes para cessar o fumo são pautados na abordagem de terapia cognitivo-comportamental (TCC) que estimula o automonitoramento e a autogestão através de intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais para tratar dependências e na farmacoterapia que pode ser utilizada em situações específicas como apoio à terapia que é base e deve sempre ser utilizada (BRASIL, 2001). Além disso, deve-se lembrar que o tabagismo é uma doença cuja prevenção que depende exclusivamente do comportamento social para cessar (CAVALCANTE, 2005).

Consumo Excessivo de Bebidas Alcoólicas

O álcool é uma substância tóxica e psicoativa que quando ingerido causa desvios metabólicos para desintoxicação imediata no organismo. Por consequência, alterações como o aumento na PA, aumento dos triglicerídeos plasmáticos, depressão do sistema nervoso central e gasto energético significativo (ANDRADE e SILVEIRA, 2012). Pode contribuir tanto para a ocorrência de doenças físicas como no fígado, pâncreas, rins, sistema nervoso central e periférico e no sistema cardiovascular como também de graves problemas comportamentais e psicossociais (STIPP et al., 2007; ANDRADE e SILVEIRA, 2012). Em consumo abusivo, as bebidas alcoólicas associam-se a um maior risco cardiovascular, tendo em vista seus efeitos hemodinâmicos complexos, que causam vasodilatação e aumento da PA na fase inicial, seguida por uma queda sustentada, este efeito é nomeado de bifásico (SILVA et al., 2010).

O consumo de bebidas alcoólicas merece especial atenção, em virtude dos diferentes posicionamentos a respeito dos benefícios e/ou malefícios à saúde. Almeida-Pititto, Moraes e Ferreira (2013) apontaram o lado saudável da bebida alcoólica, apoiadas em estudos comprobatórios sobre os efeitos protetores do álcool e compostos polifenólicos¹⁰ à saúde, desde

¹⁰**Compostos polifenólicos** são fitoquímicos com propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias, anticoagulantes, hipotensoras e anticancerígenas. São encontrados em vegetais, frutas e vinhos (ALMEIDA-PITITTO, MORAES e FERREIRA, 2013).

que ingerido moderadamente. Os aspectos qualitativos e quantitativos do consumo devem ser rigorosamente considerados, bem como deve ser feita uma análise individual acerca dos benefícios, pois mesmo em consumo moderado, o etanol aumenta a incidência de alguns cânceres, como o de intestino e mama.

Conforme Moura (2010) os consumidores moderados de álcool tem menor risco de morbimortalidade vascular que abstinentes ou consumidores excessivos de álcool. O consumo moderado de álcool é contabilizado pela ingestão de uma dose (10 a 15g/dia de etanol) para mulheres ou pessoas de baixo peso e duas doses para os homens (de 20 a 30 g/dia de etanol) (WHO, 2002). No entanto, Gama, Mussi e Guimarães (2010) reforçaram que esta é a quantidade limite recomendada a quem faz uso de bebidas alcoólicas e que a recomendação aos que não se enquadram nesses parâmetros é de abandono do hábito. Ainda, alertam que as bebidas alcoólicas não são recomendadas para prevenção de DCV, uma vez que é tênue o limiar entre as vantagens e desvantagens como o risco de dependência. Similarmente Stipp et al. (2007) corroboram que cardiopatas devem adotar mudanças no estilo de vida para prevenção de agravos e manutenção da saúde, dentre as quais inclui-se a redução de ingestão alcoólica, visto as alterações metabólicas e nos níveis pressóricos que estão associadas ao aumento do risco cardiovascular. Além disso, realçam o perigo social velado acerca do uso álcool, por ser uma droga lícita, sem restrições ao consumo, que leva indivíduos de ambos os sexos ao uso abusivo e em muitos casos à dependência.

Nunes et al. (2012) investigaram, por meio de um questionário estruturado com questões validadas para o autopreenchimento, a prevalência do consumo de álcool e da prática do *binge drinking*¹¹ (uso excessivo episódico do álcool) em 474 acadêmicos da área da saúde de uma universidade do norte de Minas Gerais. O perfil predominante dos universitários foi do sexo feminino (62,4%) com faixa etária entre 18 e 25 anos (82,1%), sendo a prevalência de consumo regular de bebidas alcoólicas de 71,5% (n=339) e da prática do *binge drinking* de 15,6% (n=74). As variáveis associadas ao consumo de risco de bebidas alcoólicas foram o sexo masculino e ausência de vínculos religiosos. O ato de exceder na ingestão alcoólica está progressivamente se agravando nesta população, o que configura como importante problema de saúde pública que demanda estratégias de gestores e instituições de ensino.

¹¹ **Binge Drinking** é uma prática de uso excessivo episódico do álcool. O National Institute on Alcohol and Alcoholism (Instituto Nacional de Álcool e Alcoolismo) - (NIAAA), dos Estados Unidos estipulou em cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres a quantidade em que o parâmetro considerado excesso a esta prática (NUNES et al., 2012)

A VIGITEL (2013) investigou o consumo abusivo de bebidas alcoólicas – considerando a quantidade quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens – em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias. A frequência foi de 16,4%, ocorrendo duas e meia vezes maior em homens (24,2%) que em mulheres (9,7%). Os jovens (18-34 anos) tiveram maior frequência no consumo abusivo de álcool e os valores tenderam a aumentar concomitantemente com os níveis de escolaridade (BRASIL, 2014).

O Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) empenhado em gerar informações sobre o binômio saúde e álcool, no Brasil, publicou um quadro sobre os efeitos do álcool por quantidade no sangue e as alterações propiciadas no sistema nervoso central, baseado na publicação do artigo de Dubowski (1985) que alertava às alterações fisiológicas do álcool e os riscos quando associados à segurança no trânsito. O CISA mostrou que a depressão do sistema nervoso, que pode causar até a morte, ocorre em grandes concentrações e pequenas quantidades promove desinibição, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1 - Estágios da intoxicação por álcool.

Concentração de álcool no sangue (CAS) (g /100 ml de sangue)	Estágio	Sintomas clínicos
0.01 - 0.05	Subclínico	- Comportamento normal
0.03 - 0.12	Euforia	- Euforia leve, sociabilidade, indivíduo torna-se mais falante - Aumento da autoconfiança desinibição, diminuição da atenção, capacidade de julgamento e controle Início do prejuízo sensório-motor - Diminuição da habilidade de desenvolver testes
0.09 - 0.25	Excitação	- Instabilidade e prejuízo do julgamento e da crítica - Prejuízo da percepção, memória e compreensão - Diminuição da resposta sensitiva e retardo da resposta reativa - Diminuição da acuidade visual e visão periférica - Incoordenação sensitivo-motora, prejuízo do equilíbrio - Sonolência
0.18 - 0.30	Confusão	- Desorientação, confusão mental e adormecimento - Estados emocionais exagerados - Prejuízo da visão e da percepção da cor, forma, mobilidade e dimensões - Aumento da sensação de dor - Incoordenação motora

		<ul style="list-style-type: none"> - Piora da incoordenação motora, fala arrastada - Apatia e letargia
0.25 - 0.40	Estupor	<ul style="list-style-type: none"> - Inércia generalizada - Prejuízo das funções motoras - Diminuição importante da resposta aos estímulos I - Importante incoordenação motora - Incapacidade de deambular ou coordenar os movimentos - Vômitos e incontinência prejuízo da consciência, sonolência ou estupor
0.35 - 0.50	Coma	<ul style="list-style-type: none"> - Inconsciência - Reflexos diminuídos ou abolidos - Temperatura corporal abaixo do normal - Incontinência - Prejuízo da respiração e circulação sanguínea - Possibilidade de morte
0.45 +	Morte	<ul style="list-style-type: none"> - Morte por bloqueio respiratório central

Fonte: cisa.org.br / Adaptado de DUBOWSKI (1985).

O consumo nocivo de álcool, no Brasil, tem crescido assustadoramente e as estimativas do LNPAD (2014) é de que aproximadamente 11,7 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool. Mesmo diante das divergentes opiniões acerca do consumo de álcool quando associado às DCV, a orientação da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) é clara ao considerar que não há justificativas em sugerir uso de bebidas alcólicas aos que não usam, em virtude da possibilidade de os prejuízos serem superiores aos benefícios. Por fim, é relevante citar que a bebida alcoólica é circunstanciada como refúgio ocasional, por causar alívio a situações estressantes e ansiogênicas e quanto mais cedo essa associação é instituída, maior a possibilidade de desfecho danoso à saúde do indivíduo (NUNES et al., 2012).

Sedentarismo

O sedentarismo é entendido por um comportamento de falta ou grande diminuição da AF. Um dos males contemporâneos estimulado pelo conforto e praticidade do estilo de vida moderna, que se configura como um grave problema de saúde pública pelos ônus causados a saúde da população e, conseqüentemente, a economia, pois muitos gastos com tratamentos poderiam ser evitados diante da modificação do cenário que de sedentarismo, com 70% da população não atingindo os níveis mínimos recomendados de AF (VITORINO et al.,

2014; GUALANO E TINUCCI, 2011). A recomendação do Ministério da Saúde para um indivíduo ser considerado ativo é que seja realizado pelo menos 30 minutos de atividades físicas de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias por semana – o equivalente a 150 minutos mínimo de AF por semana – ou 20 minutos de AF de alta intensidade em três ou mais dias por semana (BRASIL, 2013; SANTOS et al, 2014).

Quando relacionado à DCV, o sedentarismo é expresso como um importante FR, aumentando em duas vezes, em indivíduos sedentários, o risco de ocorrências de eventos cardíacos – como IAM – quando comparados a indivíduos ativos (CARLUCCI et al., 2013). Ainda, é potencializador de muitas doenças que representam risco a saúde cardiovascular como obesidade, DM, dislipidemias, HAS, ansiedade e depressão (VITORINO et al., 2014). O desenvolvimento de outras doenças é diretamente associado ao sedentarismo, como doenças renais, neuromusculares, orteoarticulares, câncer, demências e alterações no humor. Além disso, um indivíduo sedentário não é, em nenhuma hipótese, considerado saudável, mesmo com ausência sinais e sintomas clínicos de doenças, pois o funcionamento fisiológico se encontra disfuncional, fato agravante do estado geral de saúde (GUALANO E TINUCCI, 2011).

Gualano e Tinucci (2011) se utilizaram da abordagem evolucionista para explicar como o sedentarismo representa um grande risco a saúde. A perpetuação da espécie humana foi decidida pelos indivíduos que carregavam genoma com elevados níveis de AF e capacidade de estocar gorduras e carboidratos em grandes quantidades. Essas características se mantiveram no homem ao longo dos séculos por sua importância para a sobrevivência, no entanto, o ambiente que antes era literalmente de caça, luta e fuga, mudou drasticamente com o advento das tecnologias, que reduziram a necessidade de locomoção e movimentação, a busca pelo alimento – e agravando devido as produções em larga escala de alimentos com alto valor energético – e propiciaram menor gasto de energia corporal em atividades no lazer. Em resumo, o genoma “poupador” que garantiu a sobrevivência da espécie por milhares de ano é visto hoje como desencadeador de diversas doenças em virtude da inatividade física.

Gaspar (2004) apresentou como o desuso dos sistemas funcionais por meio da inativação fisiológica afeta o organismo e predispõe riscos cardiovasculares. Com o sedentarismo os músculos, responsáveis pela contração muscular que viabiliza o retorno venoso, ficam inativos e comprometem o trabalho das válvulas venosas que dependem da contração muscular, o que por consequência reduz e altera o fluxo da circulação sanguínea e

atrasa o retorno venoso, favorecendo a formação de trombos¹², que respondem por muitas doenças cardiovasculares como AVE e doença cardíaca isquêmica. O impacto do sedentarismo na circulação cardíaca contribui, também, ao aumento da pressão no interior dos vasos e lesiona o endotélio, dando início ao processo aterosclerótico. Carlucci et al. (2013) informam, ainda, sobre os efeitos de resistência à insulina e aumento dos níveis lipídicos na circulação sanguínea. Ambos os autores concluem que o sedentarismo é determinante para a formação de DCV, o que poderia ser fortemente evitado.

A VIGITEL (2013) avaliou a frequência de AF insuficiente e inatividade física (sedentarismo) em adultos. Por AF insuficiente considerou que a soma de AF no tempo livre, no deslocamento para trabalho/escola e na atividade ocupacional deveria ser maior ou equivalente a 150 minutos de atividade semanais com intensidade moderada ou 75 minutos semanais de atividade vigorosa. Os resultados apontaram 49,4% dos indivíduos com atividade física insuficiente, com prevalência do sexo feminino (57,4%) e variações quanto a idade – propensão a aumentar quanto maior a idade – e escolaridade – propensão a diminuir quanto maior a escolaridade. Por inatividade física ou sedentarismo incluiu os indivíduos que não praticaram qualquer atividade física – seja no tempo livre, no deslocamento trabalho/escola ou esforços físicos no trabalho – nos últimos três meses. Na avaliação encontrou a frequência de 16,2%, sem diferenças significativas entre homens e mulheres, mas com a mesma relação entre idade – indivíduos mais velhos, mais inativos – e escolaridade – adultos com menor escolaridade, mais inativos (BRASIL, 2014).

A *American Heart Association* – AHA (Associação Americana de Cardiologia) incentiva a prática de atividades físicas aeróbicas e o controle de tempo gastos com atividades sedentárias como ver televisão (AHA, 2006 apud MARTINS, 2013). No Brasil, foi registrado pela VIGITEL (2013) que 28,6% da população adulta assiste televisão por três ou mais horas diárias, sendo a frequência maior na faixa etária de 65 anos ou mais e menor em indivíduos com escolaridade de 12 anos ou mais (BRASIL, 2014). O sedentarismo, por ser um hábito reproduzido dentro das famílias, passou a acometer os indivíduos precocemente, inclusive crianças e adolescentes, conforme apresentado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (2012) cujo percentual de adolescente com o hábito de assistir duas ou mais horas diárias de televisão foi de 78,6% (BRASIL, 2013).

¹² **Trombo** é uma massa de coagulação do sangue formada por plaquetas, glóbulos brancos, vermelhos e fibrina, no interior do vaso sanguíneo (GASPAR, 2004).

Mudanças do estilo de vida sedentário para um ativo são prementes à melhora da qualidade de vida e prevenção cardiovascular. As altas prevalências apontam a necessidade de políticas públicas visíveis e acessíveis a toda população brasileira. Gualano e Tinucci (2011) evidenciam que não há outra forma de alcançar os benefícios do exercício físico, senão, por ele mesmo e enfatizam que este é barato, seguro – desde que adequadamente acompanhado por um profissional de Educação Física –, recomendável por profissionais de saúde e capaz de reduzir significativamente a necessidade de medicamentos.

Obesidade e Sobrepeso

Hábitos alimentares inadequados juntamente ao sedentarismo estão diretamente associados a dois importantes FR cardiovascular, a obesidade e o sobrepeso, que, por conseguinte, favorecem o desenvolvimento de dislipidemias, DM, HAS, doenças, também, relacionadas às DCV. A obesidade é uma DCNT definida pelo acúmulo anormal e excessivo de gordura corporal, visto o desequilíbrio entre o consumo de ingestão calórica e o seu gasto (inatividade física) (ANS, 2006). Dos fatores relacionados a etiologia da obesidade encontram-se os genéticos, comportamentais (estilo de vida), emocionais e ambientais – sendo o ambiente moderno considerado como um estímulo potente a obesidade (ABESO, 2009).

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) (2009) o sobrepeso e obesidade é de fácil reconhecimento e o diagnóstico adequado deve ser realizado, sobretudo para avaliar estimativas de riscos, no entanto, ainda há dificuldades quanto ao protocolo padronizado de avaliação que englobe fatores indispensáveis para determinação de riscos. O IMC é uma das medidas mais utilizadas para avaliar obesidade/sobrepeso, visto sua praticidade de obter o resultado por meio da divisão do peso, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros, (kg/m^2). O IMC cujo valor está entre 25 kg/m^2 a 29,9 kg/m^2 indica sobrepeso e quando $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ indica obesidade, que varia quanto aos riscos de comorbidades conforme o aumento no índice: de 30,0 a 34,9 é considerado obeso I, com risco moderado; de 35,0 a 39,9 é obeso II com grave risco; e $\geq 40,0$ é obeso III com risco muito grave. Embora o IMC forneça facilidades ao diagnóstico da obesidade, possui algumas limitações por não estar totalmente correlacionado com a gordura corporal tanto ao que se refere a distinção entre massa gorda e massa magra, quanto a distribuição da gordura corporal.

Neste sentido, combinar o IMC a outra medida de distribuição de gordura minimiza problemas no diagnóstico e fornece uma avaliação combinada da obesidade para risco de DM e DCV, proposta pela OMS (apud ABESO, 2009), conforme apresentado no quadro 2. A

medida da CA expressa o conteúdo de gordura visceral e presume a gordura corporal total, facilitando no diagnóstico de sobrepeso e obesidade. A OMS definiu como pontos de corte para alerta de risco aumentando a CA ≥ 80 cm para mulheres e CA ≥ 94 cm para homens e para alerta de risco substancialmente aumentado a CA ≥ 88 cm para mulheres e CA ≥ 102 cm para homens. Diante do alcance dessas medidas, a recomendação é uma monitorização mais frequente dos FR para DCV. A I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica recomenda de forma simples e reprodutiva que a medida da CA seja demarcada pelo ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista íliaca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO et al., 2005; BRANDÃO et al., 2004).

Quadro 2: Avaliação de Risco para DM e DCV por meio de Circunferência Abdominal e IMC.

Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes 2 e doença cardiovascular			
Circunferência Abdominal (cm)			
Risco de complicações metabólicas	IMC (kg/m²)	Homem: 94-102	102+
		Mulher: 80-88	88+
Baixo Peso	< 18,5	-	-
Peso Saudável	18,5-24,9	-	Aumentado
Sobrepeso	25-29,9	Aumentado	Alto
Obesidade	≥ 30	Alto	Muito Alto

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo de Obesidade e Síndrome Metabólica – Diretrizes Brasileira de Obesidade 2009/2010.

A obesidade é, atualmente, declarada como uma epidemia global pela OMS, e como um dos maiores problemas da humanidade pelo vasto prejuízo causado a saúde física, psicológica e social e pelo aumento da prevalência mundialmente (SIMÃO et al, 2013). No Brasil, a informação mais recente disposta pela VIGITEL (2013) referiu que a obesidade aumentou de 11,8% para 17,5% em adultos, no período de 2006-2013, número este que acomete mais de 30 milhões de pessoas. A idade se apresentou como uma variável pertinente à avaliação da obesidade no sexo masculino, uma vez que duplicou da faixa de 18-24 anos para a faixa de 25-34 anos, declinando após os 65 anos. A frequência de sobrepeso na população brasileira adulta foi de 50,8% da população, com maior prevalência no sexo masculino (54,7%) quando comparado ao sexo feminino (47,4%). O inquérito encontrou relação inversa entre escolaridade com o sobrepeso/obesidade, indicando a diminuição da frequência de sobrepeso/obesidade com o aumento no nível da escolaridade (BRASIL, 2014).

A I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular alerta às graves magnitudes que a epidemia da obesidade alcançou no país, em virtude das transições nutricionais, demográficas, socioeconômicas e sanitárias:

Em um período de 34 anos, a prevalência de obesidade aumentou em mais de quatro vezes para os homens (de 2,8% para 12,4%) e em mais de duas vezes para as mulheres (de 8% para 16,9%). Atualmente o Brasil ocupa o quarto lugar entre os países com maior prevalência de obesidade e pela primeira vez o número de adultos com sobrepeso ultrapassará o de baixo peso. Nas crianças e adolescentes, observa-se uma importante ascensão do sobrepeso e obesidade, independente do sexo e das classes sociais, e uma proporção significativa das crianças obesas irão tornar-se adultos obesos (SIMÃO et al., p. 15, 2013).

Observa-se que a obesidade/sobrepeso não acomete somente a população adulta, e representa, também, um problema grave à saúde infantojuvenil, visto associação com maior risco de DCV no futuro e manutenção da obesidade na vida adulta. Além disso, as crianças ficam expostas desde muito cedo aos mesmos riscos à saúde que os adultos (PIZZI et al., 2013;) De acordo com Blössner e Borghi (2010 apud SIMÃO et al, 2013) 43 milhões de crianças foram diagnosticadas com excesso de peso no mundo, em 2010, estando a maior parte (81,3%) delas concentradas em países em desenvolvimento. A ABESO (2009) esclarece que muitos estudos encontram ligação entre maiores taxas de obesidade em populações com mais pobres e menores níveis de escolaridade. Além disso, relata que crianças cujo um dos pais é obeso apresenta 50% de chances de desenvolver obesidade, valor este que chega a 80% de chances quando ambos os pais são obesos.

As principais alterações que constituem risco às DCV ocorrem por meio dos efeitos metabólicos adversos nos níveis pressóricos, lipídeos e a resistência à insulina. A obesidade/sobrepeso favorece diretamente essas alterações pelo acúmulo de gorduras que não se restringem somente a área abdominal, mas também a artérias e vasos sanguíneos, exigindo do sistema cardiovascular muito mais esforço para trabalhar adequadamente com o aumento do volume sanguíneo ou espessamento das artérias (CARLUCCI et al., 2013). É inegável o dano que a obesidade causa na função e estrutura cardíaca. Em decorrência da dilatação e hipertrófica ventricular, disfunções sistólicas e diastólicas são observadas junto às constantes elevações do nível da PA, associadas às lesões no coração e vasos sanguíneos (VALEZI e MACHADO, 2011).

A prevenção e/ou tratamento da obesidade/sobrepeso devem associar mudanças ambientais e comportamentais. Quanto ao ambiente, considerado obesogênico por vender a baixo custo e estimular o consumo de alimentos industrializados, *fast food* e proporcionar cada vez mais atividades que demandem menos esforço físico, é imprescindível a valorização da ingesta de alimentos saudáveis por meio da redução de custos e acompanhamento profissional para reeducação alimentar, além do fornecimento de espaços para práticas de atividades físicas seguras. Em se tratando de mudanças comportamentais, as recomendações se voltam a fazer o mínimo de 5 refeições saudáveis ao dia, atentar a quantidade de gordura *trans* para evitar o consumo, bem como de bebidas industrializadas e doces, não ingerir líquido durante as refeições, preferi-los no intervalo entre elas, fazer no mínimo 30 minutos de atividade física por dia, exceto pessoas com tendência a obesidade que deverão fazer de 45-60 minutos e pessoas que trataram obesidade com recomendação para 60-90 minutos para evitar recuperação de peso e evitar o consumo excessivo de bebidas alcólicas em virtude das alterações metabólicas (SIMÃO et al., 2013)

Em crianças e adolescentes o ganho de peso pode associar-se ao crescimento, no entanto, esta fase merece atenção especial pelo risco de manutenção e desenvolvimento precoce de doenças. A fase em que mulheres mais tendem ao ganho excessivo de peso e dificuldade em reduzi-lo durante e após a gestação. Inclina-se, também, a aumentar o peso com a menopausa e as variações no estilo de vida e idade. O casamento pode influenciar homens e mulheres a engordar, visto mudanças nos hábitos sociais. A cessão do tabagismo e quebra de rotina com férias estão associados ao ganho de peso em ambos os sexos. Homens estudantes, mais jovens e sem companheira tendem a ter hábitos alimentares poucos saudáveis, o que pode ser associado ao ganho de peso. As mudanças vinculadas aos hábitos sociais, sobrecarga de atividades acadêmicas e poucas horas de sono de jovens adultos universitários pode ser um fator importante a ser considerado para estimar ganho de peso, principalmente por ser esta a fase de mudanças, aquisição e estabelecimento de comportamentos que provavelmente se manterão ao longo da vida. É irrefutável identificar em que momento no desenvolvimento do indivíduo o ganho de peso é mais propício para direcionar as intervenções preventivas (SIMÃO et al., 2013; ABESO, 2009; SOUSA, JOSE e BARBOSA, 2013; OLIVEIRA et al., 2014).

Dislipidemias

As dislipidemias referem-se a disfunções no metabolismo lipídico pelo consumo excessivo de gorduras ou por falha na hidrólise das mesmas por mutações genéticas, que resulta

no aumento de lipídeos¹³ no sangue, cujos principais são colesterol e triglicerídeos (TG) que possuem importantes funções no organismo, todavia, para que sejam desempenhadas, precisam das lipoproteínas para transportá-los. As lipoproteínas estão organizadas em dois grupos, as ricas em TG – quilomícrons (de origem intestinal, maiores e menos densas) e VLDL (de origem hepática e densidade muito baixa,) – e as ricas em colesterol – LDL (de baixa densidade, transporta o colesterol do fígado até as células dos tecidos e é considerado ruim por favorecer o acúmulo de colesterol na parede interna das artérias, contribuindo para a aterosclerose e outras doenças cardíacas) e HDL (de alta intensidade, transporta o colesterol de volta ao fígado para ser eliminado e é considerado bom pela capacidade de absorver cristais de colesterol que foram depositados na parede das artérias) (HAYASIDA, 2010; MOTTA, 2003).

As dislipidemias podem ser classificadas, primeiramente, entre primárias – sem causa aparente – ou secundárias – decorrentes de doenças ou medicamentos. As dislipidemias primárias devem ser identificadas genotipicamente – quando causadas por mutações genéticas, sendo monogênicas e poligênicas – ou fenotipicamente – considerando os valores de CT, LDL-C, TG, HDL-C. O CT é usado para estimar o risco cardiovascular a nível de rastreamento populacional, uma vez que a análise adequada requer as análises individuais do HDL-C e LDL-C. Dentre as dislipidemias fenotipicamente avaliadas, encontram-se 4 tipos, conforme a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013):

Hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dl);
Hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TG (≥ 150 mg/dl) que reflete o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG [...] **Hiperlipidemia mista:** valores aumentados de LDL-C (≥ 160 mg/dl) e TG (≥ 150 mg/dl). [...] considerar a hiperlipidemia mista quando CT ≥ 200 mg/dl; **HDL-C baixo:** redução do HDL-C (homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl) isolada ou em associação ao aumento de LDL-C ou de TG (XAVIER et al., p.5, 2013).

É de suma relevância identificar o tipo da dislipidemia apresentada, visto que a primeira recomendação ao tratamento, voltada à terapia nutricional, necessita de adequação em conformidade ao tipo apresentado. Outras medidas decorrem de mudanças no estilo de vida consoantes às medidas necessárias a prevenção de DCV: perda de peso, prática diária de atividade física e cessação do tabagismo. O tratamento medicamentoso é realizado por meio de estatinas no caso de hipercolesterolemia e fibratos em se tratando de hipertrigliceridemia. A

¹³ **Lipídios** são substâncias orgânicas insolúveis em água, mas solúveis em solventes apolares. São encontradas em todos os tecidos e atuam como precursores hormonais, combustível metabólico, componente que estrutura membranas e isolante que permite a condução nervosa e previne a perda de calor (MOTTA, 2003).

combinação dos dois fármacos é sugerida em caso de hiperlipedemia mista, para normalização do perfil lipídico. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) sugere que em nenhuma hipótese as medidas comportamentais, sobretudo as dietéticas, sejam interrompidas mediante o tratamento farmacológico (XAVIER et al., 2013; GAMA, MUSSI e GUIMARÃES, 2010).

Disfunções no metabolismo lipídico também podem acontecer por causas secundárias, como quando predispostas por doenças das quais as mais frequentes e referenciadas na literatura são as hepatopatias, hipotireoidismo, doenças autoimunes, pós-transplantes cardíacos, DM, síndrome metabólica, disfunção renal, obesidade, alcoolismo e tabagismo. As medicações associadas às dislipidemias secundárias refletem o uso de doses altas de diuréticos tiazídicos, betabloqueadores beta-adrenérgicos não seletivos, corticosteroides e anabolizantes. Uma vez detectado com dislipidemias, todos os pacientes devem ser avaliados quanto a possibilidade ser desencadeada por causas secundárias, afim de evitar tratamento medicamentoso específico ao invés das mudanças comportamentais e tratamento da causa (SANTOS et al., 2001; XAVIER et al., 2013).

Diante das alterações metabólicas causadas pelas dislipidemias torna-se evidente sua relação com as DCV, como reforça Simão et al. (2013) ao declará-las como principal FR para aterosclerose e doença arterial coronariana. Conforme consta em Xavier et al., (2013) e Lima (1999) a identificação das dislipidemias ocorre por meio de exames laboratoriais, em que a coleta sanguínea deve suceder um jejum por no mínimo 12 horas, privação de bebidas alcoólicas nos 3 dias anteriores e de esforços físicos no dia do exame para análise adequada das concentrações de colesterol e TG. Em comparação aos FR comportamentais, poucas pesquisas epidemiológicas foram encontradas, o que pode estar relacionado aos custos mais altos dos métodos bioquímicos de investigação e as exigências para o preparo do exame.

Garcez et al., (2014) realizaram um estudo para avaliar perfil lipídico por meio do estado nutricional, que concerne a aferição do peso, estatura, IMC e circunferência de cintura e avaliação bioquímica, de 719 moradores do município São Paulo. Os dados foram obtidos em domicílio por enfermeiros capacitados e todas as recomendações para o preparo da coleta de sangue foram obedecidos. Organizou-se os resultados em duas categorias: sem excesso de peso que correspondeu a 49,81% da população estudada e com excesso de peso referente 46,01% dos indivíduos. Enquanto que os adolescentes tiveram o estado nutricional mais adequado (84,04%), nos idosos foi encontrado a maior prevalência de obesidade (37,28%). A obesidade central da população estudada foi de 48,33%, com inadequações significativas da medida de circunferência de cintura.

Duarte et al. (2013), em pesquisa para descrever os gastos e o perfil demográfico e epidemiológico de pacientes em tratamento para dislipidemias, relembram que os principais estudos sobre DCV – AFIRMAR, FRICAS e INTERHEART – encontram a dislipidemia como um potente FR e indicaram a relevância de preveni-la e combata-la para diminuir a incidência de DCV. A pesquisa contou com 67.142 indivíduos, de aproximadamente 108 mil atendidos para tratar dislipidemias, pelo Centro Especializado de Assistência Farmacêutica, no período de 2003-2006. A maior frequência ocorreu no sexo feminino (63%), na faixa etária entre 50-79 anos (76,9%), com diagnóstico de hipercolesterolemia pura (98,6%). Nesta amostra, o público infanto-juvenil (0-14 anos) correspondeu a 0,4% (n=250), os jovens adultos com idades entre 15-19 anos representaram 0,9% (n=570) e adultos (30-49 anos) a 15,6% (n=10.482). Observa-se uma relação diretamente proporcional entre idade e frequência de acometidos, o que pode ser indícios de manutenção da doença, visto que são consideradas DCNT que perdurar por toda a vida.

Em um estudo acerca dos alimentos que indicam risco às DCV, Oliveira et al (2014) mostrou que:

[...] a dieta rica em gorduras saturadas e colesterol que estão associados a valores séricos elevados de colesterol total e LDL, consumo de bebida alcoólica, consumo de sal, cuja diferença de 100 mEq¹⁴ por dia na ingestão de NaCl¹⁵ estaria associada a uma diferença de 3 a 6mmHg¹⁶ na PA sistólica e dieta rica em calorias. Diversos estudos tem avaliado a influência da ingestão elevada de ácidos graxos *trans* sobre os níveis da lipoproteína, considerada um fator de risco para doenças cardiovasculares. Os alimentos contendo gordura parcialmente hidrogenada contribuem com cerca de 80% a 90% da ingestão diária de ácidos graxos trans. As dietas com baixos teores de lipídios, e, conseqüentemente, ricas em carboidratos, elevam significativamente os triglicérides sanguíneos e reduzem os níveis de HDL (p.400).

A alimentação inadequada contribui significativamente para ocorrência das dislipidemias e muitas doenças conhecidas por configurar riscos a DCV e é a principal responsável ao ganho inadequado de peso, ao passo que deve ser evitada em todas as faixas etárias, visto os prejuízos a ela relacionados.

¹⁴ **mEq** – cálculo de miliequivalente, resultado em miligramas do peso molecular.

¹⁵ **NaCl** – cloreto de sódio, fórmula química do sal de cozinha.

¹⁶ **mmHg** – milímetro de mercúrio é uma unidade de medida para aferir pressão.

Diabetes Mellitus (DM)

A DM é um grupo de doenças expresso por disfunções metabólicas que resultam na elevação de glicose no sangue (hiperglicemia), pelo defeito na ação ou secreção do hormônio insulina, podendo acontecer isoladamente ou em conjunto. A insulina tem como principal função viabilizar a entrada da glicose na célula para fornecer energia a diversas atividades celulares, quando isto não acontece corretamente, a glicose não é utilizada, fica no sangue até ser eliminada por vias renais. A concentração elevada de glicose no sangue acarreta degenerações e até falência de órgãos como olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos. (FERREIRA et al., 2011)

Existem quatro categorias clínicas de DM: tipo I, tipo II, gestacional e outros tipos específicos. A DM tipo I é causada por uma destruição de células β pancreáticas – responsáveis por sintetizar e secretar a insulina – por mecanismos autoimunes e embora apareça na minoria dos casos (5% a 10%), representa grande risco pelo caráter irreversível das destruições destas células, pelas grandes chances de desenvolver cetoacidose diabética¹⁷ e por se manifestar mais comumente em crianças e jovens. A DM tipo II, correspondente a 90% dos casos, se estabelece pela falha na secreção ou ação da insulina cuja etiologia específica não é conhecida, todavia, está associada à obesidade e distribuição de gordura corporal, principalmente na área abdominal – visceral –, resistência à insulina e produção elevada de glicose hepática. O diagnóstico ocorre, comumente em indivíduos com cerca de 40 anos, mas pode se desenvolver em qualquer fase da vida e está cada vez mais comum em crianças e adolescentes. Neste caso, a cetoacidose é menos frequente e quando se manifesta vem acompanhada de estresse ou infecção (OLIVEIRA e VENCIO, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

A DM gestacional se apresenta durante a gestação como uma intolerância à glicose advinda tanto da resistência à insulina quanto à diminuição da função das células β pancreáticas, acometendo, no Brasil, cerca 7% das gestações. Além dos cuidados habituais da gravidez, mulheres acometidas com DM gestacional devem, também, tratar a doença e, após 4-6 semanas do parto, submeterem-se a nova avaliação para reclassificação da DM enquanto glicemia de jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou normoglicemia. Apesar de grandes possibilidades de reversão do quadro, estas mulheres tornam-se mais suscetíveis à DM tipo II.

¹⁷ **Cetoacidose Diabética** é uma complicação aguda da DM causada por uma deficiência profunda de insulina que resulta em hiperglicemia, desidratação, cetose e acidose metabólica e pode levar o indivíduo à morte (BARONE et al., 2007).

Os outros tipos específicos de DM são mais raros, contudo, seus desencadeadores podem ser identificados, embora pertençam a categorias distintas como: por indução medicamentosa ou, defeitos genéticos na função das células β pancreáticas, defeitos genéticos na ação da insulina, infecções, formas incomuns de DM autoimune, doenças do pâncreas exócrino e outras síndromes genéticas por vezes associadas a DM e endocrinopatias (OLIVEIRA e VENCIO, 2014).

O VIGITEL (2013) encontrou, no conjunto de 27 cidades, a frequência de 6,9% de pessoas com diagnóstico de DM. Observou-se que a frequência tendeu a aumentar gradualmente com a idade – tendo a maior prevalência em indivíduos com mais de 55 anos – e diminuir progressivamente quanto maior os anos de escolaridade – com maior ocorrência em indivíduos com até 8 anos de escolaridade –, não apresentando diferenças relevantes entre os sexos (BRASIL, 2014). O inquérito domiciliar da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizado com 60.202 participantes, registrou a frequência de DM de 6,2%, com maior frequência apresentada em mulheres e indivíduos com mais de 65 anos. Ainda, estimou que aproximadamente 9 milhões de brasileiros tenham DM, dos quais 38,8% possui 65 ou mais anos de idade (ISER et al., 2015).

Um estudo transversal com 702 jovens adultos de uma universidade pública do Ceará mostrou alta prevalência de distintos FR para DM nesta população. A pesquisa objetivou identificar e associar os FR a variáveis sociodemográficas, para localizar os principais riscos. Para tanto os universitários foram recrutados em sala de aula, onde responderam o questionário sobre dados sociodemográfico e de atividade física, e agendaram o dia/hora para mensurar variáveis clínicas (peso, altura, PA, CA e coleta de sangue plasmático em jejum). Em análise, os pesquisadores encontraram prevalência de mulheres (62,7%), faixa etária de 20 a 24 anos de idade (53,3%), pardos (49,3%), solteiros (92,3%), universitários cursando entre o primeiro e quinto semestre letivo (69,1%), residindo com os pais (71,2%), sem trabalho (65,2%). Os FR mais frequentes foram respectivamente do maior para o menor: sedentarismo (77,6% em mulheres de 20 a 24 anos), excesso de peso (32,1% em homens casados, com 25 a 58 anos), obesidade central (5% homens e 5,7% mulheres casados, com 25 a 58 anos), glicemia plasmática de jejum elevada (15,7% em homens e 10,2% em mulheres) e HAS (7,1% em homens) (LIMA et al., 2014).

A DM analisada isoladamente é muito perigosa quando não tratada, por disparar diversas doenças físicas e psicológicas com consequências muito danosas. Quando relacionada à DCV o perigo torna-se iminente, tanto pelo fato de indivíduos com DM apresentarem maiores

riscos de desenvolver DCV quanto pela gravidade do quadro clínico quando ambos estão instalados. O processo aterosclerótico é acelerado em pacientes diabéticos e Silva Simões e Leite (2007) explicam as supostas razões para que isso ocorra:

Os mecanismos que levam a aceleração da aterosclerose em diabéticos ainda não são completamente conhecidos. Mas, sabe-se que a ação da hiperglicemia sobre os vasos sanguíneos, a resistência insulínica e a associação do diabetes com outros fatores de risco, podem favorecer essa condição. Indivíduos com esta enfermidade possuem comumente, uma dislipidemia aterogênica, caracterizada por valores elevados de triglicérides e baixos de HDL-colesterol, assim como de LDL-colesterol (p.113).

Muitos estudos comprovam que a mortalidade dos pacientes diabéticos decorre, especialmente, das doenças cardiovasculares, visto que estes pacientes possuem risco aumentado de 3 a 4 vezes de sofrer evento cardiovascular e o dobro do risco de morrer deste evento quando comparados à população não-diabética. A AHA e *American Diabetes Association* (Associação Americana de Diabetes) recomendam o rastreio de DCV em pacientes diabéticos, sobretudo em pacientes assintomáticos que em muito se beneficiariam com diagnóstico precoce e, conseqüentemente, agravos no quadro de saúde (VIANA e RODRIGUEZ, 2011; SIQUEIRA, ALMEIDA-PITITTO e FERREIRA, 2007).

A DM e a DCV compartilham FR e agravo dos quais destacam-se a HAS, dislipidemia e obesidade. Nesse sentido, Gama, Mussi e Guimarães (2010) salientam que a prevenção e/ou tratamento implica, prioritariamente, mudanças no estilo de vida, como; perda de peso, mudança de hábitos alimentares, exercício físico regular, suspensão do fumo e a habilitação da autogestão da saúde. Ao indicar mudanças do estilo de vida como via primária de redução de risco, Simão et al. (2013) esclarecem que a atividade física, além de colaborar para redução de gordura corporal, melhora a sensibilidade a insulina e controle da glicemia, agindo em benefício do controle da HAS, dislipidemia e otimizando a atividade cardiorrespiratória.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é uma condição clínica de etiologia multifatorial, expressa pelo elevado e sustentado nível da PA, cujo marcador diagnóstico correspondente a hipertensão é $PA \geq 140 \times 90$ mmHg. A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão publicou uma tabela norteadora da classificação correspondentes dos níveis de pressão sistólica e diastólica e enfatizou que quando há divergência entre as categorias de pressão sistólica e diastólica, a maior deverá ser utilizada para classificação da PA (SBC, 2010; NOBRE et al., 2013).

Quadro 3: Classificação da PA de acordo com a medida casual no consultório (>18anos).

Classificação	Pressão Sistólica (mm/Hg)	Pressão Diastólica (mm/Hg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-149	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 se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia – VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p.8).

Tabelas classificatórias são imprescindíveis ao diagnóstico e intervenções em saúde, todavia, a HAS tem particularidades que necessitam ser consideradas durante o processo de investigação: a PA tem variações intraindividual, visto que sofre diversas variações no mesmo indivíduo ao longo do dia, por condições ambientais e comportamentais, pelo grau e intensidade de atividade física e pelo estado emocional; interindividual, uma vez que o organismo de cada indivíduo funciona de forma singular, quando comparado a outros. Por envolverem tantos componentes genéticos e ambientais, a HAS é considerada complexa quanto a compreensão dos mecanismos mantenedores e reguladores. Além disso, a HAS é sincronicamente uma síndrome clínica que causa alterações funcionais – pela sobrecarga de trabalho mecânico do coração quando a PA se eleva – e/ou estruturais – altas pressões que podem causar perfusões nas estruturas do coração, rins, encéfalo e vasos sanguíneos –, e fator de alto risco para desfechos cardiovasculares mais graves, podendo ou não serem fatais (SANJULIANI, 2002; NOBRE et al., 2013).

Os estudos epidemiológicos retratam o grande impacto negativo da HAS à saúde individual e coletiva e a níveis de economia mundial. No Brasil, a VIGITEL (2013) registrou-se 24,1% de indivíduos com diagnóstico de HAS, com maior frequência em mulheres (26,3%) quando comparadas ao sexo masculino (21,5%). A idade aparece como um fator agravante em muitos estudos, incluindo este, sendo o aumento da frequência proporcional ao aumento de idade. A escolaridade também indicou fator de variação, com maior frequência de HAS entre

indivíduos com 0 a 8 anos de escolaridade (BRASIL, 2014). A HAS é a doença crônica mais comumente diagnosticada entre os idosos, todavia, seu curso inicia-se silenciosamente em idades precoces, e por ser uma doença com largo potencial preventivo, estudos e intervenções são direcionadas a crianças, adolescentes e jovens, por ser um importante prognóstico à saúde cardiovascular (LIMA, 2012; SESTILE et al., 2014).

O diagnóstico da HAS, embora simples, é muitas vezes realizado inadequadamente. Para tanto, a IV Diretriz Brasileira de Hipertensão recomenda o preparo correto do paciente, uso padronizado da técnica, equipamento para medida da PA calibrado e reavaliação periódica que podem incluir novos exames, de acordo com o nível de alteração. A partir do diagnóstico, deve-se iniciar condutas de tratamento, que em todos os casos se inicia com mudanças do estilo de vida, hábitos e comportamentos que necessitam ser mantidos por toda a vida para prevenir morbimortalidade por DCV. Para tanto, reduzir o peso, controlar a ingestão de gorduras, restringir o consumo de sal, evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, cessar o tabagismo, praticar atividades físicas, exercícios de respiração lenta e manejo do estresse são condutas prioritárias ao cuidado com a saúde cardiovascular (SBC, 2010).

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos com risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais e a terapêutica adotada deve ser acompanhada com a finalidade de manter a qualidade de vida e de observar a adesão. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por fornecer continuamente as principais classes anti-hipertensivo para o tratamento crônico da HAS, no entanto, mesmo diante dessas circunstâncias a adesão é baixa na rede primária, de aproximadamente 10 a 20%, chegando a 50% se potencializada pelo acompanhamento interdisciplinar. Por ser uma doença que requer cuidados e mudanças contínuas, observou-se que o abandono do tratamento aumenta com o passar do tempo e que o retorno ocorre com agravos e danos irreversíveis. Aliar a educação em saúde, acessibilidade da equipe de saúde com o paciente, orientações detalhadas e acessíveis sobre os benefícios do tratamento, bem como aos ajustes cabíveis conforme a necessidade, potencializam a adesão e motivação ao tratamento (SBC, 2010; GAMA, MUSSI, GUIMARÃES, 2010).

3.4.3 Fatores de Riscos Psicossociais

Fatores emocionais podem influenciar substancialmente a trajetória das DCV, tanto pelas alterações fisiológicas, imunológicas, hemodinâmicas, neuroendócrinas e parassimpáticas quanto pelos comportamentos – que sofrem influência direta das emoções – com possível elevação da PA e frequência cardíaca. A depressão, transtornos de ansiedade e

raiva/hostilidades são relacionados a gatilhos para eventos cardíacos e merecem especial atenção tanto da dimensão preventiva quanto interventiva, por serem altamente prevalentes em pacientes acometidos por DCV. Estudos experimentais foram capazes de comprovar que intervenções psicológicas e farmacológicas com antidepressivos e ansiolíticos poderiam reduzir agravos e recorrentes eventos cardiovasculares em pacientes cardiopatas, no entanto, ressalta-se que a maioria dos estudos que associam DCV e FR emocionais selecionam pacientes já adoecidos, o que torna, ainda, incerto afirmar que a prevenção isolada de tais fatores seria capaz de reduzir as DCV (ROZANSKI et al, 2005; FREITAS, 2011; HAYASIDA, 2010; BOING et al., 2012).

Depressão

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition* – 5ª Edição Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), o Transtorno Depressivo Maior, comumente conhecido por depressão, é expresso, por um período mínimo de duas semanas, pela perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, humor triste, desesperançado e desencorajado com irritabilidade aumentada, alterações de aumento ou redução no apetite, sono e psicomotricidade, diminuição da energia, fadiga, sentimentos frequentes de desvalia, queixas somáticas, prejuízos cognitivos e ideações ou tentativas de suicídio. Avaliar e/ou diagnosticar a depressão é uma tarefa árdua, pois é frequentemente confundida com tristeza e estigmatizada como sinônimo de fraqueza. Quando associada a uma condição médica geral torna-se ainda mais difícil seu diagnóstico, por compartilhar de sinais e sintomas representativos de patologias clínicas (*American Psychiatric Association - APA, 2014*).

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais prevalente no mundo e estima-se que 350 milhões de pessoas de todas as idades sejam acometidas globalmente. O Brasil lidera, em primeiro lugar dentro os países em desenvolvimento, o maior índice de prevalência da doença, acometendo cerca de 10,4% população. É unânime nos estudos epidemiológicos o fato de mulheres terem o risco duplamente aumentado em comparação com os homens. No entanto, variáveis comuns a ambos são gêneros são: idade, estado civil e condições sociais. Em ambos os gêneros a idade é uma variável que sofre alterações de acordo com as regiões, contextos e culturas analisadas, todavia, o consenso geral sugere que a depressão é 3 vezes mais frequente na faixa etária dos 18-29 anos que em indivíduos idosos (+60 anos). O estado civil (separado, divorciado ou sem companheiro) e condições sociais (baixo status socioeconômico) são

variáveis comprovadamente relacionadas a depressão (BROMET et al.,2011; APA, 2014; WHO, 2015).

Constitui um grave problema à saúde pública mundial, por seus prejuízos biopsicossociais, por apresentar diminuição da qualidade de vida, maior risco de desenvolver doenças crônicas, incapacitação para o trabalho, gastos elevados com a saúde e baixa adesão a tratamentos prescritos, associação a comportamentos de riscos – uso de álcool, cigarro de tabaco e drogas ilícitas – e alto risco de suicídio. Seus danos foram suficientes para classificá-la como a terceira principal causa de DALY em todo o mundo, sobretudo pela associação de mortes precoces por suicídio, uma vez que o risco de mortalidade por suicídio em pacientes deprimidos chega a ser maior 20 vezes mais que na população em geral (BROMET et al.,2011; WHO, 2015; LÉPINE e BRILEY, 2011)

Dos fatores emocionais que representam risco a DCV, a depressão tem sido a mais estudada nos últimos anos e muito associada à morte cardiovascular. Achados científicos constataram que sintomas leves da doença são capazes de desencadear efeitos fisiopatológicos e, conseqüentemente, suscitar eventos cardíacos adversos. Diante disto, os estudos epidemiológicos voltaram as investigações principalmente para sintomas depressivos, ao invés de avaliar o transtorno depressivo maior. Neste cenário, a prevalência de depressão em pacientes cardiopatas varia entre 20 a 40%, e embora existam diversas ferramentas disponíveis para diagnóstico e tratamento, a depressão segue sub-reconhecida e subtratada neste grupo, e persiste agravando o desenvolvimento da doença e aumentando em 2,5 vezes o risco de mortalidade. Intervenções farmacológicas com antidepressivos e psicoterápicos com a TCC tem apresentado eficácia com a redução de mortalidade e recorrência de eventos cardíacos agudos em pacientes cardiopatas deprimidos (LÉPINE e BRILEY, 2011; ROZANSKI, et al., 2005; CELANO e HUFFMAN, 2011).

Ansiedade

A ansiedade, definida como um estado emocional, tem valor adaptativo por preparar os indivíduos para situações de luta e fuga, por meio da antecipação da ameaça, e expressa por sintomas físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais. No entanto, é considerada patológica quando experienciada de maneira disfuncional, excessiva e persistente, tornando-se um estado emocional de complexo administração pela tensão permanente sobre a futura possibilidade de se deparar com o estímulo ameaçador. É frequentemente associada ao medo, no entanto, diferem-se pelo fator temporal e comportamental, uma vez que o medo se

relaciona ao perigo iminente real ou percebido, com comportamentos de luta e fuga e ansiedade ao futuro, com comportamentos de esquivar/evitação. Segundo o DSM-V, os Transtornos de Ansiedade assemelham-se pelos altos níveis de ansiedade, mas diferem-se pelo tipo de estímulos temidos/evitados e pelo conteúdo cognitivo associado. A Fobia Específica, a Ansiedade Generalizada e o Transtorno de Pânico são os mais associados à DCV (FONSECA et al., 2009; GAMA et al., 2011; SCHMIDT E DUNCAN, 2011; APA, 2014; ROZANSKI, et al., 2005; FRASURE-SMITH e LESPÈRANCE, 2008).

A ansiedade promove alterações físicas como respiração curta, aperto no peito, sudorese, taquicardia, boca seca, tremor, vertigem, enjoo, tensão muscular e vigilância em relação ao futuro ocorre na ansiedade, assemelhando-se com sintomas de DCV. A conceituação de ansiedade é complexa, visto que não envolve um construto unitário, além disso, esta pode ser compreendida como ansiedade-estado que corresponde a um estado emocional transitório e ansiedade-traço que se refere a diferenças individuais relativamente estáveis na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras. Por esses motivos, a comunidade científica, atualmente, enfrenta percalços para compreender a relação existente no binômio ansiedade-doenças cardiovasculares, e importantes lacunas sobre este conhecimento são mantidas. Investigações epidemiológicas sobre ansiedade no Brasil e no mundo também são escassas, o que dificulta a caracterização sobre prevalência e incidência de risco. O DSM-5 aponta que os transtornos de ansiedade são mais frequentes em mulheres que em homens, e a faixa estaria oscila conforme o transtorno e a região (CLARK E BECK, 2012; STALLARD, 2010; CHAGAS, LINARES E CRIPPA, 2011; APA, 2014).

De acordo com Rozanski et al. (2005) os estudos sobre ansiedade e DCV são limitados, todavia, grandes estudos certificaram a ligação entre fobia específica e morte súbita. Roest et al. (2010) concluíram em seu estudo de meta-análise que os sintomas de ansiedade quando presentes em pacientes cardíacos, aumentam em 26% o risco de doença coronariana incidente e em 48% o risco mortalidade cardíaca. Os estudos de Frasure-Smith e Lespérance (2008) comprovaram que a depressão e ansiedade estão associadas a maiores eventos cardíacos adversos em pacientes com doença coronariana estável e que promovem a aterosclerose. Celano et al. (2011) concentraram seus estudos na identificação de depressão, transtornos de pânico e ansiedade generalizada em pacientes hospitalizados com DCV e os resultados mostraram que a ansiedade generalizada foi tão prevalente e nociva quanto a depressão, o que diferiu do transtorno de pânico que apareceu com menor frequência.

Raiva/Hostilidade

A raiva e a hostilidade crônica, conforme Rozanski et al. (2005) são também fatores correlacionados a eventos cardiovasculares. Lipp e Malagris (2013) definem a raiva como uma emoção de intenso desconforto sucedida de provocações, ofensas, rejeição, agressão e injustiça que leva os indivíduos a lutarem com comportamentos de revide e ataque. Spielberger et al., (1985, apud Fonseca et al., 2009) evidenciam que expressão da raiva pode ser para fora quando manifestada em relação a outras pessoas ou objetos e para dentro quando ocorre a supressão do sentimento. Apresentam a hostilidade como um conjunto de atitudes negativas, mais voltada a uma característica de personalidade relacionadas a emoções como o cinismo, ressentimento e vingança, e avaliações negativas constantes.

A raiva é uma emoção normal e de grande valor adaptativo, no entanto, quando não regulada adequadamente é capaz de gerar estresse emocional com danos significativos ao organismo como o aumento de níveis da PA, cefaleia e também até IAM. Os componentes neuroquímicos da raiva causam, além do desarranjo neuroendócrino, alteração cardiovascular, pois o coração precisa acelerar para fazer circular em todo organismo os hormônios do estresse recém-produzido, como uma forma prepara-lo para reações físicas de combate e quando associada a hostilidade, representa ainda maior risco para eventos cardíacos. Estudos remetem relação positiva tanto na inibição da expressão da raiva quanto no excesso de expressão com HA, correlacionando o fator hostilidade com aumento do ritmo cardíaco e PA. (LIPP e MALAGRIS, 2013; FONSECA et al., 2009; MOXOTÓ e MALAGRIS, 2015).

A raiva e hostilidade em caráter crônico são consideradas FR psicossocial para DCV, todavia, poucos estudos evidenciaram isoladamente esta relação. Rozanski et al. (2005) justificam que os resultados muitas vezes inconsistentes desses estudos podem ser atribuídos a fatores como dificuldade dos indivíduos em relatar raiva e hostilidade, medidas díspares dificultando as comparações e modelos estruturados de pesquisas que possam ser replicados para efetivar os resultados. Lipp e Malagris (2013) consideram indiscutível o caráter recíproco da raiva/hostilidade-estresse, em um pode levar ao outro, com influência mútua, estreitando, assim, as conexões com as DCV.

3.5 Estilo de Vida de Jovens Universitários

Jovens universitários têm incutido grandes preocupações no âmbito social, da saúde pública e acadêmico, sendo um grupo alvo de muitas investigações científicas tanto por

concentrarem parte representativa da população mundial, quanto por representar a qualidade produtiva do futuro. As configurações contemporâneas expõem os jovens universitários a pressões constantes da competitividade para alcançar boas condições socioeconômicas, status social e sucesso na carreira profissional, sem que os mesmos questionem os métodos formativos e submetam, muitas vezes, a acúmulos de atividades, sobrecargas extensivas de práticas e estudos, mesmo que para isso abdicuem ou adiem cuidados primários com a saúde (RODRIGUEZ-AÑEZ, REIS e PETROSKI, 2008; BERNARDES et al., 2015).

O sistema de saúde do Brasil, embora estruturado, carece de contratação de profissionais, investimentos físicos, organização e exercício das prescrições. Isto reflete na formação acadêmica e profissional dos jovens universitários de duas formas: a primeira concerne à ocupação precoce de universitários as lacunas deixadas pelo número reduzido de profissionais em instituições sanitárias e a segunda na formação acadêmica destituída do acompanhamento necessário destes estudantes por profissionais capacitados, que não somente os coloquem a serviço de baixo custo, mas que contribuam ativa e responsavelmente à formação. Somando-se a isto, o fato de que a maior parte dos universitários transitam da adolescência para a vida adulta, fase em que muitas crenças e comportamentos oscilam por influência de diversos fatores como amigos, cultura, conhecimentos e novas experiência com maior autonomia para selecionar comportamentos e manutenção do estilo de vida, que com grandes chances se manterão ao longo da vida (FRANCA e COLARES, 2008; OLIVEIRA et al., 2014).

A concepção das DCV pela ótica do curso de vida, que entende a saúde e a doença como resposta dos efeitos da exposição a diversos fatores em diferentes fases da vida, desde o desenvolvimento intrauterino, clarifica que as doenças podem iniciar o processo de formação precoce. Pesquisas que avaliaram riscos em fases iniciais da vida comprovaram que o estilo de vida potencialmente causador da aterosclerose é constituído desde a infância, todavia, as complicações tendem a aparecer na vida adulta (PELLANDA, 2014; BRANDÃO et al, 2004; PIZZI et al.,2013).

Em se tratando de jovens/adolescentes, Schenker e Minayo (2005) destacam que o conceito de risco pelo parâmetro epidemiológico – abarcado pelas suas consequências aversivas – não é suficiente para compreender o motivo pelos quais mesmo em posse de informações evidenciadas, optam por condutas que viabilizem prazer imediato, como no caso de tabagismo, consumo excessivo de álcool e hábitos alimentares pouco saudáveis em virtude do alto teor de gordura. No entanto, estudos mostram o quanto é prevalente a exposição de jovens

universitários aos riscos supracitados, deixando-os vulneráveis à ocorrência de outros fatores de riscos, tais como: sedentarismo, ansiedade, depressão, hostilidade, suporte social insuficientes, status socioeconômico baixo, estresse no trabalho e na vida familiar (LEITE e SANTOS, 2011).

A vulnerabilidade é considerada como a chance de exposição de grupos, em virtude de aspectos individuais, coletivos e contextuais, ao adoecimento sem que estes disponham de muitos recursos para um enfrentamento adequado. Para uma análise acurada sobre a vulnerabilidade é importante considerar três componentes: o individual que representa o nível e a qualidade da informação que os indivíduos dispõem previamente sobre o problema bem como o grau de autoeficácia e empoderamento que os mesmos avaliam ter para transformá-lo em práticas de proteção; o social referente à informação disponibilizada pelo meio como recursos disponíveis para enfrentar os desafios, ressaltando que não depende somente do indivíduos, mas de aspectos sociais, culturais, econômicos e até políticos e; o programático relativo a programas ofertados para viabilizar ao indivíduo a articulação dos componentes individuais e sociais para a prática de comportamentos de saúde, fortalecendo-os e guiando-os na busca de saúde (AYRES et al., 2003).

Torna-se cada vez mais clara a inter-relação entre os componentes de risco e vulnerabilidade. Ayres et al. (2003) enfatiza que para análise da vulnerabilidade, não necessita de associações probabilísticas sobre risco, mas sim da interpretação da variabilidade da dinâmica do fenômeno. Nesse sentido, é válido compreender que os componentes individuais dos jovens universitários acerca da saúde cardíaca, ao adentrar na universidade, são escassos e os mesmos pouco estabelecem relações entre os comportamentos de fumar, ingerir álcool, usar droga, se alimentar mal e dormir irregularmente como fatores que aumentam o risco para DCV. Contudo, a cultura de experimentação de novas sensações, prazer, extroversão, diferenciação, autonomia e independência em relação à família são aspectos de desejo opostos ao dano do adoecimento. Embora faça parte de uma cultura, é possível identificar dentro do componente social de vulnerabilidade, os dois lados: estímulo ao comportamento de risco e objeção ao mesmo, por parte do meio, ao passo que generalizar análises para estas conexões torna-se risco científico. Por fim, o componente programático, permeado do papel das instituições universitárias em dispor de programas, compromissos e investimentos a fim de servir como suporte para cooperar no enfrentamento de tantas mudanças e transformações sofridas pelos universitários com o a entrada na faculdade (ARTHUR et al., 2002).

A universidade é um local de produção de conhecimento, aquisição e desenvolvimento de habilidade profissionais e interpessoais. É um lugar propício para conduzir seu público à adoção de hábitos mais saudáveis, que no âmbito das DCV, refere-se aos fatores de proteção, como por exemplo a alimentação adequada, atividade física, horários regulares de sono e suporte social adequado. Proteger significa oferecer condições de crescimento, amparo da pessoa em formação (SCHENKER, MINAYO, 2005). Este conceito, em tudo, tem a ver com o período de formação profissional. A proteção afasta da doença, afasta dos problemas e promove empoderamento. Por saber que o risco é inerente a vida, que viver é correr riscos e, que embora os conceitos entre risco e perigo estejam muito próximos, reconhecer que risco representa uma estimativa acerca do perigo e não o perigo em si é crucial para estimular um trabalho que viabilize melhores respostas em exposição a situações de risco. É importante adotar comportamentos protetivos a saúde e evitar riscos, bem como, criar recursos para ajudar os universitários a encontrar respostas mediante ao risco, potencializando suas habilidades, melhorando sua autoestima e o preparando para os demais riscos que permearão suas vidas é o essencial.

Muitas mudanças nas políticas de saúde estão sendo efetivadas para que o cenário mundial das DCV seja transformado. Ainda que se saiba que o acometimento das DCV é proveniente de um estilo de vida não saudável ou desregrado que compromete diversos aspectos da vida dos indivíduos e que parte das transformações a serem adotadas sejam de caráter individual, é necessário que o acesso a ferramentas para adotar uma vida saudável seja igual para todos, bem como o apoio para tomada de decisões saudáveis e acompanhamento para manutenção dessas decisões (BRASIL, 2009).

Como o consumo de determinados alimentos pode influenciar na avaliação do risco de DCV, torna-se altamente desejável o conhecimento dos hábitos alimentares em todas as faixas etárias, bem como a estratificação do risco cardiovascular, para que estratégias de mudanças no estilo de vida possam ser instituídas numa tentativa de minimizar o risco de DCV em nossa população. A maioria dos indivíduos que apresenta DCV adquire alguns dos FR na infância e juventude, mantendo um estilo de vida pouco saudável durante a idade adulta. Estratégias que visem à mudança de hábito devem ser adotadas e monitoradas desde a infância, adolescência e, preferencialmente, em jovens adultos (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesse sentido, questiona-se como os padrões de comportamentos que caracterizam o estilo de vida podem refletir na saúde cardiovascular de jovens universitários das áreas da saúde

tendo em conta que o estilo de viver varia de acordo com os fatores socioculturais, condutas e características individuais e psicossociais.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

- Identificar as vulnerabilidades no estilo de vida de jovens universitários da saúde para doenças cardiovasculares.

4.2 Específicos:

Artigo 1 (Sessão Teórica)

- Estilo de vida universitários e o seu potencial fator comprometedor para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, por meio da revisão de literatura.

Artigo 2 (Sessão Empírica)

- Descrever as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais do estilo de vida dos jovens universitários da área da saúde;
- Avaliar níveis de ansiedade e depressão de jovens universitários da saúde;
- Classificar o estilo de vida de jovens universitários da saúde
- Avaliar as variáveis do estilo de vida universitário que sugerem vulnerabilidade a doença cardíaca;
- Correlacionar os níveis de ansiedade e depressão com o estilo de vida de jovens universitários da saúde.

4.3 Problema e Hipóteses da Pesquisa:

- O EV de universitários das áreas de saúde pode vulnerabilizar a saúde dos mesmos para o desenvolvimento de DCV?

H₁₀ – O estilo de vida não pode alterar o funcionamento cardiovascular dos jovens universitários da saúde.

H₁₁ - O estilo de vida pode alterar o funcionamento cardiovascular dos jovens universitários da saúde.

5 MÉTODOS

5.3 Delineamento do Estudo

Refere-se a um estudo descritivo-quantitativo, de corte transversal, com amostra por conveniência, composta por jovens universitários da área de saúde, de uma universidade pública do Amazonas. Este projeto de pesquisa é integrado ao grupo de pesquisa e trabalho do Laboratório de Investigação em Ciências Cognitivas – LABICC, da UFAM, coordenado pela

Prof.^a Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, que realiza pesquisas sobre saúde cardíaca e risco cardiovascular no Amazonas.

5.4 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em cinco unidades acadêmicas distintas, correspondentes às faculdades das áreas de saúde da UFAM. A coleta de dados foi realizada nos seguintes cursos: Enfermagem, Medicina, Ciências Farmacêuticas, Educação Física e Fisioterapia.

5.5 Participantes

A amostra foi escolhida por meio do método de estratificação por conveniência, com estimativa mínima de 303 universitários, conforme cálculo amostral realizado através do pacote estatístico SPSS versão 17, contabilizando a amostra total de universitários matriculados/ativos nos cursos das áreas de saúde (1435, dos quais 261 da enfermagem, 205 da farmácia, 194 da fisioterapia, 277 da educação física e 498 da medicina), da UFAM, em novembro de 2015. No entanto, a amostra foi composta por 411 participantes, de ambos os sexos, entre 18 a 28 anos¹⁸, em que a seleção foi aleatória, realizada por convite aos universitários. Os cursos de saúde da referida instituição estão inseridos em uma categoria denominada Ciências Biológicas.

5.5.1 Critérios de inclusão

- Estar matriculado em cursos da saúde – Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina – da Universidade Federal do Amazonas;
- Ter entre 18 a 28 anos;
- Residir em Manaus;
- Aceitar voluntariamente participar da pesquisa, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

5.5.2 Critérios de exclusão

- Apresentar sinais de problemas neurológicos, deficiência auditiva ou de linguagem;
- Não aceitar participar livremente da pesquisa, recusando-se a assinar o TCLE;
- Declinar do interesse em participar da pesquisa.

¹⁸ O Ministério da Saúde da saúde determina a faixa etária de 20-24 anos como adultos jovens (Ministério da Saúde, 2005). Neste trabalho, adotou-se a faixa etária de 18-28 anos para classificar os jovens universitários, visto constar neste intervalo etário a maior frequência de discentes matriculados.

5.6 Material e Instrumentos

- **Questionário Sociodemográfico (APENDICE B)**

O questionário sociodemográfico foi elaborado para viabilizar a aquisição e organização dos dados sociodemográficos e investigar comportamentos do estilo de vida dos jovens universitários das áreas de saúde. Para tanto, apresenta-se com itens referentes às variáveis sociodemográficas, comportamentais, psicológicas e clínicas.

- **Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (ANEXO A)**

O Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* - BAI) utilizado para medir a intensidade de sintomas de ansiedade, foi desenvolvido por Beck et al., em 1988, com base em vários instrumentos autorrelatos para medir aspectos de ansiedade tanto em pacientes psiquiátricos quanto na população em geral. Selecionaram-se itens que refletissem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade, mas não de depressão, avaliadas as respostas psicológicas pela ótica do próprio sujeito. Para tanto, 21 itens com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade foram constituídos para compor o inventário e estas devem ser avaliadas com referência a si mesmo, com quatro pontos de graduação dos sintomas. O escore individual variam de 0-3, sendo o escore total a soma de todos os escores individuais capaz de classificar em quatro níveis a intensidade da ansiedade: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63) (CUNHA, 2001).

- **Inventário de Depressão de Beck (BDI) (ANEXO B)**

O instrumento Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* – BDI) utilizado para medir e classificar os níveis de intensidade da depressão nos jovens universitários, é uma escala de autorrelato com 21 itens descritivos, baseados em atitudes e sintomas mais frequentes em pacientes com transtorno depressivo. Cada um dos itens a serem avaliados possuem quatro alternativas que compreendem graus crescentes da depressão, cujos escores variam de 0 a 3 pontos. O escore total é resultado da soma de todos os itens individuais, que disporá de quatro níveis de intensidade da depressão: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63) (CUNHA, 2001).

5.7 Procedimentos de Coleta de Dados

Foi solicitada a realização da presente pesquisa, através do Termo de Anuência à UFAM (APÊNDICE C) a cada uma das Unidades das Faculdades de Saúde da UFAM. Após as autorizações e apresentação do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, aplicou-se o teste piloto com 10 alunos (que não participaram da amostra total) de forma coletiva, para verificar se o questionário sociodemográfico estava inteligível, o tempo aproximado de avaliação, dúvidas e fazer modificações cabíveis. Após isso, foi solicitado o contato do centro acadêmico de cada curso para divulgar a pesquisa e apoio das coordenações e professores para a coleta de dados.

A aplicação aconteceu em horários de aula, por meio de convites verbais aos alunos que recebiam informações sobre os objetivos e implicações da pesquisa, realizava-se leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e instrução dos instrumentos: Entrevista Estruturada, Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI e BDI). Caso concordassem participar, ficavam em sala para participar da coleta dos dados, com duração aproximada de uma hora.

5.8 Procedimento de Análise de Dados

O banco de entrada de dados foi criado no programa de dados Microsoft Excel 2013 (Microsoft Office Enterprise), cumprindo quatro rigorosas etapas durante o processamento: codificação, digitação, correção e análise. As análises estatísticas de dados foram será realizada no *software* de análises estatísticas *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22. Os testes e medidas de correlação/associação se deram pelas seguintes estatísticas: em caso de ordinal x ordinal foi utilizado uma variante da estatística Tau de Kendall, a variante para tabelas N x M, onde N é diferente de M, utilizou-se Tau-C de Kendall; para casos de testes com variáveis ordinal x nominal foi utilizado a estatística Coeficiente de Contingência e Teste Qui-Quadrado de Pearson; e para o caso de ordinal x intervalo foi utilizado a estatística de associação Eta.

5.9 Aspectos Éticos

O projeto foi desenvolvido com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, e atendeu as exigências éticas e científicas fundamentais, como de iniciar a coleta de dados somente após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFAM (autorização

no. 56651216.0.0000.5020 – ANEXO C), apresentação e assinatura do TCLE pelos participantes, assegurando-lhes a confidencialidade e a privacidade dos dados, podendo os mesmos se retirarem da pesquisa a qualquer momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁹

1. ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. *Imunologia celular e molecular*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
2. ABEGUNDE, D. O.; MATHERS, C. D.; ADAM, T.; ORTEGON, M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v.370, p.1929–38, 2007.
3. AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMNTAR (BRASIL). *Manual técnico de promoção e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2006.
4. ALMEIDA, R.; MALAGRIS, L. A prática da psicologia da saúde. *Rev. SBPH*, v.14, n.2, 2011.
5. ALMEIDA-PITITTO, B.; MORAES, A.C. F.; FERREIRA, S.R.F. O lado saudável do consumo de bebida alcoólica. *Revista USP São Paulo*, n96, p.55-68, 2013.
6. ALVES, C.G.; MORAIS-NETO, O.L. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n.3, p.641-654, 2015.
7. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. *Diabetes Care*, 36 (suppl. 1), p. 67-74, 2014.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
9. ANDRADE, A.G.; SILVEIRA, C.M. Problemas comportamentais ligados ao uso de álcool. *Revista USP, São Paulo*, n.96, p.8-22, 2012.
10. ARTHUR, M.; HAWKINS, J.; POLLARD, J.; CATALANO, R.; BAGLIONI, A. Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review*, 2002.
11. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.
12. AYRES, J.R.; FRANÇA, J.R.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (orgs) *Promoção de Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2003.

¹⁹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT): *Estrutura de trabalhos acadêmicos segundo a ABNT NBR 14.724, adotadas pela FAPSI/UFAM*, 2015.

13. BARLETTA, J.B.; GENNARI, M.S.; CIPOLOTTI, R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicol. Rev.*, v.17, n.3, p. 396-413, 2011.
14. BARONE, B.; RODACKI, M.; CENCI, M.C.P.; ZAJDENVERG, L.; OLIVEIRA, J. Cetoacidose diabética em adultos - Atualização de uma compilação antiga. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, v.51, n. 9, 2007.
15. BARRETO, S.M.; PASSOS, V.B.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Revista Saúde Pública*, v.43, n.2, p.9-17, 2009.
16. BEDIN, L.; SARRIERA, J. Propriedades psicométricas das escalas de bem-estar: PWI, SWLS, BMSLSS e CAS. *Avaliação Psicológica*: v.3, n.2, p.213-225, 2014.
17. BERNARDES, L.E.; VIEIRA, E.E.; LIMA, L.H.; CARVALHO, G.C.; SILVA, A.R. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em universitários. *Ciências Cuidado e Saúde*, v.14, n.2, p.1122-1128, 2015.
18. BOING, A.F.; MELO, G.R.; BOING, A.L.; MORETTI-PIRES, R.O.; PERES, K.G.; PERES, M.A. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Revista Saúde Pública*, v. 46, n.4, p.617-623, 2012.
19. BORBA, C.S; LEMOS, I.G.S.; HAYASIDA, N. M. Epidemiologia e fatores de risco cardiovasculares em jovens adultos: revisão da literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, v.3, n.1, 2015.
20. BRANDÃO AA, MAGALHÃES MEC, FREITAS EV, POZZAN R, BRANDÃO AP. Prevenção da doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância? *Revista SOCERJ* 2004; Jan/Fev/Mar: 37-44.
21. BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012 – 2015. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
23. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
24. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
25. BRASIL. Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – Modelo Lógico e Avaliação, 2003.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratado Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro, INCA, 2001.
28. BROMET, E.; ANDRADE, L.; HWANG, I.; SAMPSON, N. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, v.90, n.9, 2011.
29. CARLUCCI, E. GOUVÊA, J. OLIVEIRA, A. SILVA, J. CASSIANO, A. BENNEMANN, R. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Compendio de Ciências Saúde*, v. 24, n.4 p.375-384, 2013.
30. CARVALHO, A.; OLIVEIRA, L.; MELO, D.; REBELLO, I.; CAMPOS, P. Desenvolvimento de placas de ateroma em pacientes diabéticos e hipertensos. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v.9, p. 73-77, Suplemento 1, 2010.
31. CARVALHO, M. (Org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999.
32. CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.1088-1095, 2004.
33. CASTIEL, L. R.; GUILHAM, M.C.R.; FERREIRA M.S. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2010.
34. CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: Avanços e Desafios. *Revista Psiquiatria Clinica* v. 32, n.5, p.283-300, 2005
35. CELANO, C.M.; HUFFMAN, J.C. Depression and Cardiac Disease. *Cardiology in Review*, v.19, n.3, 2011
36. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. Family Health History. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/genomics/famhistory/>>. Acesso em: 01/10/2015.
37. CHAGAS, M.; LINARES, I.; CRIPPA, J. Transtorno de Ansiedade Social. In: NARDI, A.; SILVA, A.; QUEVEDO, J. (Org.). *Programa de Atualização em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011.
38. CHAMBERS, J.C. et al. Demonstration of rapid onset vascular endothelial dysfunction after hyperhomocysteinemia: an effect reversible with vitamin C therapy. *Circulation*, v. 99, p. 1156-60, 1999.
39. CLARK, D.A.; BECK, A.T. *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2012
40. COUTINHO, C.; LISBOA, E. Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: desafios para educação no século XXI. *Revista de Educação*, v. 18, n.1, p.5-22, 2011.

41. CUNHA, J. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
42. CZERESNIA, D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
43. DAWBER, T. R. The Framingham study. Cambridge: Harvard University Press, 1980.
44. DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Revista de Saúde Pública, 2009.
45. DUARTE, J. G. et al. Perfil e gastos dos pacientes dislipidêmicos usuários do componente especializado da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde. Physis, v.23, n.4, p.1215-1227, 2013.
46. DUBOWSKI, K.M. Absorption, distribution and elimination of alcohol: Highway safety aspects. Journal of Studies on Alcohol (Suppl. 10):98-108, 1985.
47. DUNCAN, B.; CHOR, D.; AQUINO, E.; BENSENOR, I.; MILL, J.; SCHMIDT, M.; LOTUFO, P.; VIGO, A.; BARRETO, S. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Revista Saúde Pública, v.46, p. 126-134, Suplemento 1, 2012.
48. FACCHINI, G. Variáveis psicológicas e prontidão para mudança em pacientes cardiopatas submetidos a Angioplastia. Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Psicologia. Ribeirão Preto, 2011.
49. FERREIRA, L.T.; SAVIOLLI, I.H.; VALENTI, V.E.; ABREU, L.C. Diabetes *Melito*: hiperglicemia crônica e suas complicações. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.36, n. 3, p. 182-8, 2011.
50. FONSECA, F.; COELHO, R.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, L.; SILVA FILHO, H. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.58, n.2, p.128-134, 2009.
51. FRANCA, C.; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. Revista de Saúde Pública: v.42, n.3, p.420-7, 2008.
52. FRASURE-SMITH, N.; LESPÉRANCE, F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. Archives General Psychiatry, v.65, p.62-71, 2008.
53. FREITAS, M.T.S.; PÜSCHEL, V.A.A. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. Revista da Escola de Enfermagem, USP, v.47, n.4, p.922-9229, 2013.

54. FREITAS, R.M.C. Fatores psicossociais que influenciam na adesão a um programa de Reabilitação Cardiovascular. Mestrado em Ciências Psicológicas - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
55. FUCHS, S.C.; BIOLO, A.; POLANCZYK, C.A. Epidemiologia Cardiovascular: O legado de Sólidos Estudos Nacionais e Internacionais. Editorial. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.101, n.2, p.98-100, 2013.
56. GAMA, G.; MUSSI, F.; PIRES, C.; GUIMARÃES, A. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. Ciência e Saúde coletiva, v.17, n.12, p.3371-83, 2012.
57. GARCEZ, M. R. et al. Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.103, n.6, p.476-484, 2014.
58. GASPAR, P. J. Efeitos do sedentarismo a nível cardiovascular: a importância da atividade física na manutenção da saúde. Mestrado em Comunicação e Educação em Ciências - Universidade de Aveiro, p.1-8, 2004.
59. GOMES, E.; MOREIRA, T.; PEREIRA, H.; SALES, I.; LIMA, F.; FREITAS, C.; RODRIGUES, D. Fator de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.65, p. 594-600, Suplemento 4, 2012.
60. GORAYEB, R.; DUARTE, M.; HAYASIDA, N.; SUGUIHURA, A. Cardiologia Comportamental. In: RANGE, B. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
61. GOULART, F. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
62. GRAVINA, C.F.; ROSA, R.F.; FRANKEN, R.A.; FREITAS, E.V., LIBERMAN, A.; et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatrics. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2010; 95(3 supl.2): 1-112
63. GUALANO, B. TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v.25, p.37-43, 2011.
64. HAYASIDA, N.M.A. Intervenção cognitivo-comportamental pré e pós cirurgia de revascularização do miocárdio, em Manaus/AM. Tese de Doutorado não publicada. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2010.
65. II LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS (LENAD). Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014

66. ISER, Betine Pinto Moehlecke et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia Serviço e Saúde*, vol.24, n.2, p. 305-314, 2015.
67. KERBAUY, R. Comportamento e Saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*: v.13, n.1, 2002.
68. LASLETT, L.J.; ALAGONA, P.; CLARK, B.A.; DROZDA, J.P.; SALDIVAR, F.; WILSON, S.R.; POE, C.; HART, M. The worldwide environment of cardiovascular disease: prevalence, diagnosis, therapy and policy issues. *Journal of the American College of Cardiology*, v.60, n.25, 2012.
69. LEITE, T.R.; SANTOS, B.R. Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, n.27, p.14-20, 2011.
70. LÉPINE, J.P.; BRILEY, M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v.7, n. 1, 2011.
71. LIMA, A.A.M. Risco Cardiovascular em Hipertensos. 2012. Monografia - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.
72. LIMA, A.C.S.; ARAUJO, M.F.; FREITAS, R.W.; ZANETTI, M.L.; ALMEIDA, P.C.; DAMASCENO, M.M.C. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em universitários: associação com variáveis sociodemográficas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.22, n. 3, p. 484-90, 2014.
73. LIMA, J. C. As dislipidemias e suas avaliações laboratoriais. *HiperAtivo*, v.6, n.2, 1999.
74. LIPP, E. M.; MALAGRIS, L. E. O treino cognitivo de controle da raiva: o passo a passo do tratamento. Rio de Janeiro: Cogntiva, 2013.
75. LOMBARDI, Elisa Maria Siqueira; PRADO, Gustavo Faibichew; SANTOS, Ubiratan de Paula e FERNANDES, Frederico Leon Arrabal. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, vol. 37, n.1, pp. 118-128, 2011.
76. LÚCIO, J. Representações Sociais de adultos jovens que vivenciam a Doença Aterosclerótica Coronariana, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santas Catarina, Florianópolis, 2006.
77. MALTA DC SILVA JB O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2013; 22(1):151-164.
78. MALTA, D. C. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade. *Revista de Saúde Coletiva: Editorial*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4, jan. 2014.

79. MALTA, D. C.; GOSH, C. S.; BUSS, P.; ROCHA, D. G.; REZENDE, R.; FREITAS, P. C.; AKERMAN, M. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19 n.11, p. 4341-4350, 2014.
80. MANSUR, A.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.99, n.2, p.755-761, 2012.
81. MARTINS, I.N.S. Avaliação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e adultos jovens do Distrito Federal. 2013. Monografia - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013.
82. MÁSSIMO, E.A.L.; FREITAS, M.I.F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.2, p.651-663, 2014.
83. MCEWEN, B. S.; GIANAROS, P. J. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of New York Academic Sciences*. 2010; 1186 p. 190-222, 2010.
84. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
85. MONEGO, E. T; JARDIM, P. C. B. V. Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 87, n. 1, p. 37-45, 2006.
86. MOREIRA, T.; GOMES, E.; SANTOS, J. Fatores de riscos cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus. *Revista Gaucha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.31, p. 662-9, Suplemento 4, 2010.
87. MOTTA, Valter T. Lipídios, Lipoproteínas e Apoproteínas. In: *Bioquímica Clínica: Princípios e Interpretações*. 4ª Ed. Porto Alegre: Ed. Médica Missau; São Paulo: Robe Editorial, EDUCS – Caxias do Sul, 2003.
88. MOURA, JOSE MANUEL PEREIRA. Consumo de bebidas alcoólicas e o risco cardiovascular. *Revista Factores de Risco*, Nº18 JUL-SET 2010 Pág. 10—14
89. MOXOTÓ, G.F.; MALAGRIS, L.E. Raiva Stress Emocional e Hipertensão: um estudo comparativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.31, n.2, p.221-227, 2015.
90. NAHAS, M.; BARROS, M.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*: v.5, n.2, 2008.
91. NASCIMENTO NETO, R. M. Atlas coração do Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005.
92. NOBRE, F.; COELHO, E.B.; LOPES, P.C.; GELEILETE, T. Hipertensão Arterial Sistêmica primária. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.46, n.3, p.256-272, 2013.

93. NOBRE, L.N.; ESTEVES, E.A.; SILVA, K.C.; MOREIRA, L.L.; DIAS, A.M.; COELHO, N.F.; PEREIRA, S.M. Fatores de Risco Modificáveis para Doenças Cardiovasculares: Efeito de um Programa de Educação. *Alimentação e Nutrição*, Araraquara, v.23, n. 4, p.671-679, 2012.
94. NUNES, J., CAMPOLINA, L., VIEIRA, M., CALDEIRA, A. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2012;39(3):94-9.
95. O'DONNELL, C.J.; ELOSUA, R. Cardiovascular risk factors. Insights from Framingham Heart Study. *Revista Española de Cardiologia*, v.61, n.3, p.299-310, 2008.
96. OLIVEIRA, G.A.; OLIVEIRA, S.H.V.; MORAIS, C.A.S.; LIMA, L.M. Hábitos alimentares e risco de doenças cardiovasculares em universitários. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.47, n. 4, p.399-405, 2014.
97. OLIVEIRA, J.E.P.O.; VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: 2014.
98. PAIS-RIBEIRO, J. Educação para saúde. *Revista de Psicologia, Saúde e Doença*: v.16, n.1, p. 3-9, 2015.
99. PELLANDA, L.C. Trajetórias da Saúde Cardiovascular: Epidemiologia do Curso de Vid no Brasil. Editorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.102, n.5, p.418-419, 2014.
100. PIZZI, J.; SILVA, L.; MOSER, D.; LEITE, N. Relação entre aterosclerose subclínica, pressão arterial e perfil lipídico em crianças e adolescentes obesos: uma revisão sistemática. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*. São Paulo, v.57, n.1, 2013.
101. POLANCZYK, C.A. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. Editorial. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, v.84, n.4, 2005.
102. RANGEL, M. L. Interdisciplinaridade e transversalidade: operacionalizando o conceito de risco no âmbito da vigilância sanitária. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.30, n.2, p.322-331, 2006.
103. RODRIGUEZ-AÑEZ, C.R.; REIS, R.S.; PETROSKI, E.L. Versão Brasileira do Questionário "Estilo de Vida Fantástico": Tradução e Validação para Adultos Jovens. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, v91, n.2, p.102-109, 2008.
104. ROEST, A.M.; MARTENS, E.J.; JONGE, P. DENOLLET, J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease. *Journal American College Cardiology*, v.56, n.1, p.38-46, 2010.
105. ROLLNICK, S. MILLER, W. BUTLER, C. Entrevista motivacional no cuidado da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.
106. ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J.A.; DAVIDSON, K.W.; SAAB, P.G.; KUBZANSKY, L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac

- practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal American College Cardiology*, v.45, n.5, p.637-651, 2005.
107. SANJULIANI, A. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. *Revista da SOCERJ*: v. 15, n.4, p. 210-218, 2002.
108. SANTOS, D.R.; MARANHÃO, R.C.; LUZ, P.L.; LIMA, J.C.; FILHO, W.S.; AVEZUM, A., et al. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; 77 (S3): 1-48, 2001.
109. SANTOS, L. BRITO, E. NETO-LIRA, J. ALVES, L. LUNARA, A. FREITAS, R. Análise do sedentarismo em estudantes universitários. *Revista de Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro*, v22. n.3, p.416-21, 2014.
110. SANTOS, V. P. ALVES, C. A. LOPES, C. F. ARAÚJO-FILHO, J. S. Diferenças entre gênero em pacientes com isquemia crítica por doença arterial obstrutiva periférica. *Jornal Vascular Brasileiro*, 2013.
111. SCHENKER, Miriam e MINAYO, Maria C. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde coletiva*, v.10, n.3, p.707-717, 2005.
112. SCHERR, C. RIBEIRO, J. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Considerações sobre a realidade brasileira. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, n.3, v. 93, p.54-56, 2009.
113. SCHMIDT, M.; DUNCAN, B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira [Editorial]. *Epidemiologia Serviço e Saúde*, v.20, n.4, p.421-423, 2011.
114. SCHMIDT, M.; DUNCAN, B.; AZEVEDO, G.; MENEZES, A.; ET AL. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet Series*, v.4, p. 61-74, 2011.
115. SCHRAMM, J.M. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p. 897-908, 2004.
116. SESTILE, C.C.; SOUZA, T.A.; YOKOYA, M.E.; CARVALHO, V.A.; MAZERO, T.K.; SILVA, S.A. Avaliação da hipertensão associada a fatores de risco em escolares do município de UMUARAMA - Paraná. *Revista Brasileira Hipertensão*, v. 21, n. 2. p.98-103, 2014.
117. SILVA, A.C.; ODALY, T.; LUCIO, L.; SANTOS, P.F.; AFIUNE, J.; FILHO-MASSUD, J.; TUFIK, SERGIO. Repercussão cardiovascular com e sem Álcool, do Carbonato de Lodenafila, um novo inibidor da PDE5. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, v.94, n.2, p.160-167, 2010.
118. SILVA, D. Indicadores do estilo de vida e autoavaliação negativa de saúde em universitários de uma instituição pública do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*: v.17, n.4, 2012.

119. SILVA, R.C.P.; SIMÕES, M.J.S.; LEITE, A.A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Apl.*, v. 28, n.1, p.113-121, 2007.
120. SILVA, S.M.; LUIZ, R.R.; PEREIRA, R.A. Fatores de Risco e Proteção para Doenças Cardiovasculares em adultos de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.18, n.2, p.425-438, 2015.
121. SIMÃO, A.; PRÉCOMA, D.; ANDRADE, J.; CORREA FILHO, H.; SARAIVA, J.; OLIVEIRA, G.; et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivos Brasileiro Cardiologia*, v. 101, n. 6, p. 1-63, Suplemento 2, 2013.
122. SIQUEIRA, A.F.A.; ALMEIDA-PITITTO, B.; FERREIRA, S. Doença Cardiovascular no Diabetes Mellitus> Análise dos Fatores de Risco Clássicos e Não-Clássicos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, v.51. n.2, 2007.
123. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1, pp. I-III. ISSN 0066-782X.
124. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO et al. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.84, Suppl 1, p. 3-28, 2005.
125. SOUSA, T.F.; JOSÉ, H.P.M; BARBOSA, A.R. Condutas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.18, n.12, p.3563-3575, 2013.
126. SOUZA, I.S. Associação entre história familiar de fatores de risco cardiovascular e perfil antropométrico e lipídico em crianças e adolescentes: estudo transversal em unidade ambulatorial do Rio de Janeiro. 2014. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
127. SPOSITO, A.C. et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.88, s.1, p. 2-19.
128. STALLARD, P. Ansiedade: Terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens. Porto Alegre: Artmed, 2010.
129. STIPP, M. A. C. et al. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. *Escola Anna Nery* [online]. 2007, vol.11, n.4, pp. 581-585
130. TEIXEIRA, E.R.; SILVA, J.C.; LAMAS, A.R.; MATOS, R. O estilo de vida do cliente com Hipertensão Arterial e o cuidado com a saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* v.10, n.3, p.378-84, 2006.

131. TEIXEIRA, J. A. Psicologia da Saúde. *Revista Análise Psicológica*, v. 22, n.3, p. 441-448, 2004.
132. VALEZI, A. C.; MACHADO, V. H. S. Emagrecimento e Desempenho Cardíaco. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v.24, n.2, p.131-135, 2011.
133. VIANA, M.R.; RODRIGUEZ, T.T. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 10, n. 3, p.290-296, 2011.
134. VIANA, P.A.; PETTO, J.; SANTOS, A.C.; BAROJAS, M.M.; OLIVEIRA, T.O.; CORREIRA, L.C. Efeito de um programa regular de exercício físico sobre a Proteína C-Reativa de Indivíduos com Risco de Doenças Cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v.27, n.3, p.172-179, 2014.
135. VITORINO, P. BARBOSA, M. SOUSA, A. JARDIM, P. FERREIRA, S. Prevalência de estilo de vida sedentários entre adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*. v.27, n.1, p.166-171, 2014.
136. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Genebra (Suíça): OMS; 2013.
137. WORLD HEALTH ORGANIZATION. About global alcohol database. Geneva: WHO, 2002.
138. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression. Media Centre Fact Sheet, n.369. WHO, Geneva, Switzerland; October 2015.
139. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, 2011.
140. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2003. GENEVA, 2003.
141. WORLD HEALTH ORGANIZATION. world health report 2003—shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003
142. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2012. Geneva: World Health Organization, 2012.
143. XAVIER, H.T.; IZAR, M.C.; FARIA-NETO, J.R.; ASSAD, M.H.; ROCHA, V.Z.; SPOSITO, A.C.; FONSECA, F.A.; DOS SANTOS, J.E.; SANTOS, R.D.; BERTOLAMI, M.C.; FALUDI, A.A; MARTINEZ, T.L.R.; DIAMENT, J.; GUIMARÃES, A.; FORTI, N.A.; MORIGUCHI, E.; CHAGAS, A.C.P.; COELHO, O.R.; RAMIRES, J.A.F. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.101, n.4, s.1, 2013.
144. YOON, P.W.; SCHEUNER, M.T.; GWINN, M.; KHOURY, M.J.; JORGENSEN, C.; HARIRI, S.; LYN, S. Awareness of family health history as a risk factor for disease—United States, 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53(44):1044-7.

6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

6.1 SESSÃO TEÓRICA – CUIDAR DO AMANHÃ, HOJE: O ESTILO DE VIDA UNIVERSITÁRIO E O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O seguinte estudo - Cuidar do amanhã, hoje: o estilo de vida universitário e o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares –, que compõe a sessão teórica, encontra-se formatado nas normas de referência da revista a qual está sendo submetido.

Cuidar do amanhã, hoje: o estilo de vida universitário e o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares

RESUMO

O estilo de vida relaciona-se a melhora ou piora da saúde física e mental e a qualidade de vida dos indivíduos. Jovens adultos de hoje representam a primeira geração da história moderna a ser menos saudáveis que seus pais, isso se deve aos comportamentos que afetam a saúde destes jovens. Diante da preocupação com a exposição constante de universitários a comportamentos de riscos, buscou-se investigar o estilo de vida universitários e o seu potencial fator comprometedor para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), por meio da análise de pesquisas publicadas acerca do estilo de vida do estudante universitário. Para tanto, realizou-se um estudo de revisão bibliográfica, nas bases de dados LILACS, Medline e SciELO por meio dos descritores em português, recomendados pelo site Descritores em Ciências da Saúde: estilo de vida, universidade e doenças cardiovasculares. Foram incluídos na amostra 17 estudos, que indicaram que o estilo de vida universitário representa, em muitos aspectos, um risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, principalmente quanto ao sedentarismo, alimentação inadequada e consumo regular e excessivo de bebidas alcólicas. Políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de doenças para esta população precisam ser efetivamente instituídas a fim de iniciar imediatamente os cuidados com a saúde cardiovascular desses indivíduos.

Palavras-chave: estilo de vida; universidade; doenças cardiovasculares.

Do not wait for later: the university lifestyle and the development of cardiovascular diseases

ABSTRACT

Lifestyle is related to the improvement or worsening of physical and mental health and the individual's quality of life. Nowadays young adults represent the first generation of modern history to be less healthy than their parents, this is due to behaviors and lifestyles that affect health. Faced with the concern about the constant exposure of university students to risk behaviors, we sought to investigate the university lifestyle and its potential compromising factor for the development of cardiovascular diseases, through the analysis of published research based on the university student's lifestyle. For this, a bibliographic review study was conducted, based on systematized selections of articles, using the descriptors: lifestyle, university, and cardiovascular diseases. We included 17 studies, which indicated that the university lifestyle in

many ways represents a risk to the development of cardiovascular diseases, mainly in relation to sedentarism, inadequate feeding and regular and excessive consumption of alcoholic beverages. Measures of public policies for health promotion and disease prevention for the young population need to be effectively instituted to start immediately the cardiovascular healthcare for these individuals'.

Keywords: lifestyle; university; cardiovascular diseases.

INTRODUÇÃO

A manutenção do estilo de vida saudável é base de estudos para promoção de saúde no campo da medicina preventiva e em pesquisas na área da saúde por relacionar-se a melhora ou piora da saúde física e mental e a qualidade de vida dos indivíduos. Os comportamentos que caracterizam o estilo de vida são fatores predisponentes ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV)¹.

As DCV são as principais causas de morte no mundo e responsáveis pelos elevados índices das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – grupo de doenças cujo desenvolvimento ocorre por interações complexas entre fatores genéticos, comportamentais e ambientais ao longo do tempo². Os dados estatísticos da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012) indicaram 17,3 milhões de mortes anuais por DCV, o que significa cerca de 30% dos óbitos em todo o mundo^{3,4}.

O Brasil, infelizmente, acompanha a estatística mundial com 31,3% das causas das mortes por DCV, o que correspondeu em 2010, a 326 mil mortes, das quais 200 mil foram referentes às doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares. Este cenário, nomeado como pandêmico da morbimortalidade cardiovascular, é prioridade das políticas públicas de saúde na maior parte dos países^{4,5}. De acordo com a OMS, as DCV continuarão como principais causas de mortalidade e incapacidade até o ano de 2020, podendo este dado ser prolongado caso não haja intervenções e cuidados cabíveis⁶.

A incidência das DCV impõe restrições severas ao funcionamento biopsicossocial dos indivíduos, com diminuição significativa da qualidade de vida. Ainda hoje, grande parcela da população acredita que as DCV se apresentam somente em fases avançadas da vida, no entanto, estudos atuais indicam que as disfunções cardiovasculares são propiciadas por exposições a fatores comportamentais de riscos, que se iniciam na infância e se agravam na juventude quando, nesta fase, os indivíduos já adquiriram grande parte dos valores, crenças, atitudes e padrões de comportamentos relativos à saúde – seja para favorecer o risco ou proteger de doenças⁷⁻⁹.

Diante dos preocupantes dados estatísticos e impactos socioeconômicos das DCV, estudos foram desenvolvidos a fim de identificar fatores que predeterminavam o desenvolvimento e agravos dessas patologias, conhecidos por fatores de riscos (FR), com a finalidade de fomentar políticas preventivas para redução dos casos. Destes, os estudos internacionais de *Framingham* e *Interheart* e os nacionais FRICAS e AFIRMAR foram o de maior impacto, que classificaram os FR – elementos que aumenta a probabilidade da ocorrência da doença – para as DCV como modificáveis e não modificáveis¹⁰.

Dentre os FR não modificáveis, encontram-se a idade, gênero e história familiar positiva; e dos modificáveis ou comportamentais está o tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, Diabetes *Mellitus*, ansiedade, depressão, raiva/hostilidade, suporte social insuficientes, status socioeconômico baixo, estresse no trabalho e na vida familiar^{4,11}.

Em virtude dos avanços técnicos e científicos no tratamento, controle e cura de doenças agudas, durante o século XX, a perspectiva era ter populações mais saudáveis do que nunca. Todavia, os jovens adultos de hoje representam a primeira geração da história moderna a ser menos saudáveis que seus pais, isso se deve aos comportamentos e estilos de vida que afetam a saúde. Muitas doenças podem ser prevenidas e/ou remediadas por meios da mudança do estilo

de vida e a OMS estima que a adequação a um estilo de vida saudável e evitação da instalação dos FR modificáveis pode reduzir em até 3/4 a mortalidade por DCV^{4,12,13}.

Estilo de vida é, atualmente, um dos mais importantes determinantes de saúde por seu potencial de prevenir doenças e promover saúde no decorrer do ciclo de vida do indivíduo. O estilo de viver baseia-se em padrões identificáveis de comportamento, determinado por interações de papéis entre as características pessoais, as relações sociais e as condições de vida socioeconômicas e ambientais. A seleção de um comportamento para o estilo de viver de um indivíduo envolve um conjunto crenças, valores e atitudes e determinará o quão saudáveis ou doentes serão a médio e longo prazo. A forma de viver varia de acordo com o grupo social e cultural em que o mesmo se encontra inserido¹⁴.

Concentram-se em cinco categorias os determinantes de saúde que auxiliam as pessoas a se manterem saudáveis, sendo essas: (1) ambiente socioeconômico – renda, emprego *status* social, nível de escolaridade; (2) ambiente demográfico – moradia, região, clima; (3) atitudes pessoais e comportamentos – que podem proteger ou vulnerabilizar a saúde; (4) atributos fisiológicos e psicológicos – genética, habilidades desenvolvidas, autocontrole e autogestão comportamental e; (5) serviços amplificadores de saúde – responsáveis por promover e manter a saúde e prevenir doenças. Os elementos marcadores do estilo de vida contemplam as funções psicológicas antecedentes na seleção de comportamentos, traduzidas nos parâmetros do estilo de vida por estresse, visão positiva e otimista da vida; e os comportamentos possíveis de serem identificados e controlados, como: atividade física, hábitos alimentares, não consumo de álcool, tabaco e drogas, sono, comportamento sexual, uso de cinto de segurança e padrão de interação social¹⁵.

O ingresso no ensino superior representa para a maioria dos universitários um momento de transição da adolescência para a fase adulta, e um período que marca muitas mudanças no estilo de viver em virtude da adaptação em novos contextos, novas exigências com aumento de

responsabilidades e afazeres e do afastamento de casa. O mundo contemporâneo expõe os jovens em formação a constantes pressões para ascender profissionalmente em troca de sucesso e melhores condições financeiras para consumir, no entanto, se não houver oferta de conhecimento e orientação necessárias, o maior consumo será o da saúde, que deixa de ser prioridade em prol do acúmulo de atividades e sobrecargas de práticas e estudos. Por consequência, as tensões produzidas pelo estilo universitário de viver são aliviadas, muitas vezes, por meio de comportamentos disfuncionais, que acabam por agravar a saúde do universitário^{14,16,17}.

Cada vez mais pesquisas revelam vulnerabilidades no estilo de viver de jovens universitários e indicam ameaça à saúde dos mesmos a curto, médio e longo prazo. No Brasil, foram registradas, em 2013, a existência de 2,4 mil instituições de ensino superior, com 7,3 milhões de universitários matriculados¹⁸. Isto mostra que esta população representa um grupo de grande expressão social e próspera ao acompanhamento, cuidado e atenção às suas necessidades. Além disso, concentram-se em grande número, boa parte do tempo, durante o período de formação que é relativamente longo e um único espaço: a universidade, ênfase que precisa ser adequadamente dada, uma vez que facilitaria a promoção de saúde e incentivo a novos hábitos nesse espaço.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo investigar o estilo de vida universitários e o seu potencial fator comprometedor para o desenvolvimento de DCV, por meio da análise de pesquisas publicadas acerca do estilo de vida do estudante universitário. Espera-se que, a partir dessa revisão bibliográfica da literatura científica, possam ser estabelecidas hipóteses como ponto de partida para futuras intervenções e pesquisas a serem propostas junto às universidades.

MATERIAL E METODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, conduzido a partir de buscas de artigos para investigar as principais publicações nacionais sobre o estilo de vida de jovens universitários brasileiros e as influências que podem exercer no desenvolvimento de DCV. A escolha por limitar estudos com a população brasileira se deu pela necessidade de conhecer especificamente o estilo de viver desses jovens e facilitar a elaboração de estratégias interventivas possíveis, considerando as possibilidades sociais e culturais das universidades brasileiras.

A busca de artigos publicados foi realizada nas bases de dados LILACS, Medline e SciELO por meio dos descritores em português, recomendados pelo site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): estilo de vida, universidade e doenças cardiovasculares. Os operadores booleanos utilizados na estratégia de busca foram combinados da seguinte forma: (estilo de vida “AND” universidade) OR (doenças cardiovasculares), no intuito de selecionar todos os artigos que contivessem no conteúdo estilo de vida e universidade, podendo ou não estarem relacionados a DCV.

As buscas ocorreram período de abril a junho de 2016 e as avaliações foram realizadas independentemente pelas autoras, conforme os critérios estabelecidos para inclusão – publicações entre 2006 a 2016, população de estudantes universitários, estudos que abordavam o estilo de vida de universitários podendo relacioná-lo ou não ao risco de desenvolvimento de DCV – e exclusão – artigos repetidos entre as bases de dados, artigos pagos, artigos publicados em idiomas diferente do português e estudos realizados com universitários de outros países. A Figura 1 representa o fluxograma de identificação, seleção e elegibilidade dos artigos para revisão bibliográfica sobre o estilo de vida universitário e o desenvolvimento de DCV.

A fim de facilitar a investigação proposta neste estudo e evidenciar os principais dados de cada estudo de forma descritiva, foi elaborado um instrumento com seleção dos seguintes

aspectos dos estudos: título, autores e ano, objetivo, área de estudo universitário, período cursado, região do Brasil, tamanho da amostra, delineamento de pesquisa, tipo de pesquisa, resultado e conclusão. Foi realizado o preenchimento do instrumento e posteriormente revisado para certificação de que as informações estavam coerentes com os estudos originais, uma vez que necessitaram ser resumidas.

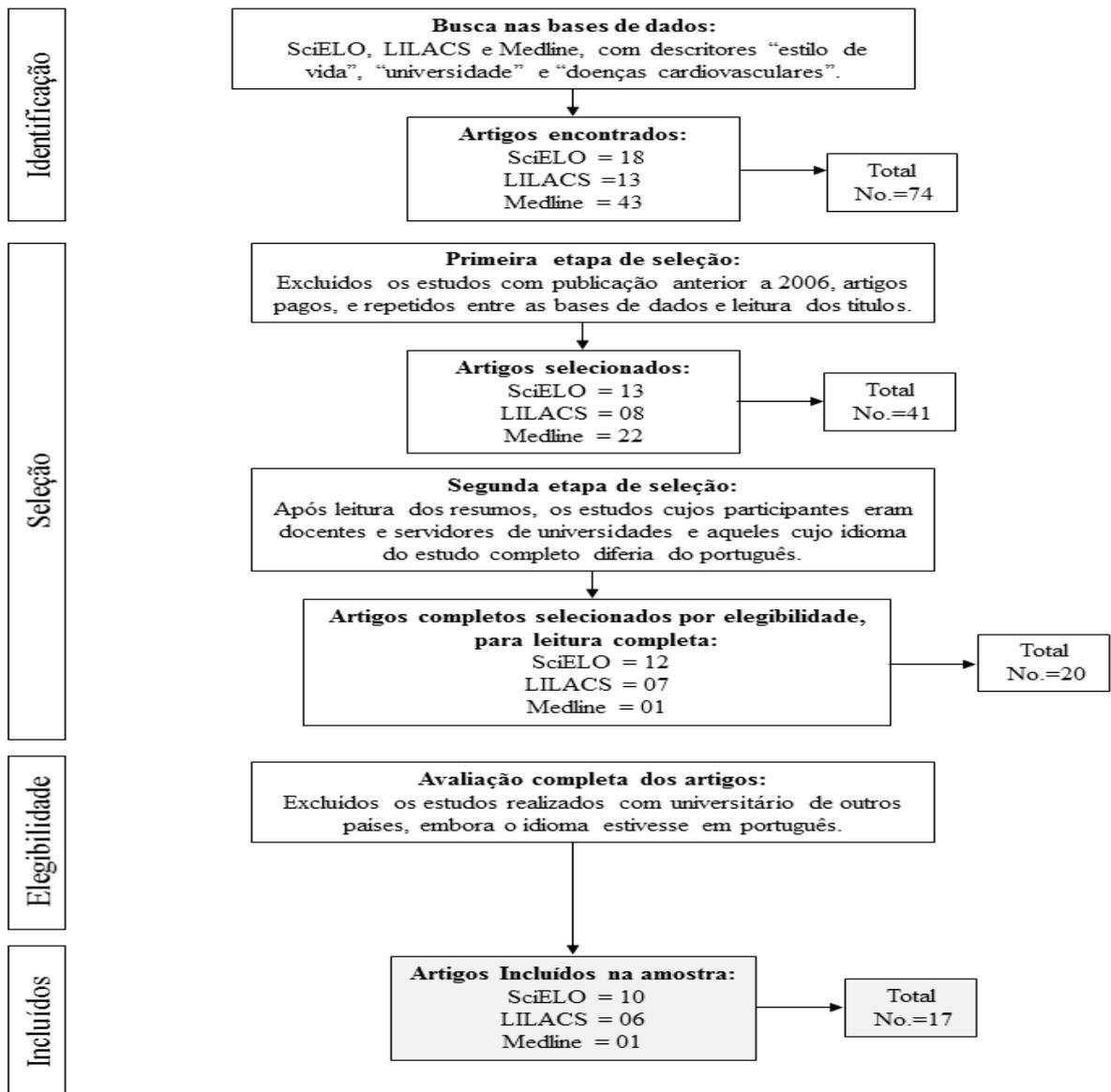


FIGURA 1. Fluxograma de Identificação e Seleção de artigos para revisão de literatura sobre estilo de vida universitário e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, 2006 a 2016.

RESULTADO

A busca eletrônica nas bases de dados escolhidas para compor o estudo resultou na identificação de 74 artigos. A primeira etapa de seleção iniciou-se com a exclusão de 33 artigos com bases nos critérios adotados: artigos anteriores a 2006, artigos pagos e repetidos entre base de dados, após comparação entre as mesmas e leitura dos títulos. Realizou-se, em seguida, uma filtragem por meio de leituras dos resumos e nesta etapa foram excluídos os artigos cujos participantes eram docentes e servidores de universidades, aqueles cuja temática não contemplava o assunto do estudo e cujo idioma do estudo completo diferia do português, totalizando 20 artigos selecionados.

Por fim, efetivou-se a leitura completa dos materiais, para elegibilidade, e excluiu-se os estudos realizados com universitários de outros países, embora o idioma estivesse em português, totalizando 17 artigos^(14,19-34) para a amostra final deste estudo. No Quadro 1 são apresentadas as informações contemplando os aspectos principais dos artigos selecionados para o estudo.

QUADRO 1. Informações principais dos artigos selecionados para revisão bibliográfica do estilo de vida universitários e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Os artigos foram selecionados com um intervalo de 11 anos (entre 2006 e 2016) e observou-se uma concentração maior de publicação sobre o estilo de vida de universitário nos anos de 2013 e 2014, com quatro publicações em cada ano, dados coerentes com preocupações cada vez mais manifestas dos riscos presentes nas condutas de saúde destes jovens. No entanto, nenhum artigo foi publicado nos últimos dois anos e esperava-se a continuidade de produções científicas na área para subsidiar políticas de intervenções mais efetivas.

Os estudos tem se concentrado na investigação dos comportamentos de saúde que contemplam o estilo de vida, principalmente ao que tange alimentação, atividade física e consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, medicamentos e drogas ilícitas) em

associação a marcadores biológicos (níveis pressóricos, colesterol, obesidade e sono), fatores sociodemográficos, estágios e motivações para mudanças de comportamento. Ainda, algumas pesquisas buscaram analisar a adaptação à universidade e relações entre os padrões de áreas de graduação, os cursos e os períodos de estudos (ingressantes e finalistas).

Dos 17 estudos, 16 constituíram metodologias descritivas quantitativas, das quais 6 eram descritivas com intuito de avaliar os comportamentos do estilo de vida dos universitários; 7 eram comparativos que buscavam diferenças entre cursos de graduação e/ou período dos universitários (ingressantes e concluintes); e 3 correlacionais entre variáveis comportamentais, clínicas e sociodemográficas. Somente um estudo contemplou o método qualitativo, de análise fenomenológica, com objetivo de avaliar a experiência subjetiva de adaptação de calouros na universidade. Todos os estudos tiveram corte transversal, o que permitiu avaliar os dados em um único momento, sem a possibilidade de acompanhar o seguimento dos fatores investigados a longo prazo, o que dificulta, também, a identificação das relações de causa-efeito.

Os estudos foram realizados, na maioria, com cursos de múltiplas áreas, sendo estas biológicas, exatas, humanas e agrárias. A área acadêmica de maior investigação foi da saúde, o que remete ao maior acesso e interesse de conhecer a saúde dos universitários desta área e pela grande preocupação que causam à comunidade pelos comportamentos de risco com a saúde. Além disso, serão, futuramente, os responsáveis pela educação em saúde quanto ao estilo de vida.

As regiões em que aconteceram as publicações dos estudos constituíram um dado muito alarmante: 9 estudos foram publicados no Sul do Brasil, 4 no Nordeste, 3 no Sudeste e somente 1 resultou do Norte. As investigações e produções foram muito baixas na região norte do país, podendo o único dado dá uma noção limitada da real situação de estudantes universitários nessa região. Isto indica a necessidade de serem realizadas mais pesquisas sobre o estilo de vida dos jovens universitários nas diferentes regiões do país, principalmente, ao Norte. Os estudos

relacionados objetivaram indicar as condições de saúde dos universitários para subsidiar intervenções específicas, no entanto, na ausência dessas informações, políticas necessárias para atender as demandas desta população ficam cada vez mais distantes da realidade.

DISCUSSÃO

Atualmente, muito se menciona sobre como alcançar um estilo de vida saudável e mantê-lo, em meio a tantas prioridades na vida dos indivíduos. Neste estudo, em que nos propomos avaliar se o estilo de vida de jovens universitários pode comprometer a saúde cardiovascular dos mesmos, é importante retomar os fatores comportamentais agrupados no estilo de vida que alteram a saúde cardiovascular, sendo esses: alimentação, atividade física, consumo de tabaco, drogas ilícitas, álcool, sono e variáveis clínicas (obesidade, sobrepeso, hipercolesterolemia e etc.).

Todos os estudos selecionados contemplaram a análise desses fatores e a seleção de comportamentos, funcionais ou disfuncionais, para lidar com as mudanças oriundas da entrada na universidade. Temas relacionados aos estágios de mudança comportamental e condutas de saúde foram também registrados com a finalidade de elucidar a formação do estilo de vida universitário, período crucial para estabelecimento de identidade individual.

A entrada na universidade é a fase em que os adolescentes se tornam adultos, responsáveis por si, que selecionam comportamentos e hábitos que perdurarão a maior parte da vida, quiçá a vida toda e que alguns comportamentos podem ter consequências danosas à saúde e que tudo isto pode ser evitado e prevenido com estratégias interventivas adequadas¹⁴.

Com base na análise em resultados e discussões dos estudos selecionados, foi possível perceber que o estilo de vida universitário apresenta, em muitos aspectos, FR para DCV, principalmente se esses fatores forem mantidos com mais compromissos e responsabilidades que os universitários tendem a assumir ao final da formação.

O FR para DCV mais prevalente no estilo de vida universitário foi o sedentarismo, que apareceu como dado preocupante em 12, dos 17 estudos ^(14,19,20-22,27-33). Guiados pela justificativa de que o estilo de vida sedentário está difundido no dia-a-dia dos jovens, especialmente dos acadêmicos, Santos *et al.*¹⁴ realizaram um estudo sobre a análise do sedentarismo em estudantes universitário e encontram alta prevalência nesta população. A investigação agrupou 101 universitários, com idade média de 21,4 anos, dos quais 77,2% (n=78) dos universitários estavam sedentários, com prevalência de 79,4% (50) em estudantes do primeiro ano.

Similarmente, Paixão, Dias e Prado¹⁹ encontraram, apenas, 26,2% dos 253 acadêmicos da área da saúde ativos fisicamente, considerando a recomendação do Ministério da Saúde¹⁴ (no mínimo de 5 vezes por semana, por 30 minutos). Os estudantes de Educação Física foram os que apresentaram menores índices de sedentarismo e inadequação alimentar, dado também referido no estudo de Quitino, Silva e Petroski³⁰. No entanto, é preocupante índices de sedentarismo nesta área, uma vez que o principal objetivo do curso é alcançar saúde por meio da atividade física. Neste estudo¹⁹, a falta de tempo, dinheiro foram relacionados à inatividade física e o maior índice dos estudantes eram ingressantes, períodos considerados tranquilo em comparação aos subsequentes.

Outros estudos^{21,22,30,31} com universitários da área da saúde também apontaram alto nível de sedentarismo, aspecto não esperado nessa população, uma vez que estes optaram por estudar saúde e serão agentes modificadores de condutas de saúde no futuro. Os resultados dos estudos de Petribu, Cabral e Arruda²¹ encontraram diferenças estatisticamente significativa quanto ao sedentarismo entre os sexos, com predomínio superior no sexo feminino, indicativo também apresentado em outros estudos^{20,27,30}. Ao avaliar sedentarismo em acadêmicos de todas as áreas^{27-29,32,33}, entre ingressantes e concluintes, houve alto registro de sedentarismo.

Quando relacionado à DCV, o sedentarismo é expresso como um importante fator de risco aumentando em duas vezes o risco de ocorrência de eventos cardíacos – como Infarto Agudo do Miocárdio – quando comparados a indivíduos ativos³⁵. Ainda, é potencializador de muitas doenças que representam risco à saúde cardiovascular como obesidade, diabetes, dislipidemias, hipertensão, ansiedade e depressão³⁶. Além disso, um indivíduo sedentário não é, em nenhuma hipótese, considerado saudável, mesmo com ausência de sinais e sintomas clínicos de doenças, pois o funcionamento fisiológico se encontra disfuncional, fator agravante do estado geral de saúde³⁷.

Mudanças do estilo de vida sedentário para um fisicamente ativo são prementes à melhora da qualidade de vida e prevenção cardiovascular. As altas prevalências apontam a necessidade de políticas públicas visíveis e acessíveis a toda população brasileira, incluindo os jovens adultos. Não há outra forma de alcançar os benefícios do exercício físico, senão, por ele mesmo e enfatizam que este é barato, seguro – desde que adequadamente acompanhado por um profissional de Educação Física –, recomendável por profissionais de saúde e capaz de reduzir significativamente a necessidade de medicamentos³⁷. Os fatores relacionados ao estilo de vida fisicamente ativos foram sugeridos no estudo de Gasparotto *et al*²⁰ como fazer atividades em grupo e por lazer, morar com os pais e estudar no turno diurno.

O exercício físico é considerado fator protetor contra o início do hábito de fumar e, conseqüentemente da incidência de doenças³³. Sabe-se que atividade física atua na liberação de hormônios capazes de gerar sensação de bem-estar; sensação também produzidas com uso de tabaco e outras drogas. O consumo de tabaco foi uma variável investigada em 7 estudos, sendo pouco consumido^{22-24,28,31-33}. Os homens apareceram como mais suscetíveis ao tabagismo²². A pesquisa que teve o maior registro de tabagistas, e que identificou 22,8% em um grupo de 1104 participantes, foi realizada em 2006 e desde então muitos avanços tanto no desenvolvimento

quanto na implementação de políticas públicas antitabagistas foram registrados, com resultados eficazes.

O fumo também foi mais prevalente em alunos finalistas^{31,28}, o que pode ser relacionado ao sentimento de independência e necessidade de inclusão no meio social associado aos ambientes propícios ao consumo, como festas e encontros sociais²⁸. O fumo responde por 10% das causas de DCV e por 6 milhões de mortes por diversas doenças, ao ano, em todo o mundo⁶. Para avaliar o risco cardiovascular causado pelo tabagismo deve-se levar em conta a frequência, intensidade e idade de início do hábito de fumar, bem como avaliar a condição dos fumantes passivos para estimar o prejuízo da exposição, considerando, também, nestes a frequência e intensidade de contato³⁸.

Um aspecto importante a ser considerado é a influência do grupo nos comportamentos individuais selecionados, como um efeito de modelação. Ao entrar na faculdade, a visão de si mesmo, enquanto profissional em formação é limitada, ao passo que o universitário buscará identificação com o grupo do qual faz parte, para estabelecer relações substitutas de apoio e assim facilitar o ajustamento na universidade²⁵.

O consumo de álcool é um fator muito associado a influência grupal e foi muito referido como parte do estilo de vida universitário nas pesquisas selecionadas^{24,28,29,31,32} o que traz muitas preocupações, pois embora seja uma substância psicoativa permitida, contribui consideravelmente tanto para a ocorrência de doenças físicas como no fígado, pâncreas, rins, sistema nervoso central e periférico e no sistema cardiovascular como também de graves problemas comportamentais e psicossociais^{39,40}. Em consumo abusivo, as bebidas alcoólicas associam-se a um maior risco cardiovascular, tendo em vista seus efeitos hemodinâmicos complexos.

O estudo de Silva *et al.*²⁴ reportou que o álcool foi a substância psicoativa mais utilizada pelos universitários nos últimos 12 meses (84,7%). Similarmente, dados foram encontrados em outros estudos apontando maior frequência e intensidade no consumo em estudantes finalistas^{28,31}. As drogas ilícitas foram pouco mencionadas, no entanto, apareceram também como mais frequentes em finalistas^{24,31}. Torna-se importante citar que a bebida alcoólica e as drogas são circunstanciadas como refúgio ocasional, por causar alívio a situações estressantes e ansiogênicas e quanto mais cedo essa associação é instituída, maior a possibilidade de desfecho danoso à saúde do indivíduo⁴².

A alimentação inadequada foi o segundo fator de risco cardiovascular mais citado nos estudos sobre estilo de vida universitário e, apareceu também traduzida em variáveis clínicas como sobrepeso e obesidade^{19,21,23,26,27,32}. Silva *et al.*²⁶ avaliaram quais as variáveis sociodemográficas e do estilo de vida que poderiam estar relacionadas ao sobrepeso nos universitários (que teve prevalência de 16%, de 685 participantes). O sexo masculino³², com faixa-etária superior a 20 anos e casados foram os mais propensos a apresentar sobrepeso. Os fatores do estilo de vida foram: sentir-se tensos ou desapontados, não possuírem dieta balanceada, ingerirem cafeína mais de duas vezes por dia e ingestão de álcool superior a sete doses semanais, fatores esses comuns à vida do acadêmico.

As mudanças vinculadas aos hábitos sociais, sobrecarga de atividades acadêmicas e poucas horas de sono de jovens adultos universitários pode ser um fator importante a ser considerado para estimar ganho de peso, principalmente por ser esta a fase de mudanças, aquisição e estabelecimento de comportamentos que provavelmente serão replicados ao longo da vida⁴².

A pesquisa de Teixeira *et al.*²⁵ abordou subjetivamente a experiência de 14 jovens calouros com a adaptação na universidade, concluiu que apesar do sofrimento e dificuldades relatadas principalmente ao que tange a saída de casa, o desamparo e inexperiência diante de

novas situações, as novas exigências e responsabilidades, não apresentam dificuldades de adaptação. O estudo considerou que os estudantes, em geral, conseguem suportar as dificuldades, mas não especifica quais as estratégias utilizadas para isso, ao passo que a maior parte dos estudos^{14,19,22,24,27,32,33} relacionam os comportamentos disfuncionais, como sedentarismo, alimentação inadequada, pouco sono, uso de substâncias como uma tentativa de lidar com as adversidades desta etapa da vida, o que precisa do cuidado adequado. Este mesmo estudo indicou fatores protetivos à saúde e que facilitam a adaptação ao contexto universitário: morar com a família e contar com a rede própria de apoio social fora da universidade, ou seja, a manutenção de vínculos anteriores a fase universitária.

Um estudo³² abordou a temática do sono, e apontou que 96,4% dos estudantes foram considerados mal dormidores, marcador fundamental para a saúde e com fortes indícios de influência negativa à saúde cardiovascular, embora não seja, ainda, considerado um fator comprovado de risco. Das pesquisas selecionadas, cinco dedicaram-se a rastrear de FR para DCV com jovens universitários^{21-23, 28, 34}, visto a preocupação com jovens cada vez mais expostos a comportamentos e situações de riscos, o que desperta a necessidade de prevenção precoce da doença.

CONCLUSÃO

O estilo de vida universitário pode ser considerado um potencializador de agravos à saúde, incluindo as DCV. A maioria dos estudos sobre estilo de vida de estudantes universitários sugeriu implementação de programas nas universidades com intuito de acompanhar, educar, conscientizar, intervir na mudança comportamental ou disponibilizar serviços que amparem a saúde dos jovens universitários. No entanto, mesmo com estudos produzidos há 10 anos, a instituição de tais programas é baixíssima, pois as prevalências de risco continuam a crescer e os universitários estão cada vez mais expostos e suscetíveis ao adoecimento.

Foram poucas as publicações voltadas a políticas de promoção de saúde e prevenção de doença nessa população, dado indicativo de que esta população não está sendo adequadamente assistida, mesmo diante de um estilo de vida que as deixam mais vulnerável em relação à saúde. O fato de serem jovens sem sinais e sintomas físicos de adoecimento aparente, não significa que a instalação de DCV não se iniciou.

Estas informações são convites explícitos para a realização de outros estudos que investiguem a existência de programas que atendam às necessidades dos universitários – grupo de grande expansão social e prósperos ao acompanhamento, cuidado e atenção de suas necessidades – e que avaliem a eficácia desses investimentos dirigidos para esta população. Os profissionais de saúde e educação devem utilizar o conhecimento adquirido para facilitar a formulação de novas estratégias para minimização e solução parcial da incidência das DCV e de outras que se iniciam e manifestam nesse estágio da vida.

REFERÊNCIAS

1. Kunzler LS *et al.* Crenças condicionais e estilo de vida. In: Procognitiva: Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 2, Volume 3. Organizado pela FBTC. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015.
2. Máximo EAL *et al.* Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. Saúde Soc. São Paulo. 2014; 23(2), 651-663.
3. World Health Organization. World Health Statistics 2012. Geneva: World Health Organization, 2012.
4. Simão A, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Brasileiro Cardiologia. 2013; 101(6), 1-63.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. World Health Organization. Global Atlas On Cardiovascular Disease Prevention And Control. Geneva, 2011.
7. Moreira T, Gomes E, Santos J. Fatores de riscos cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus. Rev Gaucha Enferm., Porto Alegre. 2010; 31(4): 662-9.
8. Gomes E, *et al.* Fator de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. Ver Bras Enferm, Brasilia. 2012; 65(4): 594-600.
9. Borba CS, *et al.* Epidemiologia e fatores de risco cardiovasculares em jovens adultos: revisão da literatura. Rev Saúde e Desenvolvimento Humano. 2015; 3(1).
10. Hayasida, NMA. Intervenção cognitivo-comportamental pré e pós cirurgia de revascularização do miocárdio, em Manaus/AM. Tese de Doutorado não publicada. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2010.
11. Rozanski A, *et al.* The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. Journal Am Coll Cardiol. 2005; 45(5): 637-651.

12. World Health Organization. World Health Report 2003—Shaping The Future. Geneva: World Health Organization, 2003
13. Rollnick S, *et al.* Entrevista motivacional no cuidado da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.
14. Santos JJA, *et al.* Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. ABCS Health Sci. 2014; 39(1), 17-23.
15. Rodriguez-Añez CR, *et al.* Versão Brasileira do Questionário "Estilo de Vida Fantástico": Tradução e Validação para Adultos Jovens. Arq Bras Cardiol. 2008; 91(2): 102-109.
16. Teixeira ER, *et al.* O estilo de vida do cliente com Hipertensão Arterial e o cuidado com a saúde. Esc. Anna Nery R Enferm. 2006; 10(3): 378-84.
17. Mendes F, *et al.* Vulnerabilidades em saúde: o diagnóstico dos calouros de uma universidade Portuguesa. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2014; 23(1): 74-82.
18. INEP, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [Internet]. Brasília: Inep, Censo de Educação Superior, 2013. [Atualizado 09 de setembro 2014; citado 15 de outubro de 2016]. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/visualizar/-/asset_publisher/6AhJ/content/matriculas-no-ensino-superior-crescem-3-8
19. Paixão LA, *et al.* Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do recife/PE. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2010; 15(3), 145-150.
20. Gasparotto GS, *et al.* Associação entre fatores sociodemográficos e o nível de atividade física de universitários. Rev Bras Ciência e Movimento. 2013; 21(4): 30-40.
21. Petribu MMV, *et al.* Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. Rev. Nutr., Campinas. 2009; 22(6), 837-846.
22. Moreira NWR, *et al.* Consumo alimentar, estado nutricional e risco de doença cardiovascular em universitários iniciantes e formandos de um curso de nutrição, Viçosa-MG. Rev. APS. 2013; 16(3): 242-249.
23. Gasparotto GS, *et al.* Fatores de risco cardiovascular em universitários comparação entre sexos períodos de graduação e áreas de estudo. Medicina (Ribeirão Preto). 2013; 46(2), 154-63.

24. Silva LVE, *et al.* Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(2): 280-8.
25. Teirxeira MAP, *et al.* Adaptação à universidade em jovens calouros. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional.* 2008; 12(1): 185-202.
26. Silva DAS, *et al.* Associação do sobrepeso com variáveis sociodemográficas e estilo de vida em universitários. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(11): 4473-4479.
27. Madureira AS, *et al.* Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. *Cad Saúde Publica, Rio de Janeiro.* 2009; 25(10), 2139-2146.
28. Gasparotto GS, *et al.* Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(3), 08 telas.
29. Mello MVO, *et al.* Comportamentos de risco para a saúde de estudantes da Universidade Estadual do Norte do Paraná (Brasil) – uma proposta de intervenção online. *Ciêncis e Saúde Coletiva.* 2014; 19(1), 159-164.
30. Quintino PL, *et al.* Estágios de mudança de comportamento para atividade física em universitários e fatores sociodemográficos associados. *Rev Bras Educ Fís Esporte, São Paulo.* 2014; 28(2), 305-314.
31. Franca C, *et al.* Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3), 420-7.
32. Araújo MF, *et al.* Indicadores de saúde associados com a má qualidade do sono de universitários. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(6), 1085-92.
33. Rodrigues ES, *et al.* Nível de atividade física e tabagismo em universitários. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4), 672-8.
34. Leite TRA, *et al.* Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2011; 27(9), 14-20.
35. Carlucci E, *et al.* Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Com. Ciências Saúde.* 2013; 24(4): 375-384.
36. Vitorino P, *et al.* Prevalência de estilo de vida sedentários entre adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(1): 166-171.

37. Gualano B, *et al.* Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. Rev.Bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo. 2011; 25, 37-43.
38. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2013.
39. Stipp, MAC. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. Esc. Anna Nery [online]. 2007; 11(4): 581-585.
40. Andrade AG, *et al.* Problemas comportamentais ligados ao uso de álcool. Revista USP, São Paulo. 2012; 96, 8-22.
41. Nunes J, *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. Rev Psiq Clín. 2012; 39(3): 94-9.
42. Sousa TF, *et al.* Conduas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. Cien Saude Coletiva. 2013; 18(12): 3563-3575.

Título	Ano	Objetivo	Área de estudo universitário Período cursado Região do Brasil Tamanho da Amostra	Delineamento de pesquisa Tipo de pesquisa	Resultado	Conclusão
Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do Recife/PE ⁽¹⁹⁾	2010	Avaliar o estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área da saúde.	Saúde Ingressantes Nordeste No.=253	Transversal, descritivo e comparativo entre cursos da saúde. Quantitativa	Apesar da média do IMC nos cursos estudados encontrarem-se dentro da classificação de peso normal, verificou-se alto nível de sedentarismo e comportamento de risco, exceto nos estudantes de educação física. A maioria dos participantes apresentou inadequação alimentar.	Os universitários já ingressaram na faculdade com estilo de vida inadequado, o que os coloca em risco para o desenvolvimento de vários agravos a saúde. Indicam a necessidade de programas que incentivem a prática regular de atividade física.
Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes ⁽¹⁴⁾	2014	Analisar o estilo de vida de estudantes universitários de uma instituição privada de ensino superior brasileira, bem como as diferenças entre os acadêmicos ingressantes e concluintes.	Todos as áreas Ingressantes e concluintes Sul No.=720	Transversal, descritivo e comparativo entre ingressantes e concluintes. Quantitativa	Os escores do estilo de vida, em geral, foram classificados como bom e muito bom, não demonstrando diferenças estatisticamente significantes entre ingressantes e concluintes, exceto no curso de economia em que o estilo de vida dos concluintes é inferior ao dos ingressantes.	As instituições de ensino superior marcam um período de transição e transformações na vida dos indivíduos e deveriam atuar como facilitadores neste período, promovendo contextos de prática de estilo de vida saudável.
Associação entre fatores sociodemográficos e o nível de atividade física de universitários ⁽²⁰⁾	2013	Verificar a associação entre os fatores sociodemográficos com a prática suficiente de atividades físicas moderado-vigorosas.	Humanas, Exatas e Biológicas Ingressantes e concluintes Sul No.=1599	Transversal, descritivo e comparativo entre ingressantes e concluintes. Quantitativa	O estudo mostrou que a maioria dos universitários apresentou sedentarismo, no entanto, a prevalência foi significativamente menor em comparação com os estudos apresentados nas demais regiões do país. As variáveis que apresentaram relação com atividade física moderado-vigorosa foram sexo masculino, atividades físicas em grupo e por lazer, morar com os pais, estudar no período diurno.	Conclui-se que é preciso observar e confrontar as características comportamentais e biológicas dos grupos para propor programas que se adequem a suas necessidades e afinidades.

Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários ⁽²¹⁾	2009	Descrever a proporção de fatores de risco para doenças cardiovasculares, dando ênfase aos fatores nutricionais, em alunos de uma universidade	Saúde Todos os períodos Nordeste No.=250	Transversal, descritivo. Quantitativa	Os fatores de maior risco nesta população foram o sedentarismo, hábitos alimentares pouco saudáveis e histórico familiar positivo para doenças cardiovasculares. O tabagismo teve uma frequência baixa e abaixo da média esperada.	O alto índice de fatores de risco cardiovasculares merece um alerta, considerando que a população estudada é de jovens universitários. Insistir em medidas educativas e de promoção de condutas preventivas pode ser um caminho para melhor este cenário.
Consumo alimentar, estado nutricional e risco de doença cardiovascular em universitários iniciantes e formandos de um curso de nutrição, Viçosa-MG ⁽²²⁾	2013	Avaliar o consumo alimentar, o estado nutricional e o risco de doenças cardiovasculares em universitários iniciantes e formandos do curso de Nutrição	Saúde - Nutrição Ingressantes e concluintes Sudeste No.=80	Transversal, comparativo entre ingressantes e concluintes. Quantitativa	As participantes do estudo apresentaram fatores de proteção à saúde cardiovascular em se tratando do estado nutricional e uso de tabaco, sem diferenças estatisticamente significativas entre ingressantes e concluintes. O sedentarismo (81,3%) apareceu como principal fator de risco nesta população.	Apesar dos fatores protetivos à saúde cardiovascular nesta população, há uma grande preocupação em melhorar o fato de risco sedentarismo, o que é possível por meio do incentivo à atividade física, recursos altamente recomendados pelos benefícios à saúde e a esta população em particular, pois serão agentes ativos de mudança de estilo de vida.
Fatores de risco cardiovascular em universitários: comparação entre sexos, períodos de graduação e áreas de estudo ⁽²³⁾	2013	Realizar comparações dos fatores de risco entre sexos, estudantes calouros e formandos e entre áreas de estudo.	Humanas, Exatas e Biológicas Ingressantes e concluintes Sul No.=1599	Transversal, comparativo entre sexo, períodos de graduação e área de estudo. Quantitativa	Os homens apresentaram maiores índices em todos os aspectos: maior tempo gasto em atividade física moderado-vigorosa, maiores índices de IMC, circunferência da cintura e pressão arterial, em comparação com as mulheres. A circunferência de cintura e pressão arterial foram superiores em alunos de ciências exatas frente às outras áreas e maiores no grupo de alunos formandos em comparação com os ingressantes.	Foram registradas diferenças significativas nos fatores de risco relacionados à atividade física moderado-vigorosa, tabagismo, consumo de álcool, IMC, circunferência de cintura e hábitos alimentares entre os grupos, o que demonstra necessidade de investir em estratégias para mudanças em comportamentos entre os estudantes.
Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários ⁽²⁴⁾	2006	Verificar o grau de associação entre o estilo de vida e situação socioeconômica; e o uso de álcool, tabaco, medicamentos e “drogas ilícitas” nos últimos 12 meses entre universitários.	Biológicas Todos os Períodos Sudeste No.=926	Transversal, descritivo Quantitativa	Os fatores que apresentaram correlação ao uso de álcool, tabaco, medicamentos e drogas ilícitas foram a religião, período cursado, renda familiar e atividades realizadas nas horas livres.	Identificar o perfil dos grupos mais expostos e as variáveis mais influentes no comportamento de uso de substâncias psicoativas ajuda a direcionar intervenções de promoção e prevenção mais bem-sucedidas.

<p>Adaptação à universidade em jovens calouros ⁽²⁵⁾</p>	<p>2008</p>	<p>Investigar a experiência de adaptação à universidade em jovens calouros de uma universidade.</p>	<p>Todas as áreas Ingressantes Sul No.=14</p>	<p>Transversal Qualitativo fenomenológico.</p>	<p>Na análise, o estudo valorizou a experiência subjetiva dos universitários em quatro grandes temas: a saída/afastamento de casa com mudança na visão que tem de suas famílias e sentem-se desamparados e desorientados pela falta de acompanhamento; o ingresso na universidade e o grande esforço necessário para corresponder às exigências de desempenho; a percepção das mudanças em quanto a exigência de independência e responsabilidade a eles atribuída e; a necessidade de adaptação que sofrem em diferentes períodos do cursos.</p>	<p>A estudo concluiu que apesar do sofrimento e dificuldades relatadas, em geral, os universitários não apresentam dificuldades de adaptação à universidade, uma vez que estas são vivenciadas como imprescindíveis ao desenvolvimento da autonomia. Aos estudantes com maiores dificuldades de adaptação, sugere-se a criação de serviços especializados para dar-lhes atenção e prevenir interferências no funcionamento cotidiano e agravos a saúde. A pesquisa indica necessidade de estudos quantitativos para avaliar problemas de adaptação como depressão, solidão, estresse entre outros.</p>
<p>Associação do sobrepeso com variáveis sociodemográficas e estilo de vida em universitários ⁽²⁶⁾</p>	<p>2011</p>	<p>Analisar a associação do sobrepeso com variáveis sociodemográficas e indicadores do estilo de vida de calouros de uma universidade pública brasileira</p>	<p>Todas as áreas Ingressantes Sul No.= 685</p>	<p>Transversal Descritivo Quantitativa</p>	<p>A prevalência de sobrepeso encontrada no estudo foi de 16% e as variáveis determinantes foram o sexo, faixa etária, estado civil, o turno de estudo e a escolaridade da mãe. Ao associar estado nutricional a indicadores do estilo de vida, encontrou-se risco de sobrepeso maior em universitários que relataram: dois quilos acima do peso considerado saudável; sentirem-se tensos e desapontados; não possuir dieta balanceada; ingerir bebida com cafeína mais de duas vezes por dia; e ingerir mais de sete doses de bebida alcoólica por semana.</p>	<p>Os homens apresentaram 2,69 vezes mais chances de sobrepeso que as mulheres. Estar casado indica maior chances de sobrepeso em comparação aos solteiros, em virtude de mudanças no estilo de vida (diminuição de atividade física e mudança da dieta padrão). Acadêmicos com consumo de cafeína igual ou superior a duas vezes por dias apresentaram maior risco de sobrepeso quando este consumo afeta as horas de sono ou está associado à sacarose. Sugestões de mais pesquisas e programas de promoção de saúde pela instituição investigada foram feitas.</p>

<p>Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários ⁽²⁷⁾</p>	<p>2009</p>	<p>Identificar os estágios de mudança de comportamento relacionado à atividade física em universitários. Verificar a prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade; e a associação entre os estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e o estado nutricional.</p>	<p>Todas as áreas Ingressantes Sul No.= 862</p>	<p>Transversal, descritivo de correlação. Quantitativo</p>	<p>A prevalência de baixo peso foi maior no sexo feminino (15%) e de sobrepeso maior no sexo masculino (16,9%) e de inatividade física foi maior entre as mulheres (76,5%) que em os homens (62,7%). Os estágios de mudanças que obtiveram maior ocorrência foram: contemplação (32%) e preparação (29,5%). A proporção de mulheres foi maior no estágio da contemplação e dos homens de preparação.</p>	<p>O excesso de peso possui estreita ligação com os fatores de riscos para o desenvolvimento de DCV. O estilo de vida pode ser tanto fator codeterminante para o agravamento de doenças quanto para a prevenção e tratamento das mesmas. Identificar o estágio de mudança de comportamentos relacionados a saúde dá indícios de identificar qual a intervenção mais indicada para cada tipo de comportamento.</p>
<p>Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários ⁽²⁸⁾</p>	<p>2013</p>	<p>Verificar a associação entre o período da graduação e fatores de risco cardiovascular, em uma amostra representativa de universitários do Sul do país</p>	<p>Humanas, Exatas e Biológicas ingressantes e concluintes Sul No.= 1599</p>	<p>Transversal, descritivo comparativo Quantitativa</p>	<p>O estudo encontrou relações significativas entre o período de graduação dos estudantes e alguns fatores de riscos cardiovascular estudados, como: consumo de tabaco, de bebida alcoólica regular e abusivo e sedentarismo, com maior prevalência no grupo de universitários finalistas.</p>	<p>Em virtude dos formandos estarem mais vulneráveis aos riscos cardiovasculares, sugeriu-se a implementação de programas de conscientização dos estudantes, para tratar dos fatores de riscos aos quais estão expostos durante o período da graduação e implementação de uma disciplina na rotina de estudos que abordem a temática de hábitos de saúde nesse período, mas que sirva para o restante da vida.</p>
<p>Comportamentos de risco para a saúde de estudantes da Universidade Estadual do Norte do Paraná (Brasil) – uma proposta de intervenção online ⁽²⁹⁾</p>	<p>2014</p>	<p>Analisar prevalências de comportamentos de risco para a saúde em amostra representativa de estudantes de uma universidade do Paraná e indicar ações específicas online para orientar a redução destes comportamentos de riscos.</p>	<p>Todas as áreas Todos os Períodos Sul No.= 3304</p>	<p>Transversal, descritivo, de base populacional. Quantitativa</p>	<p>Os resultados indicados pelo estudo fizeram menção a quantidade de visualizações por semana das intervenções online. Foram realizadas 227 postagens a fim de orientar sobre atividade física (74), hábitos alimentares (80), drogas (22), doenças (14), atividade sexual (26) e segurança no trânsito (11). Aproximadamente 1700 pessoas apoiaram a ferramenta online. O maior acesso de pessoas foi do gênero feminino (55,71%), com faixa etária ente 18 a 24 anos.</p>	<p>A proposta de intervenção, por meio da ferramenta de orientação online, atingiu os objetivos esperados de alcance e visualização da população universitária. Não há como saber se houve mudança comportamental desta população. No entanto, foi confirmado que a rede mundial de computadores é uma forma eficaz, rápida e barata de levar informação, sobretudo, a população jovem.</p>

<p>Estágios de mudança de comportamento para atividade física em universitários e fatores sociodemográficos associados ⁽³⁰⁾</p>	<p>2014</p>	<p>Descrever os Estágios de Mudança do Comportamento para atividade física e identificar os fatores sociodemográficos associados, em acadêmicos de educação física de uma instituição pública do sul do Brasil.</p>	<p>Saúde Todos os Períodos Sul No.= 236</p>	<p>Transversal, descritivo de correlação, retrospectivo. Quantitativo</p>	<p>Todos os universitários investigados eram do curso de Educação Física, e a maior parte da amostra representada por homens (53,8%), em idade acima de 20 anos (56,8%), solteiros (94,9%) e com trabalho remunerado (61%). Em relação ao comportamento de atividade física, apenas 18,6% estavam sedentários, em estágios de pré-compreensão, 4%, contemplação (2,5%) e preparação (15,7%). Os universitários ativos fisicamente (81,4%) encontravam-se no estágio de ação (18,2%) e manutenção (63,2%). As mulheres apresentaram maior propensão a inatividade física, em comparação com os homens.</p>	<p>Apesar de ter sido baixa a prevalência de inatividade física, quase 1/5, em comparação com a média apresentada em outros estudos, por se tratar de um curso cujo principal objetivo é o alcance da saúde por meio da atividade física pode ser um valor alto e preocupante por estar associado à variável sociodemográfica do sexo feminino. Os resultados dos estágios de mudança de comportamento para atividade física foram melhores que o esperado, no entanto, estratégias na universidade que incentivem os acadêmicos a se envolverem rapidamente em programas de atividade física são necessárias tanto para potencializar quanto para manter esses resultados.</p>
<p>Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso ⁽³¹⁾</p>	<p>2008</p>	<p>Analisar as diferenças nas condutas de saúde em estudantes da saúde, de universidades públicas, no início e no final+D16 do curso.</p>	<p>Saúde Ingressantes e concluintes Nordeste No.=735</p>	<p>Transversal, comparativo entre ingressantes e concluintes. Quantitativa</p>	<p>A maior parte da amostra era do sexo feminino (69,5%). Condutas relacionadas à violência e ao trânsito não tiveram diferenças significativas entre início e no final do curso. Em se tratando do consumo de bebida alcoólica por motoristas, os universitários no final do curso apresentaram os maiores índices, assim como o consumo de tabaco e álcool. O consumo de maconha no final do período foi mais que o dobro em comparação aos estudantes do primeiro semestre e as drogas ilícitas também apresentaram esse aumento. A atividade física apresentou uma grande diferença entre os dois grupos, sendo mais comum em estudantes do último semestre.</p>	<p>Os hábitos nocivos à saúde foram maiores em alunos concluintes. Esperava-se condutas saudáveis mais prevalentes em alunos finalistas da área da saúde, no entanto o resultado foi contrário. Estudos que avaliem os fatores relacionados a condutas de saúde são imprescindíveis para avaliar causa-efeito. Além disso, avaliar a motivação dos comportamentos relacionados a saúde é importante para propor intervenções eficazes.</p>

Indicadores de saúde associados com a má qualidade do sono de universitários ⁽³²⁾	2014	Verificar a relação entre a qualidade do sono com os indicadores de saúde: tabagismo, etilismo, sedentarismo, estado nutricional, níveis de HDL-Colesterol e LDL Colesterol.	Todas as áreas Todos os períodos Nordeste No.= 701	Transversal, descritivo. Quantitativa	Um percentual elevado dos universitários foi caracterizado como mal dormidor (96,4%). Verificou-se excesso de peso 26.4%, sendo 21.3% e 5.1% para sobrepeso e obesidade, respectivamente. Ainda que 70.2% dos universitários eram sedentários, 8.5% tabagistas, e 6.6% etilistas. Não foi identificado diferenças significantes entre os estudantes universitários bons e mau dormidores e os indicadores de saúde (tabagismo, sedentarismo, etilismo, estado nutricional e níveis séricos de colesterol), uma vez que a amostra de mau dormidores foi muito alta.	A idade média da amostra foi de 21.5 anos, constituída por indivíduos jovens, com comportamentos de saúde comprometedores, que se mantidos resultaram em sérios danos. O estudo sugere acompanhamento e intervenção dos indicadores de saúde por parte dos profissionais de saúde, principalmente quanto aos universitários maus dormidores, a fim de prevenir doenças crônicas não transmissíveis.
Nível de atividade física e tabagismo em universitários ⁽³³⁾	2008	Avaliar o nível de atividade física em estudantes universitários e sua associação com hábito de fumar	Todas as áreas Todos os períodos Norte No.= 871	Transversal, descritivo. Quantitativa	Na amostra selecionada foi composta em maior parte por estudantes do sexo feminino (67%). As prevalências de indivíduos ativos fisicamente (51,1%) e que nunca fumaram (80,5%) foram altas. A prevalência de fumantes e sedentários foi de 12,1%.	O estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre fumantes e não fumantes na proporção de sedentários e ativos. A prevalência do sedentarismo nesta amostra estava abaixo das prevalências nacionais e internacionais. O índice de tabagismo foi baixo, e isto se deve as políticas estaduais e nacionais de saúde. As baixas prevalências de sedentarismo e tabagismo na amostra selecionada interferiram na associação proposta neste trabalho, no entanto, foram satisfatórios os resultados encontrados.

Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários ⁽³⁴⁾	2011	Avaliar o estilo de vida de universitários, por intermédio do questionário "Estilo de Vida Fantástico" e suas possíveis relações com níveis pressóricos.	Saúde Todos os períodos Sudeste No.= 224	Transversal, descritivo. Quantitativa	Dentre os universitários estudados, 79,9% manifestaram bons níveis pressóricos e somente 5,3% evidenciaram hipertensão leve. Os homens apresentaram níveis pressóricos superiores aos das mulheres, mas 41,0% dos mesmos obtiveram o estilo de vida considerado muito bom; 51,2%, bom; e 6,6%, regular. Entre as mulheres, foi observada a existência de correlação negativa "fraca" entre pressão diastólica e "estilo de vida".	Neste estudo, não houve correlação significativa entre pressão arterial e estilo de vida como era esperando. No entanto, alertaram as possibilidades de risco futuro nos comportamentos na população pesquisada.
--	------	--	---	---	---	--

6.2. SESSÃO EMPÍRICA – ESTILO DE VIDA UNIVERSITÁRIO E AS VULNERABILIDADES PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES, EM MANAUS

O seguinte estudo – Estilo de vida universitário e as vulnerabilidades para doenças cardiovasculares, em Manaus –, que compõe a sessão empírica, encontra-se formatado nas normas de referência da revista a qual está sendo submetido.

ESTILO DE VIDA UNIVERSITÁRIO E AS VULNERABILIDADES PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES, EM MANAUS

RESUMO

Objetivo. Identificar os fatores do estilo de vida que vulnerabilizam os jovens universitários da saúde, de uma universidade federal, no Amazonas, a desenvolverem doenças cardiovasculares.

Método. Estudo transversal, quantitativo-descritivo, com aplicação de entrevista semiestruturada em que fora

m investigados dados sociodemográficos, clínicos referente a composição corporal, comportamentos de risco, comportamentos de saúde, histórico de saúde pessoal e familiar e dos Inventários de Ansiedade e Depressão de *Beck*. Elaborou-se uma escala com sistema de pontuações de risco, ausência de risco e proteção da saúde para classificar o estilo de vida.

Resultados: Participaram do estudo 411 universitários dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina, com idades entre 18 a 28 anos, dos quais 48,91% foram classificados com estilo de vida não saudável, cujas principais vulnerabilidades para doenças cardiovasculares foram identificadas nos comportamentos de consumo de álcool, qualidade ruim do sono, sedentarismo, massa corporal inadequada, consumo/exposição ao tabaco e uso de drogas.

Conclusão. Os comportamentos do estilo de vida estão inter-relacionados, de forma que um altera a qualidade do outro como causa e/ou consequência de fatores emocionais importantes para a qualidade de vida e formação pessoal e profissional desses indivíduos. A universidade pode ser forte aliada na promoção de comportamentos saudáveis, visto sua grande influência na estimulação de condutas em relação à saúde. Ressalta-se a importância de investimentos em programas de saúde mental como autogestão comportamental e gerenciamento/regulação emocional para aumento dos comportamentos pró-saúde e prevenção de agravos por doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Estilo de vida; vulnerabilidade; doenças cardiovasculares; jovens; universitários.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidade no Brasil (31,3%)^{1,2} e no mundo (30%), tem sido tratadas como prioridade atencional das políticas públicas de saúde na maior parte dos países³. Estratégias mundiais³ e nacionais¹ foram elaboradas a fim de prevenir e controlar a incidência dessas enfermidades que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), continuarão liderando as

mortalidades no mundo até 2020³. O impacto social e econômico das DCV se inter-relacionam num agravo mútuo por atingir parte da população em plena produtividade e gerar custos elevados com tratamentos e internações às instâncias governamentais^{2,4}.

Embora as DCV apareçam com maior frequência na vida adulta, são em fases anteriores (infância e adolescência) que começam a se instalar, em um processo silencioso e assintomático por meio da exposição contínua aos fatores comportamentais de riscos, ou também chamados de modificáveis^{5,6,7}: tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, hábitos alimentares pouco saudáveis, sedentarismo, ansiedade, depressão, raiva, hostilidade, suporte social insuficientes, status socioeconômico baixo, estresse no trabalho e na vida familiar. Ressalta-se que existem, também, os fatores não modificáveis ou incontroláveis que são: idade, gênero e histórico familiar de saúde^{3,8,9}.

Os jovens adultos de hoje representam a primeira geração da história com tendência a serem menos saudáveis que seus pais¹⁰ e isto se deve à complexidade do contexto histórico-social vivenciado por eles, juntamente com a necessidade de adaptação a fase de transição para a vida adulta, marcada culturalmente pelo desenvolvimento profissional, com o ingresso na universidade. Diante das novas responsabilidades e funções que adquirem, exigência de bons desempenhos combinadas ao afastamento de casa (desamparo), tomadas de decisões individuais e falta de direcionamento temos um período de vida potencialmente gerador de estresse e de vulnerabilidades à saúde desses indivíduos. Estes, por sua vez, acabam por ter, também, autonomia para conhecer, experimentar e adotar novos hábitos e comportamentos, justificados e aceitos pelo estilo de viver do universitário, que poderão produzir danos à saúde¹¹.

Compreender essas modificações e identificar os fatores mais prejudiciais à saúde cardiovascular de jovens universitários, a fim de prever danos e tentar, a medida do possível, controlá-los na vida adulta, configura um amplo compromisso social e econômico com a saúde, a curto, médio e longo prazo, sobretudo em se tratando de universitários das áreas da saúde. Estes tem sido alvo de estudos^{12,13,14}, com resultados alarmantes acerca de comportamentos de riscos em relação ao cuidado com a própria saúde. Paradoxalmente, esses indivíduos representam a qualidade produtiva de saúde no futuro, pois serão agentes orientadores do estilo de vida (EV) saudável, uma vez que esta medida é exigida em todos os níveis de intervenção nesse contexto, quer seja na promoção ou reabilitação da saúde ou prevenção e tratamento de doenças¹⁵.

Neste sentido, o estudo visa identificar as vulnerabilidades para DCV no EV de jovens universitários dos cursos da saúde. Pretende-se, para tanto, conhecer os dados

sociodemográficas; os padrões comportamentais que fornecerão subsídios para avaliar e classificar o EV; e os níveis de ansiedade e depressão para, então, estabelecer análises sobre o EV dessa população. Espera-se que esta pesquisa reúna dados oportunos para propor intervenções voltadas ao cuidado da saúde dos acadêmicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo transversal, quantitativo-descritivo foi realizado em uma universidade federal no Amazonas, no ano de 2016, com amostra de conveniência, composta por 411 jovens universitários da área de saúde (111 de Educação Física, 85 de Enfermagem, 75 de Farmácia, 80 de Fisioterapia e 60 de Medicina), entre 18 e 28 anos. O principal objetivo foi identificar os fatores do EV que vulnerabilizam os universitários a desenvolverem DCV.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados com grupos de alunos, de modo autorrelato, em horário de aula cedido pelos professores, mediante convites verbais e explanação dos objetivos e implicações da pesquisa, com aplicação de um questionário sociodemográfico e dos Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI e BDI)¹⁶. Os que se interessavam em participar, permaneciam em sala de aula para a coleta dos dados, com duração aproximada de uma hora.

Foram incluídos na pesquisa todos os universitários matriculados nos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina, que residiam em Manaus e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os indivíduos menores de 18 anos, maiores de 28 anos e que os que não concordaram em participar. A pesquisa foi autorizada pelos comitês de ética da Universidade Federal do Amazonas (autorização no. 56651216.0.0000.5020). Todos os participantes assinaram o TCLE.

O questionário sociodemográfico foi elaborada para viabilizar a aquisição e organização dos dados sociodemográficos e investigar comportamentos do EV dos jovens universitários das áreas da saúde que influenciam o desenvolvimento de DCV^{10,17,18}. Nela foram consideradas as seguintes dimensões:

- Sociodemográficas: idade, naturalidade, estado civil (solteiro, união estável, casado, divorciado e viúvo), curso, período, renda familiar (<2 salários mínimos (SM), 2 a 4 SM, 5 a 8 SM, >9 SM, não sabe referir), religião (praticante e não praticante; católica, evangélica, espírita, testemunho de Jeová, umbanda, candomblé, judaísmo e adventista),

emprego e/ou estágio remunerado (sim/não), mais de um emprego e/ou estágio remunerado (sim/não);

- Clínicas: peso, altura, circunferência abdominal (medida pelas pesquisadoras ao final do preenchimento total dos instrumentos), IMC;
- Comportamentos de risco: consumo de tabaco por terceiros dentro de casa (diariamente, semanalmente, mensalmente, menos que mensalmente, nunca), consumo pessoal de tabaco (diariamente, ocasionalmente, não fuma), consumo de tabaco no passado: (diariamente, ocasionalmente, não fumou), quantidade de cigarros consumidos/dia, tentativa de parar de fumar nos últimos 12 meses (sim/não), motivos para parar de fumar (melhora da qualidade de vida, pedido de familiares, prevenção de doenças, tratamento de doenças), frequência de ingestão de bebidas alcoólicas (muito frequentemente (4 ou mais vezes/semana), frequentemente (2 a 3 vezes/semana), ocasionalmente (2 a 4 vezes/mês), raramente (menos de 1 vez/mês), nunca ou quase nunca (1 vez/ano ou nunca bebeu)), tipos de bebidas alcóolicas ingeridas (destilados, fermentados, destilados e fermentados, nenhuma), média de doses ingeridas quando consome bebidas alcoólicas (1 ou 2, 3 ou 4, 5 ou 6, 7, 8 ou 9, 10 ou mais), uso de substâncias ilícitas (diariamente, ocasionalmente, não usa), uso de substâncias ilícitas no passado (diariamente, ocasionalmente, não usou), substâncias que faz/fazia uso (maconha, cocaína, heroína, LSD, ecstasy, ópio, crack, outras);
- Comportamentos de saúde: pratica atividade física (AF) (sim/não), frequência (2 a 2 dias/ semana, 3 a 4 dias/semana, 5 ou mais dias/semana), horas de sono/dia, turno em que dorme (manhã, tarde, noite), frequência em que dorme bem e sente-se descansado (sempre, frequentemente, raramente, nunca ou quase nunca), frequência em que vai a consultas médicas (semanal, mensal, semestral, anual, nunca);
- Histórico de saúde: recebeu algum desses diagnósticos (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, obesidade, colesterol alto, etilismo, tabagismo, transtorno emocional, doença cardiovascular, câncer, outras, não sabe, não foi diagnosticado);
- Histórico familiar de saúde: alguém da família recebeu algum desses diagnósticos (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, obesidade, colesterol alto, etilismo, tabagismo, transtorno emocional, doença cardiovascular, câncer, outras, não sabe, não foi diagnosticado);

Análise de Dados

A análise de dados contemplou um estudo descritivo, cujo banco de entrada de dados foi criado no programa de dados Microsoft Excel 2013 (Microsoft Office Enterprise), cumprindo quatro rigorosas etapas durante o processamento: codificação, digitação, correção e análise. A análise estatística de dados foi realizada no *software* de análises estatísticas *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22. Os testes e medidas de correlação/associação se deram pelas seguintes estatísticas: em caso de variável ordinal x ordinal foi utilizado uma variante da estatística Tau de Kendall, a variante para tabelas N x M, onde N é diferente de M, utilizou-se Tau-C de Kendall; para casos de testes com variáveis ordinal x nominal foi utilizado a estatística Coeficiente de Contingência e Teste Qui-Quadrado de Person; e para o caso de ordinal x intervalo foi utilizado a estatística de associação Eta. O nível de significância considerado em todas as análises foi de 5%.

Para avaliar o EV formulou-se uma escala baseada em variáveis de risco comportamental com o uso/consumo de tabaco, ingestão de álcool, IMC e CA, uso de drogas ilícitas, práticas de atividade física e sono. Foi utilizado um sistema de pontuação que avalia risco (-1, -2, -3), ausência de risco e proteção (0) e proteção (+1, +2) à saúde, cujos critérios estão descritos no Apêndice 1. Os alunos foram classificados com o EV saudável quando o *score* marcou ≥ 0 e como não saudável quando ≤ 0 .

Resultados

Os resultados serão apresentados e discutidos em três etapas, a primeira para caracterizar a amostra do estudo (n=411), destacando-se os aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais. Em sequência, será apresentada a avaliação do EV desta população, por meio da Escala do EV e indicadas quais as variáveis que conferiram vulnerabilidades à saúde geral e saúde cardiovascular. E por fim, correlacionar os níveis de ansiedade e depressão ao EV, a fim de identificar o quanto o estado psicológico pode influenciar na seleção de comportamentos de saúde.

Variáveis Sociodemográficas

As informações contidas na caracterização sociodemográfica da amostra (Tabela 1) descreverá as informações dos 411 universitários da área da saúde: educação física (27,01%), enfermagem (20,68%), fisioterapia (19,46%), 18,25% da Farmácia e 14,60% da Medicina.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos universitários da área de saúde

Variáveis Sociodemográfica		n	%
Curso	Educação Física	111	27,01%
	Enfermagem	85	20,68%
	Fisioterapia	80	19,46%
	Farmácia	75	18,25%
	Medicina	60	14,60%
	Total Geral	411	100,00%
Sexo	Feminino	282	68,61%
	Masculino	129	31,39%
	Total Geral	411	100,00%
Naturalidade	Norte	285	85,07%
	Sudeste	23	6,87%
	Nordeste	14	4,18%
	Centro Oeste	6	1,79%
	Sul	4	1,19%
	Estrangeiros	3	0,90%
	Total Geral	335	100,00%
Estado civil	Solteiro	373	90,75%
	União Estável	29	7,06%
	Casado	6	1,46%
	Divorciado	3	0,73%
	Total Geral	411	100,00%
Atividade Remunerada	Não	294	71,53%
	Sim	117	28,47%
	Total Geral	411	100,00%
Renda Familiar*	< 2	42	10,22%
	2 a 4	137	33,33%
	5 a 8	130	31,63%
	> 9	66	16,06%
	Não sabe referir	36	8,76%
	Total Geral	411	100,00%
Prática Religiosa	Praticante	268	67,51%
	Não Praticante	129	32,49%
	Total Geral	397	100,00%
Religião	Católica	204	49,64%
	Evangélica	137	33,33%
	Espírita	38	9,25%
	Adventista	1	0,24%
	Nenhuma	31	7,54%

Total Geral 411 100,00%

*Considerando o valor R\$880,00, salário mínimo de 2016.

A maioria foi composta pelo sexo feminino (68,61%), solteiros (90,75%), com idade média de 21,42 anos (DP=2,95) e naturalidade predominantemente da região Norte do Brasil (85,07%). A maioria (96,84%) possui Superior Incompleto, sem atividade remunerada (71,53%) – não trabalha ou faz estágio remunerado, com renda familiar de 2 a 4 salários (33,33%), no entanto, uma frequência aproximada foi registrada no campo de 5 a 8 salários mínimos (31,63%). Do total, 67,51% praticam a religião, como predomínio da católica (49,64%).

Histórico de Saúde

Dentre os aspectos clínicos, foram avaliados Histórico de Saúde e Histórico Familiar de Saúde, a partir da contagem de diagnósticos individuais e dos familiares.

Tabela 2 – Histórico pessoal e familiar de saúde

Variável	n	%
Histórico de Saúde	Transtorno Psicológico	36 8,76%
	Colesterol Alto	34 8,27%
	Outras doenças	33 8,03%
	Não sabe referir	28 6,81%
	Obesidade	15 3,65%
	Diabetes Mellitus	3 0,73%
	Hipertensão Arterial	2 0,49%
	Doença Cardiovascular	2 0,49%
	Câncer	1 0,24%
Histórico Familiar de Saúde	Hipertensão Arterial	249 60,58%
	Colesterol Alto	206 50,12%
	Diabetes Mellitus	188 45,74%
	Câncer	121 29,44%
	Doença Cardiovascular	113 27,49%
	Obesidade	100 24,33%
	Transtorno Psicológico	78 18,98%
	Tabagismo	70 17,03%
	Etilismo (alcoolismo)	41 9,98%
	Não sabe referir (família)	24 5,84%
	Outra doença	16 3,89%

Em relação aos Histórico de Saúde dos participantes, as doenças que apareceram com maior frequência foram, respectivamente: transtorno psicológico (8,76%), colesterol alto

(8,27%) e outras doenças (8,03%) (das quais as mais referidas foram gastrite e doenças respiratórias).

Já os diagnósticos que apareceram com maior frequência na família foram hipertensão arterial (60,58%), colesterol alto (50,12%), diabetes mellitus (45,74%) e câncer (29,44%).

Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão

Foram utilizados os inventários de ansiedade e depressão de Beck¹⁶ para avaliar aspectos psicológicos

Tabela 4 – Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em universitários da saúde

Variável		n	%
Inventário de Ansiedade de Beck	Mínimo	273	66,42%
	Leve	103	25,06%
	Moderado	27	6,57%
	Grave	8	1,95%
	Total Geral	411	100,00%
Inventário de Depressão de Beck	Mínimo	293	71,29%
	Leve	85	20,68%
	Moderado	32	7,79%
	Grave	1	0,24%
	Total Geral	411	100,00%

Cerca de 8,52% da amostra apresentou sintomas indicativos de transtorno de ansiedade e 8,03% sintomas indicativos de Transtorno Depressivo, ou seja, níveis moderado e grave. Do geral, 25,06% manifestaram sintomas leves de ansiedade e 20,68% sintomas leves de depressão, com sugestiva alerta de prejuízos a saúde física e psicológica dos envolvidos.

Variáveis Comportamentais e Clínicas

Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto aos comportamentos referentes ao EV

Variável		n	%
Tabaco	Consumo no passado	Não fumou	367 89,29%
		Ocasionalmente	37 9,00%
		Diariamente	7 1,71%
		Total geral	411 100,00%
	Consumo atual	Não fuma	399 97,08%
	Ocasionalmente	10 2,43%	
	Diariamente	2 0,49%	

		Total geral	411	100,00%
	Exposição passiva	Nunca	363	88,32%
	Em casa	Diariamente	27	6,57%
		Menos que mensalmente	12	2,92%
		Semanalmente	8	1,95%
		Mensalmente	1	0,24%
		Total geral	411	100,00%
Bebida	Consumo atual	Nunca	143	34,79%
Alcoólica		Raramente	156	37,96%
		Ocasionalmente	96	23,36%
		Frequentemente	16	3,89%
		Total geral	411	100,00%
	Bebidas consumidas	Nenhuma	155	37,71%
		Destilados e fermentados	93	22,63%
		Fermentados	85	20,68%
		Destilados	78	18,98%
		Total geral	411	100,00%
	Doses ingeridas	0	143	34,79%
		1 – 2	116	28,22%
		3 – 4	61	14,84%
		5 – 6	69	16,79%
		7 – 9	10	2,43%
		10 <	12	2,92%
		Total geral	411	100,00%
Substâncias	Consumo atual	Não usa	400	97,56%
Ilícitas		Ocasionalmente	7	1,71%
		Diariamente	3	0,73%
		Total geral	410	100,00%
	Tipos de drogas	Maconha	2	20%
		Cocaína	1	10%
		Maconha e cocaína	1	10%
		Maconha e ecstasy	2	20%
		Maconha e LSD	2	20%
		Maconha e outros	1	10%
		Maconha, cocaína e ecstasy	1	10%
		Total	10	100%
Atividade	Prática atual	Sim	233	56,69%

Física		Não	178	43,31%	
		Total geral	411	100,00%	
	Frequência/semana		1 a 2	85	36,48%
			3 a 4	84	36,05%
			5 ou mais	64	27,47%
		Total geral	233	100,00%	
Sono	Sensação de descanso Após sono	Raramente	234	68,02%	
		Frequentemente	75	21,80%	
		Sempre	20	5,81%	
		Nunca ou quase nunca	15	4,36%	
		Total geral	344	100,00%	
	Turno do sono	Noite	336	97,67%	
		Manhã	7	2,03%	
		Tarde	1	0,29%	
		Total geral	344	100,00%	
	Cuidado Preventivo	Frequência de consultas Médicas	Nunca	89	21,71%
Semanalmente			19	4,63%	
Mensalmente			64	15,61%	
Semestralmente			92	22,44%	
Anualmente			146	35,61%	
Total geral			410	100,00%	
IMC		IMC	Baixo peso	26	6,37%
	Peso saudável		286	70,10%	
	Sobrepeso		75	18,38%	
	Obesidade		21	5,15%	
	Total geral		408	100,00%	
	Circunferência Abdominal	Sem risco	319	78,19%	
		Aumentado	36	8,82%	
		Alto	37	9,07%	
		Muito alto	16	3,92%	
		Total geral	408	100,00%	

A frequência de universitários que utilizaram cigarro de tabaco foi de 2,92%, dos quais somente 0,49% fizeram uso diário, enquanto que a maioria não fuma (97,08%). No entanto, 11,68% são considerados fumantes passivos, por terem fumantes em suas casas. Mais da metade

da amostra faz uso de bebidas alcoólicas: 35,77% consome raramente, 23,36% ocasionalmente e 3,89% frequentemente e os outros 36,98% não ingerem. Em relação ao uso de substâncias ilícitas 97,56% relataram não consumir e 2,44% consomem, sendo 0,73% diariamente. No que tange a AF, 56,69% relataram estar ativos, sendo que a maior frequência foi de uma a duas vezes/semana (36,48%), seguida de três a quatro vezes/semana (36,05%) e uma parcela menor na frequência sugerida pela OMS: de cinco ou mais vezes/semana (27,47%); enquanto que 43,31% estavam sedentários. Quanto composição de massa corporal, 18,38% dos acadêmicos apresentaram sobrepeso e 5,15% obesidade; e da amostra geral, 22,44% evidenciaram risco cardiovascular por meio da medição de circunferência abdominal, dos quais 8,82% com risco aumentado, 9,07% alto e 3,92% muito alto.

Estilo de Vida de Universitários da Saúde

Tabela 4 – Análise do Estilo de Vida de universitário da saúde em distribuição por cursos.

Curso	Educação Física	Estilo de Vida		Saudável	Total
		Não saudável			
		34	30,63%	77	69,37%
		16,92%	8,27%	36,67%	18,73%
	Enfermagem	59	69,41%	26	30,59%
		29,35%	14,36%	12,38%	6,33%
	Farmácia	34	45,33%	41	54,67%
		16,92%	8,27%	19,52%	9,98%
	Fisioterapia	39	48,75%	41	51,25%
		19,40%	9,49%	19,52%	9,98%
	Medicina	35	58,33%	25	41,67%
		17,41%	8,52%	11,90%	6,08%
	Total	201	48,91%	210	51,09%
					411

Dos universitários 51,09% foram classificados com EV saudável pela escala proposta, e os demais 48,91% alunos foram classificados como tendo um EV não saudável.

O curso de Educação Física teve a maior proporção de alunos classificados com o EV Saudável com 69,37% dos alunos e 18,73% do total de alunos da amostra. Em seguida pelo curso de Farmácia com 54,67% dos alunos do curso classificados como saudáveis, sendo 9,98% do total de participantes. E por fim, o curso de Fisioterapia classificou 51,25% de seus alunos como saudáveis, o que equivale a 9,98% do geral.

Os cursos de Enfermagem e Medicina concentraram mais alunos classificados como não saudáveis. Na Medicina, 58,33% foram considerados com EV não saudável, sendo 8,52% alunos da amostra geral. O curso com o pior desempenho de saúde, utilizando a escala de EV, foi da Enfermagem, com 69,41% dos seus alunos foi classificado com EV não saudável o que expressa 14,36% do total de alunos

Vulnerabilidades no Estilo de Vida para DCV

Tabela 5 – Fatores que influenciam o Estilo de Vida dos universitários da saúde

Estilo de Vida	N	%
Não saudável	201	48,91%
Consumo de álcool	169	84,08%
Qualidade ruim de sono	144	71,64%
Sedentarismo	134	66,67%
Massa Corporal Inadequada	75	37,31%
Consumo/Exposição ao tabaco	61	30,35%
Uso de drogas	16	7,96%
Dormir durante o dia	0	0,00%
Saudável	210	51,09%
Não uso de drogas	206	98,10%
Massa Corporal Adequada	193	91,90%
Dormir durante a noite	190	90,48%
Não uso/exposição ao tabaco	187	89,05%
Atividade Física	166	79,05%
Não consumo de álcool	110	52,38%
Boa qualidade de sono	85	40,48%

Os fatores comportamentais que mais influenciaram os resultados do EV Não Saudável foram, respectivamente: o consumo de álcool (84,08%), a qualidade ruim de sono expresso por não se sentir descansado após sono (71,64%), seguidos do sedentarismo ou AF insuficiente (66,67%), composição de gordura corporal inadequada (37,31%), a exposição ao tabaco – em que foram avaliados o uso ativo, passivo e ex-uso – (30,35%) e exposição às drogas (uso e ex-uso) (7,96%).

Quanto aos fatores que mais contribuíram para o EV saudável nos universitários foram: o não uso de drogas (98,10%), seguidos da composição de gordura corporal adequada (91,90%), turno do sono (dormir durante a noite) 90,48%, não exposição ao tabaco, AF (79,05%), não consumo de álcool (52,38%) e boa qualidade de sono (40,48%).

Considerando os FR para DCV, as variáveis que indicaram maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença, de acordo com o EV universitário, foram:

o consumo de álcool, sedentarismo e/ou AF insuficiente e composição de gordura corporal inadequada, respectivamente.

Correlação do Estilo de Vida com dados sociodemográficos

Tabela 6: Estilo de vida e distribuição pelas variáveis sociodemográficas

		Estilo de Vida		
		Total n	Não saudável n (%)	Saudável n (%)
Sexo	Feminino	282	145 (51,42)	137 (48,58)
	Masculino	129	56 (43,41)	73 (56,59)
	Total	411	201 (48,91)	210 (51,09)
Estado Civil	Casado	6	3 (50)	3 (50)
	Divorciado	3	2 (66,67)	1 (33,33)
	Solteiro	373	177 (47,45)	196 (52,55)
	União Estável	29	19 (65,52)	10 (34,48)
	Total	411	201 (48,91)	210 (51,09)
Renda	Não sabe	36	16 (44,44)	20 (55,56)
	< 2	42	19 (45,24)	23 (54,76)
	2 a 4	137	55 (40,15)	82 (59,85)
	5 a 8	130	76 (58,46)	54 (41,54)
	9 ou mais	66	35 (53,03)	31 (46,97)
	Total	411	201 (48,91)	210 (51,09)
Prática Religiosa	Não	129	70 (54,26)	59 (45,74)
	Sim	268	122 (45,52)	146 (54,48)
	Total	397	192 (48,36)	205 (51,64)
Religião	Adventista	1	0 (0)	1 (100)
	Católica	204	106 (51,96)	98 (48,04)
	Espírita	38	28 (73,68)	10 (26,32)
	Evangélica	137	52 (37,96)	85 (62,04)
	Nenhuma	31	15 (48,39)	16 (51,61)
	Total	411	201 (48,91)	210 (51,09)

Os resultados mostraram que a renda e a religião apresentaram diferenças na distribuição do EV. O grupo de renda entre 2 e 4 salários mínimos teve maior número de alunos avaliados como saudáveis (59,85%) que a do grupo de alunos com renda de 5 a 8, que concentrou mais universitários no grupo não saudável (58,46%), conforme tabela 6. Os testes estatísticos aplicados constataram diferenças na distribuição do EV em algum dos grupos de

renda, com significância (0,020) e grau de associação tau-c de Kendall (-0,131): o grupo de renda entre 2 e 4 é diferente do grupo de alunos com renda de 5 a 8.

Houve correlação significativa quanto a religião e estilo de vida (0,001) após os testes par a par, cuja a religião com maior frequência de universitários saudáveis foi a evangélica (62,04%). As religiões católica e espírita tiveram maior proporção de indivíduos não saudáveis. Não há dados para inferir algo sobre o grupo Adventista, uma vez que a amostra foi composta por 1 participante. O grupo de universitários com prática religiosa tiveram maior frequência em classificação saudável (54,48%) quando comparados com o grupo de não praticantes (45,74%).

As demais variáveis sociodemográficas não apresentaram variações significativas após os testes de correlação. Os homens tiveram classificação discretamente maior como saudáveis em comparação as mulheres. Os universitários divorciados e com união estável representaram um número maior de indivíduos não saudáveis com 66,67% e 65,52%, respectivamente, enquanto que casados e solteiros não apresentaram diferenças estatísticas.

Correlação do estilo de vida com ansiedade e depressão

Tabela 7: Estilo de Vida e a distribuição por níveis de ansiedade e depressão de universitários

		Estilo de Vida		
		Total	Não saudável	Saudável
		n	n (%)	n (%)
BAI	Mínimo	273	132 (48,35)	141 (51,65)
	Leve	103	48 (46,6)	55 (53,4)
	Moderado	27	16 (59,26)	11 (40,74)
	Grave	8	5 (62,5)	3 (37,5)
	Total	411	201 (48,91)	210 (51,09)
BDI	Mínimo	293	132 (45,05)	161 (54,95)
	Leve	85	47 (55,29)	38 (44,71)
	Moderado	32	21 (65,63)	11 (34,38)
	Grave	1	1 (100)	0 (0)
	Total	411	201 (48,91)	210 (51,09)

Após testes para verificar as diferenças entre a distribuição do EV por nível de ansiedade e por nível de depressão, encontrou-se evidência significativa (0,009) com grau de associação Tau-c de Kendall (-0,118), negativa fraca ou muito fraca entre o EV e níveis de depressão. Na figura 4 é apresentado o gráfico da distribuição do EV por nível de BDI.

Após associar EV com ansiedade, observou-se que os universitários com níveis mínimo (51,65%) e leve (53,4%) de ansiedade tiveram prevalência discretamente maior de EV

saudável, sendo que com níveis moderado (59,26%) e grave (62,5%) apresentaram maior prevalência de EV não saudável.

A associação feita entre depressão e EV indicou uma diminuição proporcional do EV saudável a medida que o nível de depressão aumenta, ou seja, uma possível associação linear negativa entre essas variáveis, conforme a Tabela 7.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados em relação a sexo (68,61% feminino), estado civil (90,75% solteiros), renda (33,33% entre 2 a 4 salários mínimos) e religião (49,64% católica) foram similares aos achados em pesquisas recentes de outras faculdades federais, com estudantes brasileiros de ensino superior^{14,20,21}. Corrobora com este estudo, pesquisa realizada em Minas Gerais, sobre consumo de álcool (n=474), com prevalência de mulheres (62,4%), faixa etária entre 18-25 anos (82,1%), e predomínio da religião católica (71,7%) na população de universitários dos cursos da saúde²⁰.

Constatou-se no Censo de Educação Superior, de 2014, as mulheres como estudantes mais frequentes, desde 2001, independente da modalidade de ensino; e a idade média de 21 anos dos universitários em cursos presenciais²². Esta idade marca um período de transição da adolescência para a fase adulta, com muitas mudanças no estilo de viver, em virtude da adaptação em novos contextos, novas exigências com aumento de responsabilidades e afazeres e do afastamento de casa. O mundo contemporâneo expõe jovens em formação a constantes pressões para ascender profissionalmente em troca de sucesso, independência e melhores condições financeiras²³.

O sexo e a idade são fatores de riscos não modificáveis. Nas décadas de 50-80, os homens eram considerados os mais suscetíveis à doença, no entanto, as mudanças políticas e sociais forneceram mais autonomia para as mulheres se formarem profissionalmente, representando um número maior nas universidades e mercado de trabalho. Em contrapartida, passaram a acumular mais comorbidades, sobretudo no perfil lipídico quando chegada a menopausa, e alcançam um estado mais crítico quando acometidas pelas DCV, sendo alvo de risco^{24,25}.

A idade média dos universitários pesquisados foi de 21,42 anos, a princípio fora do risco. Todavia, a faixa etária é um fator crucial para a compreensão e avaliação de risco cardiovascular. A aterosclerose começa a se formar na infância, mas sua manifestação enquanto patologia ocorre, frequentemente, em fases adultas. Pesquisas indicam que o risco para o

desenvolvimento de DCV é duas vezes maior em indivíduos com mais de 55 anos e, a cada 10 anos o risco é duplicado²⁶. Entretanto, as DCV tem se manifestado em indivíduos cada vez mais jovens dadas as exposições e acúmulos de FR em idades precoces, o que é motivo de preocupação e alerta, uma vez que jovens acometidos pela doença tem mau prognósticos^{27,28}.

Houve predomínio, quanto a renda familiar, de 2 a 4 SM (33,33%), seguida de 5 a 8 salários mínimos (31,63%), consideradas, respectivamente, média-baixa. Isto pode refletir na formação profissional, como motivação para alcançar melhorias na qualidade de vida e saúde, em contrapartida, pode ser um fator estressor que propicia consumo inadequado da saúde desses jovens. Pesquisa com 662 universitários do Nordeste, identificou como classes econômicas mais frequentes foram B (39,7%) e C (39,6%), resultados próximos dos encontrados no presente estudo e também considerados como poder aquisitivo mediano²⁹. A categoria socioeconômica, é um determinante da saúde, por agrupar fatores que podem contribuir tanto positivamente quanto negativamente¹⁷.

Da amostra geral, 28,47% dos estudantes exercia alguma atividade remunerada, incluindo emprego ou estágio, o que sugere que alguns jovens buscam atividades remuneradas para aquisição de renda, seja para se manter ou auxiliar a família. É importante ressaltar que os cursos da saúde possuem carga horária alta, com muitas práticas durante o período de formação, sobrecarga de atividades e tempo reduzido para comportamentos protetivos a saúde, como AF, horas adequadas de sono e rotina alimentar adequada.

Constatou-se o predomínio de solteiros (90,75%), enquanto que os casados ou em união estável representaram 8,52% da amostra. Considerando a idade média desta população e a fase transicional de vida, os universitários casados precisam administrar duas grandes transições: o casamento com as responsabilidades de gestão financeira e formação profissional, tendo uma piora significativa na qualidade de vida e saúde quando comparados com universitários solteiros, principalmente, em relação ao sobrepeso, inatividade física e medicamentos com potencial de abuso^{30,31,32}.

Houve predomínio de acadêmicos com religião (92,46%) católica (49,64%), seguida da evangélica (33,33%). Não ter religião foi correlacionado em estudos científicos com comportamentos de uso drogas, tabaco e álcool^{20,32}.

Os dados clínicos foram avaliados para observar possíveis diagnósticos realizados nesta população, e as doenças que apareceram com maior prevalência foram os Transtornos Psicológicos, Colesterol Alto e Outras Doenças (Gastrite e Doença Respiratória). Embora as

DVC não tenham aparecido como as mais prevalentes, os transtornos psicológicos, mesmo que não especificados neste estudo, já são frequentemente relacionados com eventos cardiovasculares tanto pelas alterações fisiopatológicas agudas e permanentes que causam no organismo dos indivíduos que as desenvolvem, quanto pela associação a comportamentos de riscos – comer em excesso, uso de substâncias psicoativas e incapacitação para atividades – que sofrem influência direta das emoções desagradáveis (ansiedade, medo, raiva, estresse, cansaço), como uma forma instantânea de aliviar o desconforto emocional e substituí-lo por prazer. Logo, os fatores psicológicos e comportamentais estão diretamente interligados à mediada que a redução da qualidade de um, afeta a qualidade do outro^{8,33,34,35}.

Os resultados encontrados na avaliação de ansiedade e depressão foram similares aos dos transtornos psicológicos (8,76%). A frequência de universitários com níveis moderados e graves de ansiedade foi de 8,52%, e de depressão 8,03%, o que indica sofrimento significativo e prejuízo da qualidade de vida, com necessidade de encaminhamento para avaliação e tratamento. Contudo, tanto a universidade quanto os serviços de saúde públicos carecem de espaço para atendimento específico desta população, sendo este um fator de atenção e ênfase deste estudo.

A ansiedade tem função adaptativa por preparar os indivíduos para situações de luta e fuga, por meio da antecipação da ameaça, o que pode vir a ser um problema quando o ambiente é percebido como excessivamente ameaçador. As alterações físicas causadas pela ansiedade se assemelham aos sintomas de DCV e são de complexa administração. É comum que indivíduos nesta fase de vida experimentem sintomas de ansiedade, mesmo que leve – 25,06% dos estudantes apresentaram nível leve de ansiedade –, mas que se não forem geridos adequadamente, poderão se configurar como um transtorno, principalmente quando comportamentos adictos e disfuncionais são selecionados para aliviar a tensão promovida pela ansiedade^{8,34,36,37,38,39,40}.

A depressão é três vezes mais frequente em indivíduos de 18-29 anos (período de vida de transições), e considerada muito nociva ao EV dos universitários por suas consequências de diminuição da qualidade de vida, maior risco de desenvolver doenças crônicas (incluído as cardiovasculares), baixa adesão a tratamentos físicos e psicológicos, associada a comportamentos adictos e risco de suicídios por comprometer a visão positiva da vida/futuro. Similarmente à ansiedade, os comprometimentos começam em níveis leves e cresce proporcionalmente a níveis moderados e graves, tendo atingido 20,68% dos universitários em

nível leve. Pesquisas indicam que ser divorciado, separado ou sem companheiro e com baixo status econômicos são fatores relacionados à depressão.^{8,39,41,42,43,44}

A segunda maior prevalência sobre os dados clínicos, referiu-se ao colesterol alto (ou dislipidemias) (8,27%) dos universitários da saúde, um fator de risco importante para o desenvolvimento das DCV. As dislipidemias podem ser classificadas, primeiramente, entre primárias – sem causa aparente – ou secundárias – decorrentes de doenças ou medicamentos e é muito importante identificar o tipo da dislipidemia apresentada, visto que a primeira recomendação ao tratamento, voltada à terapia nutricional, necessita de adequação em conformidade ao tipo apresentado. Outras medidas decorrem de mudanças no EV consoantes às medidas necessárias a prevenção de DCV: perda de peso, prática diária de AF e cessação do tabagismo^{27,45}.

E por fim, a terceira doença mais prevalente, na população deste estudo, foi classificada como outras doenças, em que as mais relatadas foram Gastrite e Doenças Respiratórias. A gastrite é uma doença ligada a hábitos inadequados de vida, como uso indiscriminado de drogas anti-inflamatórias, álcool, estresse ou por infecção por uma bactéria denominada *H.Pylori*.⁴⁶ A alta referência de doenças respiratória nessa população tem ligação com o clima tropical e a alta umidade da região Amazônica.

O Histórico Familiar de Saúde foi investigado por ser considerado um FR de grande influência para DCV e por comportar pistas importantes acerca do ambiente e comportamentos comuns da família. Os diagnósticos mais frequentes dos familiares dos participantes foram, respectivamente, hipertensão arterial, colesterol alto, diabetes mellitus e câncer. Estes resultados representaram um espelho da realidade das DCNT no Brasil e no mundo, em que as quatro doenças mais prevalentes são: as cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônica e diabetes mellitus (também relacionadas com as dislipidemias), evidenciando o risco, considerado não modificável, dos universitários^{1,4,47,48}. Sabe-se que em posse dessas informações, o indivíduo pode se beneficiar com a decisão de mudança no EV e, conseqüentemente, diminuição desses riscos. No entanto, entende-se, também, a necessidade de novas aprendizagens de cuidado com a saúde, uma vez que é grande a probabilidade de não conhecerem isso em seus espaços familiares já adoecidos^{1,49,50,51}.

O presente estudo classificou 48,91% dos universitários da área da saúde com EV não saudável, ou seja, com comportamentos propícios a causar disfunção à saúde, sobretudo a cardiovascular, foco deste estudo. A preocupação é grande, sobretudo, por se tratar de

estudantes da saúde que logo responderão pelo cuidado com a saúde de terceiros. Além disso, significa quase a metade da amostra em risco potencial de adoecimento.

Foram encontrados tanto resultados similares quanto divergentes a estes em publicações científicas e, é importantes mencionar que os resultados semelhantes advêm de estudos que avaliaram o EV por meio dos comportamentos isolados de risco para o desenvolvimento de doenças consideradas crônicas^{12,13,29,30,52,53}, enquanto que os divergentes foram encontrados em pesquisas que avaliaram o EV por meio de instrumentos específicos, que incluem comportamentos irrelevantes para o estudo em questão, como por exemplo cinto de segurança, sexo seguro e etc.^{21,22,54,31}.

As variáveis comportamentais que conferiram vulnerabilidade à saúde cardíaca da amostra em questão foram, respectivamente o consumo de álcool, a qualidade ruim de sono, sedentarismo ou AF insuficiente, composição de gordura corporal inadequada e a exposição ao tabaco. O consumo de substâncias ilícitas e dormir durante o dia (referindo-se ao hábito de trocar o dia pela noite e não regular adequadamente as fases do sono) apareceram como as variáveis menos frequentes.

O consumo de bebidas alcoólicas, comportamento de risco mais associado ao EV não saudável deste estudo, está cada vez mais prevalente entre os jovens e no meio universitário, quase que instituído como cultural a fase de transição para a vida adulta. Neste sentido, 63,02% dos participantes confirmaram fazer uso de álcool. Resultados semelhantes e até mais graves foram encontrados, com alerta ao aumento do consumo do álcool e dos padrões de consumo cada vez mais abusivos^{20,32}.

Em estudos internacionais, o consumo de bebidas alcoólicas foi similarmente sinalizado como um comportamento preocupante pela magnitude com que se apresenta no meio universitário. Uma pesquisa com estudantes da Bolívia indicou tolerância e permissividade ao consumo de álcool nos homens e, correlacionou esta constatação a perda de valores e habilidades importantes no período de formação, como o autocuidado, autorrespeito, capacidade de reflexão e responsabilidades⁵⁵.

Foram investigados acerca do consumo de álcool, 926 universitários da saúde – como profissionais, serão responsáveis em transmitir, por meio da abordagem educacional, noções básicas do cuidado com a saúde –, dos quais 84,7% consumiram bebidas alcoólicas, nos 12 meses anteriores a coleta de dados²⁴. O alto índice do uso de álcool, também, apareceu em uma

amostra de acadêmicos da saúde (71,5%), de Minas Gerais, dos quais 15,6% praticavam *binge drinking* – expressão usada para definir o uso episódico excessivo de álcool, compreendida por cinco ou mais doses para homens e quatro doses para mulheres^{20,56}.

Dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa, 22,74% indicaram o consumo de bebidas alcoólicas ≥ 5 doses, padrão de consumo caracterizado pela prática *binge drinking*. Embora haja indícios de que esse grupo de universitários tenham informações ou conhecimento acerca dos efeitos danosos do uso/abuso do álcool, isso não é suficiente para a mudança comportamental. Supõem-se que isto se deva ao alívio imediato que causa ao indivíduo que experimenta sensações emocionais desagradáveis, ou seja, o efeito final de relaxamento tem maior valência que a ansiedade produzida pela antecipação das consequências prejudiciais do uso.

No entanto, o que foge à análise desses jovens é o fato de que os prejuízos não são somente fisiológicos e socioeconômicos (dependência, direção sob efeitos de álcool, maiores chances de comportamento sexual desprevendo e etc.), mas psicológicos, uma vez que existe a possibilidade de queda no desempenho acadêmico, aumentando a probabilidade de novos problemas e, por fim, mais consumo de álcool para alívio emocional.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LNPAD) investigou a prevalência de consumidores de bebidas alcoólicas em adultos brasileiros (maiores de 18 anos) e a prevalência foi de 50% de consumidores de bebidas alcoólicas, com predomínio do sexo masculino (68%)⁵⁷. A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), publicou, em 2010, o I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileira e entre os achados mais relevantes indicou que o consumo de tabaco álcool e outras drogas é mais frequente entre os universitários que na população em geral⁵⁷.

Por sua toxicidade o álcool tem prioridade metabólica para desintoxicação imediata no organismo e alterações como o aumento na PA e dos triglicerídeos plasmáticos concomitante a depressão do sistema nervoso central gera um gasto energético significativo⁵⁸. Em consumo abusivo, as bebidas alcoólicas associam-se a um maior risco cardiovascular, tendo em vista seus efeitos hemodinâmicos complexos, que causam vasodilatação e aumento da PA na fase inicial, seguida por uma queda sustentada, efeito é nomeado de bifásico⁵⁹. O início precoce do consumo de bebidas alcoólicas aumenta o risco de desenvolver dependência, principalmente, nesta fase do desenvolvimento em que ocorre a maturação de parte importante da personalidade do indivíduo^{57,60,61,62}.

O segundo fator com maior influência para o alto score de EV não saudável dos estudantes foi a qualidade ruim do sono. Embora este não seja um fator de risco comprovado para DCV, vem sendo apresentado em estudos como fator de vulnerabilidade, visto sua forte associação com mortalidade por DCV. O sono apresenta uma relação íntima com a saúde, uma vez que tanto influencia como é influenciado por ela. Além de ser regulador das funções orgânicas, está relacionado a diversas alterações em funções metabólicas, psicológicas e imunológicas se em quantidade/qualidade insuficiente²⁹.

Os comportamentos e hábitos de vida interferem significativamente na qualidade do sono, sobretudo o consumo de álcool e tabaco, conforme estudo realizado com 662 universitários que buscou a correlação entre a qualidade do sono e indicadores de saúde, em que a má qualidade do sono foi prevalente em 96,4% da amostra. Ainda, esse estudo indicou que o período na universidade é relacionado a quantidade insuficiente de sono, consumo de substâncias (álcool, energéticos e cafeína) e padrão alimentar que alteram as funções do sono²⁹. Outro estudo sobre EV relacionado à saúde de universitários apontou a importância de conhecer os alimentos que deixam o cérebro mais ativos (ovos) e os que tendem a diminuir sua performance e qualidade do sono (sanduíches, salgadinhos e refrigerantes)⁶³.

O sedentarismo foi o terceiro fator que mais indicou vulnerabilidade à saúde cardiovascular neste grupo, o que indica necessidade de intervenção imediata para modificação deste comportamento. A prevalência foi de 43,31% dos participantes, índice similarmente apresentado e muitas pesquisas realizadas com universitários^{10,22,29,53,52}. Além de ser fator potencializador de muitas doenças – cardiovasculares, obesidade, DM, dislipidemias, HAS, transtornos psicológicos, demências, neuromusculares e etc. –, o indivíduo sedentário não é, em nenhuma hipótese, considerado saudável, mesmo com ausência de sinais e sintomas clínicos de doenças, pois o funcionamento fisiológico se encontra disfuncional, fato agravante do estado geral de saúde^{64,65}.

O EV sedentário está difundido no dia-a-dia dos jovens, especialmente dos universitários. Um estudo realizado em uma universidade federal do Piauí, sobre a análise do sedentarismo em estudantes universitário, encontrou alta prevalência de sedentarismo. A investigação agrupou 101 universitários, com idade média de 21,4 anos e 71,3% do sexo feminino. O resultado apontou que 77,2% (n=78) dos universitários estavam sedentários, dos quais 79,4% (n=50) em estudantes do primeiro ano¹⁴.

Os dados acerca do sedentarismo, tanto no presente estudo, quanto em outros com universitários brasileiros, refletem o cenário mundial de sedentarismo entre universitários. Um estudo realizado na Malásia mostrou que 53% dos acadêmicos não praticavam atividades físicas regulares e na busca de dados mundiais referenciou diversos países como Arábia Saudita, China, Canadá, Estados Unidos, inclusive o Brasil, como países cuja população universitária é em grande parte sedentária⁶⁶.

Outro estudo que buscou avaliar o EV e o estado nutricional de estudantes ingressantes de cursos da área saúde, em Pernambuco, mostrou que, em geral, eles não apresentam um EV saudável e que a AF regular é um importante protetor da saúde. Os jovens universitários que conhecem os benefícios da AF e alimentação adequada apresentam melhores hábitos que jovens que não estudam, no entanto, ainda estão longe de uma vida saudável. Neste estudo, 73,8% dos ingressantes dos cursos da saúde estavam sedentários ou com AF insuficiente. Os acadêmicos de Educação Física apresentaram hábitos de vida mais saudáveis que os outros cursos da saúde, dado similarmente encontrado nesse estudo¹². Diferente do estudo supracitado, outro estudo aponta que a frequência e intensidade de AF é menor a medida que o tempo de ingresso na graduação aumenta⁶⁷. Os estudos que envolvem avaliação do sedentarismo referem a necessidade de incentivo ativo de AF nesta fase de vida marcada por transições e composições de novos hábitos. As diferenças relativas a frequência de AF encontradas nos estudos se devem aos cursos e áreas de graduação dos acadêmicos avaliados e presume-se que os acadêmicos da saúde tendem a melhorar os comportamentos com o avançar dos períodos estudados.

Mudanças do EV sedentário para um ativo são prementes à melhora da qualidade de vida e prevenção cardiovascular. As altas prevalência apontam a necessidade de políticas públicas visíveis e acessíveis a toda população brasileira. O fato é que não há outra forma de alcançar os benefícios do exercício físico, senão, por ele mesmo e enfatizam que este é barato, seguro – desde que adequadamente acompanhado por um profissional de Educação Física –, recomendável por profissionais de saúde e capaz de reduzir significativamente a necessidade de medicamentos⁶⁵.

O sedentarismo e os hábitos alimentares estão associados com o acúmulo de gorduras, sobrepeso e obesidade, todos relacionados ao desenvolvimento de dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensão arterial, todas relacionadas às DCV. Nesta pesquisa, a Composição de gordura corporal inadequada apareceu como o quarto fator que mais influenciou os resultados negativos do EV. É importante citar que a obesidade tem etiologia multifatorial das quais

encontram-se fatores genéticos, comportamentais, emocionais e ambientais – considerando tanto a oferta de alimentos no ambiente quanto os estressores ambientais^{68,69}.

Apesar dos estudos realizados dentro das universidades sobre a importância da alimentação saudável para aquisição de saúde contribuírem, ainda é escassa a oferta de condições para a praticá-la, tanto no âmbito nacional quanto internacional⁶⁹. Na presente pesquisa, foram altos os índices de sobrepeso (18,38%) e obesidade (5,15%). Presume-se que os estudantes fazem muitas alimentações no campus universitário, condicionados ao que lhes é oferecido e embora não tenha sido avaliado nessa pesquisa o padrão alimentar, evidencia-se por meio do estado nutricional avaliado e dos resultados de outras pesquisas que a maioria dos universitários tem um consumo alimentar inadequado^{12,13,70}.

Alimentos calóricos e pouco nutritivos estimulam áreas cerebrais ligadas ao prazer e recompensa, de forma imediata, o que gera sensação de prazer e, conseqüentemente prejudica a saúde. Muitos universitários acabam por fazer o uso deste recurso para lidar com as emoções produzidas pelos estressores ambientais em detrimento dos prejuízos à saúde. Uma investigação sobre comportamento alimentar e vinculação, com jovens adultos, evidenciou que indivíduos com perfil de vinculação ansioso e com baixa confiança nos outros tendem a comportamentos alimentares inadequados, indicando a relação direta entre ansiedade (regulação emocional) e alimentação⁷¹.

O consumo do tabaco, apesar de pouco referido nas duas formas de inquirição como fumante ativo (2,43% ocasionalmente e 0,49% diariamente) e passivo (11,68%), foi o quinto fator de maior influência no EV não saudável. Obteve-se a informação de que 10,71% dos participantes abandonaram o hábito de fumar. O Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), mobilizou grandes esforços para cessão tabagista no Brasil, e como resultado, houve uma diminuição considerável no consumo do tabaco entre os anos de 1989 (34,8%) e 2009 (17,4%), com tendência a manter o declínio gradativamente, por meio da expansão e manutenção dessas políticas antitabagistas⁷².

A publicação mais recente do VIGITEL (2013) mostrou que, no Brasil, a frequência total de fumantes em indivíduos maiores de 18 anos foi de 11,3%, com prevalência em indivíduos do sexo masculino, com menos de 25 anos e mais de 65 anos. Os anos de escolaridade influenciaram o hábito de fumar: indivíduos com até 8 anos de escolaridade tinham prevalência até duas vezes maior que outros com 12 anos ou mais de estudo. Os ex-fumantes representaram 22%, com representatividade amostral similar a dos fumantes no que tange o

sexo e a escolaridade, mudando apenas na idade, visto que a iniciativa de cessar o tabagismo aumenta com a idade. A frequência de fumantes passivos no domicílio, no país, chegou a 10,2%, com maior constância em jovens nos dois sexos⁵⁵.

Comparando os resultados desta pesquisa com a realizada nacionalmente, o número de universitários não fumantes foi bem inferior, o que se deve ao fato de possuírem mais de 12 anos de escolaridade, com estudo específico voltado a saúde e aos efeitos deletérios do cigarro. Ainda, o consumo do cigarro, utilizado anteriormente como recurso para alívio de desconforto emocional, como a ansiedade, raiva e solidão, pode ter sido substituído por outros comportamentos de mesma finalidade, como consumo de bebidas alcoólicas, drogas (incluindo medicamentos e as ilícitas), também prejudiciais à saúde⁵⁵.

O uso de substâncias ilícitas referido na população estudada (2,44%) foi baixo e consoante ao apresentado em outras literaturas^{14,32}. Todos os comportamentos que envolvem consumo de substâncias químicas são referenciados como recursos de alívio imediato para sensações emocionais dolorosas e situações estressantes e ansiogênicas, causando o condicionamento que leva a dependência física e psicológica com graves prejuízos à saúde do indivíduo e à economia mundial²⁰.

Quanto a classificação do EV por cursos, observou-se que os cursos de Enfermagem e Medicina concentraram mais alunos classificados como não saudáveis e na Educação Física os universitários mais saudáveis. Embora não haja uma explicação com plausibilidade científica para explicar tal fenômeno, supõem-se que isto se deva a cultura do curso em se tratando de sucesso na formação profissional. Enquanto que na Educação Física a competência e desempenho é avaliado pela forma física do profissional, na Enfermagem e Medicina valoriza-se o tempo de dedicação destinado ao trabalho, como dedicação quase que integral, mesmo que isso traga altos custos a saúde desses indivíduos. Há evidências que acadêmicos de Nutrição e Educação Física possuem estilos de vidas mais saudáveis que outros estudantes da área da saúde, indicando que variáveis como o tempo, cultura e ambiente de formação pode ser crucial para aquisição de hábitos mais saudáveis de saúde.

As correlações realizadas com EV e variáveis psicológicas apresentaram resultados interessantes, que confirmam a necessidade atenção prioritária à saúde mental. Quanto a avaliação da ansiedade, os grupos com ansiedade mínima e leve reuniram mais indivíduos saudáveis, o que pode ser indicativo da ansiedade funcionando como uma emoção que direciona a ação. Todavia, o agrupamento de indivíduos com ansiedade moderada e grave mostram a ansiedade em nível disfuncional, com prejuízo significativo na seleção de comportamentos de

saúde. No que tange a avaliação de sintomas de depressão, o resultado indicou que quanto mais grave os sintomas de depressão, maior o agrupamento de EV não saudável, com comportamentos inadequados de saúde.

CONCLUSÕES

De maneira geral, todos os comportamentos do EV estão inter-relacionados, de forma que um altera a qualidade do outro simultaneamente, como também os fatores emocionais importantes para a qualidade de vida e formação pessoal e profissional desses indivíduos. A produção científica na área aponta sempre a necessidade de elaborar e instituir medidas de prevenção de doenças e cuidados à saúde dos jovens universitários, o que é muito importante, pois este estudo indica que o ambiente contribui para a seleção de comportamentos de saúde, seja por dispor de espaços e condições para práticas saudáveis de AF, alimentação e até oferta de conhecimento, quanto para reforçar culturalmente hábitos adequados de saúde.

Programas e ações que fomentam um EV saudável configuram um investimento público adequado, sobretudo ao nível de responsabilidade social e educacional da universidade, considerando, que estilos de vidas não saudáveis podem comprometer a qualidade da aprendizagem e produtividade pessoal e profissional.

É importante ressaltar que parte dos comportamentos do EV que indicam vulnerabilidade a saúde cardiovascular estão associados a uma forma rápida de buscar regulação emocional, alívio e prazer diante das dificuldades vivenciadas no período de formação universitária: consumo de álcool, composição de gordura corporal inadequada, consumo de tabaco e drogas. Enquanto que os outros comportamentos qualidade ruim de sono e sedentarismo podem estar associados tanto como causa quanto como consequência dos outros comportamentos.

Sugere-se como uma ação eficaz para reduzir os agravos a saúde desta população, o investimento em serviços de saúde mental, para que os universitários possam aprender sobre como cuidar das emoções intensas e desconfortáveis inerentes às mudanças desta fase de vida, de forma instruída e proficiente, entendendo como se dá a escolha de comportamentos e hábitos de vida, sem que procurem prazer imediato, com acúmulo de danos e malefícios a saúde. A cultura do imediatismo, prático e rápido que exigem uma formação potencializada é a mesma que impede a efetividade de adoção de um EV saudável e valores como esses precisam ser

revistos e incluídos cuidados com à saúde mental nas diretrizes e planos de cuidado com a saúde⁷³.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Simão A, Précoma D, Andrade J, Correa Filho H, Saraiva J, Oliveira G, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Brasileiro Cardiologia, 2013; 101(6), 1-63.
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Genebra (Suíça): OMS; 2013.
4. Goulart F. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. Pellanda L. Trajetórias da Saúde Cardiovascular: Epidemiologia do Curso de Vida no Brasil. Editorial. Arq Brasileiro de Cardiologia, 2014; 102(5), 418-419.
6. Lúcio J. *Representações Sociais de adultos jovens que vivenciam a Doença Aterosclerótica Coronariana, 2006*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
7. Barreto S, Passos V, Giatti L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. Rev Saúde Pública, 2009; 43(2), 9-17.
8. Rozanski A, Blumenthal J, Davidson K, Saab P, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. Journal Am Coll Cardiol., 2005; 45(5), 637-651.
9. Hayasida N. *Intervenção cognitivo-comportamental pré e pós cirurgia de revascularização do miocárdio, em Manaus/AM*. Tese de Doutorado não publicada. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2010.
10. Rollnick S, Miller W, Butler C. Entrevista motivacional no cuidado da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.
11. Joia L. Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. Revista Movimenta. Goiânia, 2010; 3(1), 16-23.
12. Paixão LA, *et al.* Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do recife/PE. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2010; 15(3), 145-150.
13. Petribu MMV, *et al.* Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. Rev. Nutr., Campinas. 2009; 22(6), 837-846.

14. Franca C, *et al.* Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3), 420-7.
15. Teirxeira MAP, *et al.* Adaptação à universidade em jovens calouros. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional.* 2008; 12(1): 185-202.
16. Cunha J. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
17. Rodriguez-Añez CR, *et al.* Versão Brasileira do Questionário "Estilo de Vida Fantástico": Tradução e Validação para Adultos Jovens. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(2): 102-109.
18. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
19. Lima AC, *et al.* Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em universitários: associação com variáveis sociodemográficas. *Rev Latino-Am. Enfermagem,* 2014; 22(3), 484-90.
20. Nunes J, *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. *Rev Psiq Clín.* 2012; 39(3): 94-9.
21. Santos JJA, *et al.* Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. *ABCS Health Sci.* 2014; 39(1), 17-23.
22. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [Internet]. Brasília: Inep, Censo de Educação Superior, 2013. [Atualizado 09 de setembro 2014; citado 15 de outubro de 2016]. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/visualizar/-/asset_publisher/6AhJ/content/matriculas-no-ensino-superior-crescem-3-8
23. Mendes F, *et al.* Vulnerabilidades em saúde: o diagnóstico dos calouros de uma universidade Portuguesa. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2014; 23(1): 74-82.
24. Santos VP, *et al.* Diferenças entre gênero em pacientes com isquemia crítica por doença arterial obstrutiva periférica. *J Vasc Bras,* 2013.
25. Gravina CF, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(3), 1-112.
26. Nascimento-Neto RM. Atlas coração do Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005.
27. Gama G, Mussi F, Pires C, Guimarães A. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Ciência e Saúde Coletiva,* 2012; 17;(12), 371-83.
28. Scherr, C. Ribeiro, J. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Considerações sobre a realidade brasileira. *Arq BRas Cardiol,* 2009; 93(3), 54-56.
29. Araújo MF, *et al.* Indicadores de saúde associados com a má qualidade do sono de universitários. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(6), 1085-92.
30. Silva DAS, *et al.* Associação do sobrepeso com variáveis sociodemográficas e estilo de vida em universitários. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(11): 4473-4479.
31. Quintino PL, *et al.* Estágios de mudança de comportamento para atividade física em universitários e fatores sociodemográficos associados. *Rev Bras Educ Fís Esporte, São Paulo.* 2014; 28(2), 305-314.
32. Silva LVE, *et al.* Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(2), 280-8.
33. Roest AM, Martens EJ, Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease. *Journal Am Coll Cardiol,* 56(1), 38-46.

34. Frasura-Smith N, Lespérance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65, 62-71.
35. Huffman, Jeff C., Christopher M. Celano, Scott R. Beach, Shweta R. Motiwala, and James L. Januzzi. 2013. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2013.
36. Clark D, Beck A. *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2012
37. Stallard P. *Ansiedade: Terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens*. Porto Alegre: Artmed, 2010
38. Chagas M, Linares I, Crippa J. Transtorno de Ansiedade Social. In: Nardi A, Silva A, Quevedo J. (Org.). *Programa de Atualização em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011.
39. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
40. Fonseca F, *et al.* A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2009; 58(2), 128-134.
41. Bromet E, *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 2011; 90(9).
42. World Health Organization. *Depression. Media Centre Fact Sheet*, n.369. WHO, Geneva, Switzerland; October 2015.
43. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2011; 7(1).
44. Celano C, Huffman J. Depression and Cardiac Disease. *Cardiology in Review*, 2011; 19(3).
45. Xavier HT, *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*, 2013; 101(4).
46. Mata DR. *et al.* Helicobacter Pylori e a Gastrite: um estudo retrospectivo. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, TrÊs Corações*. 2016; 14(2). 697-706.
47. Duncan B, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista Saúde Pública*, 2012; 46(1), 126-134.
48. Mansur A, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2012, 99(2), 755-761.
49. O'donnell C, Elosua R. Cardiovascular risk factors. Insights from Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol.*, 2008; 61(3), 299-310.
50. Máximo EAL, *et al.* Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. *Saúde Soc. São Paulo*. 2014; 23(2), 651-663.
51. Malta D. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade. *Revista de Saúde Coletiva: Editorial*. Rio de Janeiro, 2014; 19(1), 4.
52. Gasparotto GS, *et al.* Associação entre fatores sociodemográficos e o nível de atividade física de universitários. *Rev Bras Ciência e Movimento*. 2013; 21(4): 30-40
53. Gasparotto GS, *et al.* Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(3), 08 telas.

54. Leite TRA, *et al.* Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2011; 27(9), 14-20.
55. Cabello N, Silva E. Opinión de universitarios bolivianos sobre el uso de alcohol en el contexto universitario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* 2011; 19, 699-706.
56. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* 2013.
57. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. *I Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.* Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo, UNIFESP. 2014
58. Andrade A, Silveira C. Problemas comportamentais ligados ao uso de álcool. *Revista USP,* São Paulo, 2012; 96, 8-22.
59. Silva A, *et al.* Repercussão cardiovascular com e sem Álcool, do Carbonato de Lodenafila, um novo inibidor da PDE5. *Arq Bras Cardiol.,* 2010; 94(2), 160-167.
60. Hingson RW, Zha W. Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics,* 2009; 123, 1477-84.
61. Santos DR, *et al.* III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia;* 2001; 77(3), 1-48.
62. Zucker RA. Anticipating problem alcohol use developmentally from childhood into middle adulthood: what have we learned? *Addiction,* 2008; 103(1), 100-8.
63. Santos JFS, Alves VS. Perfil do estilo de vida relacionado à saúde dos acadêmicos da Unicentro, Campus Irati, PR. *Revista Digital - Buenos Aires.* 2009; 13(129), 1-13.
64. Vitorino P, *et al.* Prevalência de estilo de vida sedentários entre adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2014, 27(1), 166-171.
65. Gualano B, Tinucci T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Rev.Bras. Educ. Fís. Esporte,* São Paulo, 2011; 25, 37-43.
66. Al-Naggar R, Bobryshev Y, Noor N. Lifestyle practice among Malaysian University Students. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* 2013; 14(3), 1895-1903.
67. Fontes ACD, Viana RPT. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste – Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(1): 20-29.
68. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.*
69. Ratner R, *et al.* Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. *Rev Med Chile* 2012; 140, 1571-1579.
70. Gasparotto GS, *et al.* Fatores de risco cardiovascular em universitários comparação entre sexos períodos de graduação e áreas de estudo. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2013; 46(2), 154-63.
71. Frutuosa FASPC. *Influências das dimensões de vinculação sobre a regulação emocional e comportamento alimentar nos jovens adultos* [dissertação]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2015.

72. Schmidt M, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet Series*, 2011; 4, 61-74.

Apêndice 1

Pontuações da Escala de Estilo de Vida

Tabaco	Resposta	
	Sim	Não
Fumou no passado	-1	0
Fumo passivo	-1	0
Fuma atualmente	-2	0

Álcool	Dose			
	0	1-4	5-6	>7
Nunca	0	0	0	0
Raramente	0	-1	-1	-2
Ocasionalmente	0	-1	-2	-3
Frequentemente	0	-2	-3	-3

I.M.C.	C.A.		
	Homem	94-102	>102
	Mulher	80-88	>88
Baixo Peso	0	0	0
Peso Saudável	0	+1	-1
Sobrepeso	0	+1	-1
Obesidade	0	-2	-2

Drogas	Resposta	
	Sim	Não
Usa uma	-1	0
Usa mais de uma	-2	0

Atividade Física	Resposta
	Sim
Sedentário	-1
1 – 2 por Semana	0
3 – 4 por Semana	+1
5 ou mais por Sem.	+2

Turno do Sono	Resposta
	Sim
Manhã e Tarde	0
Noite	+1

Boa qualidade do sono	Resposta
	Sim
Nunca ou Quase Nunca	-2
Raramente	-1
Frequentemente/Sempre	+1

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, procurou-se investigar os fatores do estilo de vida que vulnerabilizam a saúde cardiovascular de universitários das áreas da saúde. O período de formação profissional envolve muitas mudanças físicas, sociais, emocionais e comportamentais da vida de um indivíduo, como uma forma de adaptar-se as novas exigências e responsabilidades desta fase. No entanto, a falta de maturidade, conhecimento, recursos e habilidades para lidar com situações geradoras de estresse, inerentes a esta etapa, pode comprometer significativamente a qualidade da formação e prejudicar a saúde desses jovens a curto e longo prazo. Tendo em vista a preocupação mundial com a morbimortalidade das DCV e esforços governamentais para prevenção e diminuição da incidência, buscou-se identificar os fatores do estilo de vida de jovens universitários da saúde que os vulnerabilizam para o desenvolvimento de DCV, uma vez que estas doenças se formam progressivamente por meio de comportamentos de riscos cultivados ao longo da vida.

Os resultados encontrados permitiram responder, satisfatoriamente, aos objetivos aqui propostos. O primeiro objetivo específico, de encontrar dados na literatura científica que indicassem quais os comportamentos do estilo de vida universitário representativos de risco à saúde, identificou que o sedentarismo, alimentação inadequada e consumo regular e excessivo de bebidas alcólicas foram os principais, respectivamente. Os estudos encontrados na revisão de literatura apontaram que políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de doenças são estratégias que precisam ser efetivamente instituídas para resolução desses problemas.

Os objetivos subsequentes compreenderam identificar em universitários das áreas da saúde as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais do estilo de vida, avaliar níveis de ansiedade e depressão, analisar o estilo de vida a fim de identificar quais as variáveis que sugerem vulnerabilidade a DCV e correlacionar os níveis de ansiedade e depressão com o estilo de vida. Os resultados do estudo empírico apontaram como fatores mais vulneráveis à saúde cardiovascular dos acadêmicos foram consumo excessivo de bebidas alcoólicas, qualidade ruim de sono, sedentarismo, massa corporal inadequada e consumo de cigarros de tabaco e drogas. Identificou-se, também, a existência de correlação dos níveis de ansiedade e depressão com o estilo de vida, aspecto diferencial desta pesquisa.

Apesar da literatura sobre estilo de vida universitário indicar a utilidade em informar os períodos cursados pelos alunos, a fim de correlaciona-los com o conhecimento adquirido e fase de desenvolvimento humano, não se priorizou a divulgação destes dados, em virtude do interesse de selecionar proporcionalmente a amostra.

A maioria dos estudos sobre estilo de vida de estudantes universitários sugeriu implementação de programas nas universidades com intuito de acompanhar, educar, conscientizar, intervir na mudança comportamental ou disponibilizar serviços que amparem a saúde dos jovens universitários. No entanto, mesmo com estudos produzidos há 10 anos, a instituição de tais programas é baixíssima, ao passo que as prevalências de risco continuam a crescer e os universitários estão cada vez mais expostos e suscetíveis ao adoecimento.

Nesta pesquisa, percebeu-se a necessidade de intervenções voltadas à saúde psicológica, como visto que os comportamentos de riscos podem ser influenciados e mantidos por contingências ambientais que incluem todo este cenário de mudança e adaptação desta fase de vida. O fato de serem jovens sem sinais e sintomas físicos de adoecimento aparente, não significa que a instalação de DCV não se iniciou.

Estas informações são convites explícitos para a realização de outros estudos que investiguem a existência de programas que atendam às necessidades dos universitários – grupo de grande expansão social e prósperos ao acompanhamento, cuidado e atenção de suas necessidades – e que avaliem a eficácia desses investimentos dirigidos para esta população. Os profissionais de saúde e educação devem utilizar o conhecimento adquirido para facilitar a formulação de novas estratégias para minimização e solução parcial da incidência das DCV e de outras que se iniciam e manifestam nesse estágio da vida.

APÊNDICES

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Estilo de Vida de Jovens Universitários da Saúde e o Desenvolvimento de Doenças Cardíacas**” A pesquisadora **Sthefany Ramayane de Araújo Flor** pede autorização para coletar informações que irão ajudar na realização das atividades do Projeto de Pesquisa: “**Estilo de Vida de Jovens Universitários da Saúde e o Desenvolvimento de Doenças Cardíacas**”. O (A) Sr. (Sra.) será entrevistado (a), e responderá alguns questionários, com perguntas para assinalar, que exigem pensamento, sobre seu estilo de vida e dados de sua vida em geral. Não se espera causar nenhum desconforto ou risco, podendo esta tarefa ser interrompida a qualquer momento visando o seu bem-estar. Caso haja algum desconforto a pesquisadora estará apta a intervir, interrompendo ou contornando a atividade e realizando o acolhimento, atendimento psicológico ou encaminhamento a um serviço capacitado para tal, a fim de evitar ou reverter qualquer risco e incômodo (Policlínica Castelo Branco, Parque 10, aos cuidados do responsável pelo serviço de psicologia). O seu nome não será divulgado e as informações obtidas são de caráter sigiloso, utilizados apenas para fins científicos.

Declaro conhecer e informo o fato de que esta pesquisa irá garantir indenização aos participantes da pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais será exigido dos participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Se depois de consentir em sua participação, o (a) Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Av. Rodrigo Otávio, 4200, Bairro Coroado – Campus Universitário – Setor Sul – Faculdade de Psicologia – Bloco X, ou pelos telefones (92) 3305-4127, 3305-4129 e 92091983, 81264885. Poderá ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento após–informado:

Eu, _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente dou meu consentimento para inclusão como participante da pesquisa e atesto que me foi entregue uma cópia desse documento.

Assinatura

Participante voluntário

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

Aluna Pesquisadora
Sthefany Ramayane de Araújo Flor

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO
LABORATÓRIO DE INTERVENÇÃO EM CIÊNCIAS COGNITIVAS



Protocolo N° _____ **Data:** ___/___/___ **Duração da entrevista:** _____ **min.**

Entrevistador: _____ **Curso/Período:** _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Sexo: F M Idade: _____ anos Data de Nascimento: ___/___/___

Naturalidade _____

Desde quando reside em Manaus (caso não seja natural desta cidade): _____

Estado Civil:

Solteiro União Estável Casado
 Divorciado Viúvo Outros: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone(s): _____ Próprio Recado com: _____

Email: _____

Escolaridade: _____ Curso: _____ Período: _____

Renda familiar:

- Menor que 2 salários mínimos
 Entre 2 a 4 salários mínimos
 Entre 5 a 8 salários mínimos
 Acima de 9 salários mínimo
 Não sabe referir

Religião: Praticante Não Praticante

- Católica Evangélica Espírita Testemunho de Jeová
 Umbanda Candomblé Judaísmo Adventista
 Outras: _____

1.1 Atualmente, está empregado (estágio remunerado)? Sim Não

Profissão: _____

Função: _____

1.2 Tem mais de um emprego (estágio remunerado)? Sim Não Quantos? _____

1.3 Jornada diária de trabalho: _____ horas.

Jornada diária de estudo: _____ horas.

4.3 No dia em que bebe, quantas doses, em média, você ingere? (1 dose - Cerveja = 1 lata; Vinho = 1 taça; Destilado = 1 dose).

- 1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7, 8 ou 9 10 ou mais.

5. SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

5 Atualmente, você faz uso de substâncias ilícitas?

- Diariamente Ocasionalmente Não Usa

5.2 No passado, você usou substâncias ilícitas?

- Diariamente Ocasionalmente Não usou

5.3 Em caso de resposta AFIRMATIVA ao uso de substâncias ilícitas, quais os tipos que você faz ou fazia uso?

- Maconha Cocaína Heroína LSD
 Ecstasy Ópio Crack Outras: _____

6. HÁBITOS

6.1 Você pratica atividade física? Sim Não

6.2 Em caso de resposta AFIRMATIVA, quantos dias na semana?

- 1 a 2 dias/ semana 3 a 4 dias/semana 5 ou mais dias/semana

6.3 Quantas horas de sono, REALMENTE você costuma ter? _____ horas.

6.4 Em qual turno GERALMENTE você dorme? Manhã Tarde Noite

6.5 Com que frequência você dorme bem e sente-se descansado:

- Sempre
 Frequentemente
 Raramente
 Nunca ou Quase Nunca

6.6 Com que frequência você vai a consultas médicas?

- Semanalmente Mensalmente Semestral
 Anualmente Nunca

7. HISTÓRICO DE SAÚDE

7.1 Você já foi diagnosticado com alguns desses problemas de saúde?

- Diabetes *Mellitus* Hipertensão Arterial Obesidade
 Colesterol Alto Etilismo Tabagismo
 Transtorno Emocional Doença Cardiovascular Câncer Não sabe
 Outras: _____ Não foi diagnosticado

7.2 Alguém da sua família já foi diagnosticado com alguns desses problemas de saúde?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes <i>Mellitus</i> | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Obesidade |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Transtorno Emocional | <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | <input type="checkbox"/> Não foi diagnosticado |

APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Gabinete da Pró-Reitoria



TERMO DE ANUÊNCIA

Na qualidade de representante legal da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Instituição Federal do Ensino Superior, estabelecida na Av. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 6.200, Coroado – Manaus – AM, eu, **Prof. Dr. Gilson Vieira Monteiro**, Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação, declaro apoiar e ter interesse no desenvolvimento do projeto da mestranda da Faculdade de Psicologia (FAPSI), **Sthefany Ramayane de Araújo Flor**, que tem por título: *“Estilo de vida de jovens universitários da saúde e o desenvolvimento de doenças cardíacas”*.

O referido projeto será orientado pela **Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida**, professora da FAPSI, e terá a colaboração de alunos dos cursos das áreas de saúde, que demonstrarem interesse em participar do questionário.

Manaus, 02 de maio de 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Prof. Dr. Gilson Vieira Monteiro
Pró-Reitor

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE INFORMAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que os resultados desta investigação serão mantidos em sigilo, preservando a identidade dos participantes com nomes fictícios.

Sthefany Ramayane de Araújo Flor

Manaus - Amazonas

2017

**APÊNDICE E – DECLARAÇÃO SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL
E/OU DADOS COLETADOS**

Eu, Sthefany Ramayane de Araújo Flor, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, declaro que o material e/ou dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização do projeto de pesquisa apresentado sob o título “Estilo de Vida e Saúde Cardíaca de Jovens Universitários da Saúde”.

Sthefany Ramayane de Araújo Flor

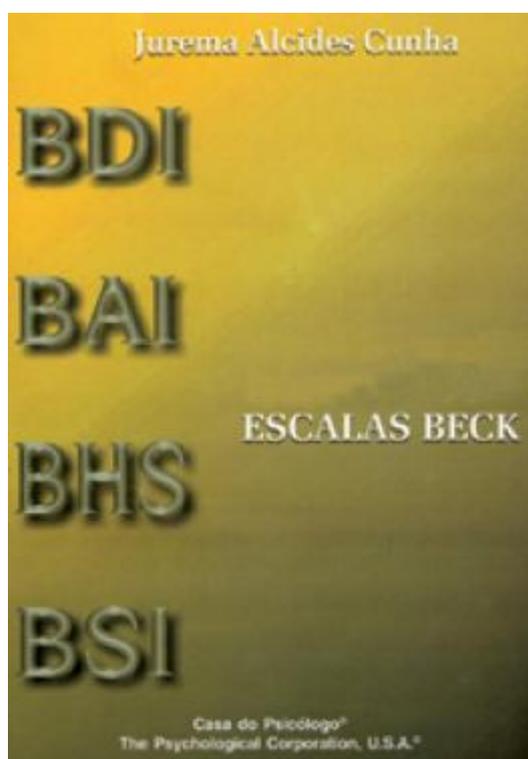
Manaus - Amazonas

2017

ANEXO

ANEXO A – ESCALAS BECK DE ANSIEDADE (BAI)

ANEXO B – ESCALAS BECK DE DEPRESSÃO (BDI)

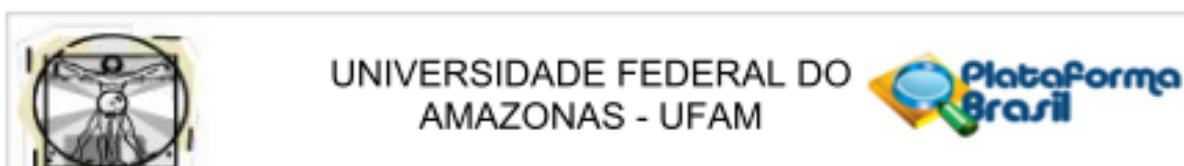


Instrumentos de Uso Exclusivo do Psicólogo

(Resolução CFP Nº 002/2003)

Reprodução Proibida

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTILO DE VIDA DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS DA SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Pesquisador: STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 56651216.0.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.737.731

Apresentação do Projeto:

Protocolo de pesquisa na quarta versão. Na terceira versão ainda estava faltando o termo de anuência da Faculdade de Odontologia da UFAM, que não foi incluída na metodologia da atual versão.

Pesquisador Responsável: STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as vulnerabilidades de jovens universitários da saúde a doenças cardíacas a partir da análise do estilo de vida.

Objetivo Secundário:

Descrever as variáveis sociodemográficas e comportamentais do estilo de vida dos jovens universitários da área da saúde; Avaliar as variáveis do estilo de vida que sugerem vulnerabilidade a doença cardíaca; Avaliar níveis de ansiedade e depressão de jovens universitários da saúde; Correlacionar os níveis de ansiedade e depressão com o estilo de vida de jovens universitários da saúde.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.737.731

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo-quantitativo, de corte transversal, composto por jovens universitários da área da saúde matriculados em cursos da de saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina), de uma universidade pública do estado do Amazonas. O universo considerado abrange 2.013 universitários da saúde. A amostra será composta de 325 universitários da saúde. Os instrumentos utilizados serão: o

Questionário sociodemográfico, o Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI e BDI). Posteriormente os dados coletados serão submetidos aos programas estatísticos Excel 2013 (Microsoft Office Enterprise) e Statistic Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0, para correta análise. O questionário sociodemográfico foi elaborado para viabilizar a aquisição e organização dos dados. E contemplará aspectos mensuráveis dos dados sociodemográficos tais como idade, sexo, estado civil, naturalidade, religião, renda familiar, escolaridade e profissão; do estilo de vida como carga horária de estudos e trabalho, consumo de tabaco, drogas e álcool, sobrepeso e obesidade que refletem os padrões alimentares, atividades físicas, sono e Variáveis clínicas com investigação de diagnóstico pessoal e familiar. Para investigação das variáveis psicológicas, serão utilizados os inventários de Beck de ansiedade e depressão (BAI/BDI). A aplicação dos instrumentos se dará por meio de convites verbais aos alunos, que entrarão em uma sala de aula da UFAM onde serão dadas as instruções dos instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora adequou a metodologia e atendeu portando a pendência das versões anteriores. Diante do exposto somos pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

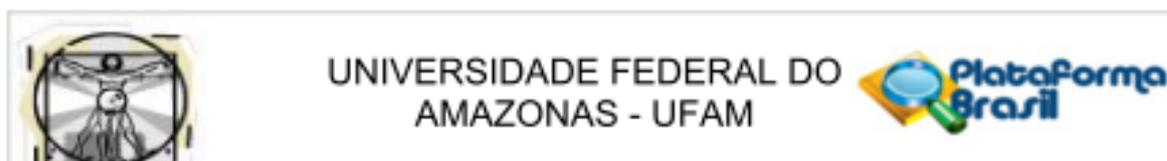
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.737.731

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_696611.pdf	12/09/2016 09:49:52		Aceito
Outros	Resposta_ao_Parecer_Consubstanciado_do_CEP_2.pdf	23/08/2016 22:28:40	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Outros	Resposta_ao_Parecer_Consubstanciado_do_CEP.pdf	08/08/2016 11:19:42	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Outros	Anuencia_Farmacia.pdf	08/08/2016 11:13:46	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Outros	Questionario_Sociodemografico.pdf	20/07/2016 13:22:27	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Outros	Anuencia_UFAM.pdf	20/07/2016 13:21:29	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Outros	Anuencia_CSPA.pdf	20/07/2016 13:20:53	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Outros	Anuencia_FEFF.pdf	20/07/2016 13:20:24	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Outros	Anuencia_Medicina.pdf	20/07/2016 13:18:55	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Outros	Anuencia_Enfermagem.pdf	18/07/2016 17:55:11	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termos_TCLE.pdf	18/07/2016 17:52:41	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	11/05/2016 12:29:50	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/05/2016 12:22:11	STHEFANY RAMAYANE DE ARAÚJO FLOR	Aceito

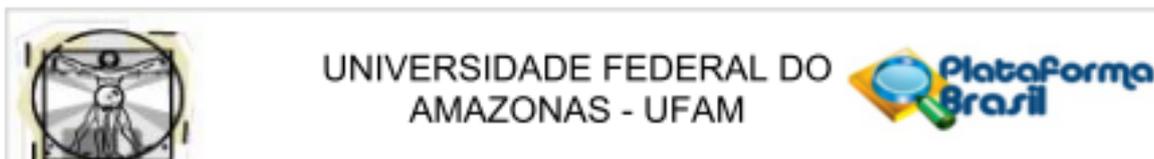
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Teresina, 4950
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.737.731

MANAUS, 21 de Setembro de 2016

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br