

ISIS GABRIELA SANTOS LEMOS

SAÚDE CARDÍACA DOS JOVENS UNIVERSITÁRIOS: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE RISCO



Ficha Catalográfica elaborada por Suely O. Moraes - CRB 11/365

L557s Lemos, Isis Gabriela Santos

Saúde cardíaca dos jovens universitários: análise da percepção de risco. / Isis Gabriela Santos Lemos; Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida. – Manaus: EDUA, 2017.

146 p.: il.

ISBN 978-85- 7401-XXX-X

1. Saúde cardíaca. 2. Psicologia da saúde. 3. Políticas públicas. I. Hayasida, Nazaré Maria de Albuquerque. II. Título.

CDU 612.17-053.81

Ficha Catalográfica

APRESENTAÇÃO

Este livro destina-se a profissionais e a alunos de graduação e pós-graduação da área de saúde interessados em aprofundar seus conhecimentos sobre a avaliação em saúde cardíaca. A presente obra teve origem na pesquisa intitulada “Análise dos fatores de risco cardíaco em jovens universitários, na cidade de Manaus” financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que visou determinar a percepção de fatores de risco em universitários.

A ciência psicológica, que toma como objeto de estudo e intervenção o comportamento e todos os processos mentais subjacentes, quando sai do laboratório de estudos e dos quadros teóricos em que precisa se alicerçar, encontra uma extensa pluralidade de campos de intervenção já que pode, e utilmente tem uma palavra a dizer, em todas as situações da vida cotidiana.

As doenças cardiovasculares e os seus fatores de risco são muito prevalentes na população brasileira e, para diminuir o seu peso, é necessário adotar estilos de vida saudáveis e aplicar as medidas terapêuticas adequadas. Para isso, é necessário perceber, descrever, identificar, e avaliar a efetividade das atitudes e medidas postas em prática nas diferentes faixas etárias.

A pesquisa que aqui se apresenta partiu da fundamentação teórica da psicologia da saúde e representa o produto de uma aprendizagem de alguns anos no ambiente hospitalar. Os capítulos apresentados são produto da Linha de pesquisa do Laboratório de Ciências Cognitivas (LABICC), integrante da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), sob a coordenação da Prof.^a Nazaré Hayasida.

Os contextos clínicos de apoio e ancoragem remetem em três partes. Na primeira, é apresentado o capítulo de epidemiologia das doenças

cardiovasculares, seguidos de delimitação conceitual do tema, a percepção de risco e os comportamentos de risco versus os comportamentos de saúde, a motivação para mudança de comportamento no adulto jovem, o instrumento de *locus* de controle e a saúde, e complementando com as políticas públicas visando a promoção, prevenção e a proteção na população jovem universitária. Inicia pelo impacto das doenças crônicas não transmissíveis, seguindo com os principais conceitos e abordagens sobre percepção de risco comportamental. Nele são descritas as concepções sobre risco e percepção de risco comportamentais.

A segunda parte do livro é composta por capítulo que apresenta a aplicação dos instrumentos para descrever o perfil, a identificação dos fatores de risco e a percepção de risco para as doenças cardiovasculares em jovens universitários através do *locus* de controle interno, bem como sua análise com a revisão do referencial teórico escolhido neste estudo.

Nas considerações finais são apontadas as principais conclusões desta pesquisa em relação às variáveis da percepção de risco não modificável para as doenças cardiovasculares.

Aproveitamos para expressar nosso agradecimento e admiração aos que participaram direta ou indiretamente deste livro, que garantiram a excelência do conteúdo e a eficácia no processo editorial.

Esperamos que este livro possa contribuir para a reflexão e suscite questões que potencializem a discussão sobre a proteção à saúde cardíaca.

Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida
Isis Gabriela Santos Lemos

Sumario

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1: AS DOENÇAS E SEU RELACIONAMENTO COM O COMPORTAMENTO INDIVIDUAL E COLETIVO DO SER HUMANO

Epidemiologia das doenças cardiovasculares

*Percepção de risco: comportamento de risco versus comportamento de
saúde*

*Diferenças dos comportamentos de saúde e de risco em função da idade,
ao longo do ciclo vital*

Motivação para mudança de comportamento no adulto jovem

Locus de controle e a saúde

Políticas públicas: promoção, prevenção e proteção

CAPÍTULO 2: O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO E O PERFIL DO INDIVÍDUO PARA A PESQUISA

A pesquisa propriamente dita

A percepção particular dos adultos jovens

Quem ou o que controla a sua saúde?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a maior causa de mortes no século XXI. Em 2008, 63% das 57 milhões de mortes no mundo foram causadas por DCNT, sendo 48% por doenças cardiovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2011, 2012). Para o ano de 2020, as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as mortes por DCNT corresponderão a 73% dos óbitos no mundo (SILVA et al, 2013). No Brasil, em 2009, as doenças cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 31,3% das mortes causadas por DCNT (BRASIL, 2010). O impacto econômico gerado pelo conjunto destas enfermidades é grande, e no Brasil os custos correspondem cerca de 1,7% do Produto Interno Bruto Nacional (PIB) (BALBINOTTO NETO; DA SILVA, 2008; AZAMBUJA et al, 2008).

O impacto das despesas diretas das DCNT para os sistemas de saúde em todo o mundo é crescente. Estima-se para a economia brasileira, que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar são resultantes principalmente das DCNT: diabetes, DCV e acidente vascular encefálico (AVE), as quais gerarão um custo de US\$ 4,18 bilhões até 2015 (ABEGUNDE 2007; GOULART 2011). Embora as DCNT sejam graves e sua incidência tenha aumentado, grande parte dessas doenças poderiam ser evitadas (SILVA et al, 2013). A exemplo disso temos as mais frequentes (doença cardiovascular, diabetes e câncer) que compartilham vários fatores de risco (FR). Para tanto, a WHO (2012) propôs uma abordagem de prevenção e controle integrados, com enfoque em todas as idades e baseada na redução dos seguintes problemas: hipertensão arterial (HAS), tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2007).

De acordo com a WHO (2012), no mundo há uma perspectiva de que a exposição à Fatores de Risco Cardiovascular (FRC) levará a 36 milhões de

mortes prematuras até o ano de 2015, principalmente em países em desenvolvimento, que, ao contrário dos desenvolvidos, são portadores de uma população contraindo doenças, cada vez mais jovem, com frequentes complicações e mortes precoces.

Segundo Barreto et al (2009), a tendência precoce do desenvolvimento de DCV tem sido alvo de questionamentos e pesquisas. Ao avaliarem o comportamento saudável em adultos jovens¹ no Brasil, constataram que apenas 8% encontravam-se saudáveis. Dentre os FRC avaliados, estavam incluso prática de atividades físicas, alimentação adequada e abstinência de álcool e fumo. Através da quantificação dos FRC em adultos jovens permite-se identificar o nível de suscetibilidade dos mesmos a desenvolver DCV, assim como contribuir para estratégias focadas na promoção e prevenção da saúde cardiovascular (GOMES, 2012).

Diante os achados científicos, objetiva-se com este estudo descrever o perfil sociodemográfico, identificar FRC e analisar a percepção de risco para DCV em jovens universitários.

CAPÍTULO 1: AS DOENÇAS E SEU RELACIONAMENTO COM O COMPORTAMENTO INDIVIDUAL E COLETIVO DO SER HUMANO

Há evidências de que muitas doenças e queixas dos sujeitos que procuram os cuidados de saúde estão relacionadas com seu próprio comportamento ou com o dos outros que os rodeiam, sendo causadas e/ou agravadas pelos mesmos (HAYASIDA, 2010). Tendo em perspectiva que as causas primárias das DCV's são as condições físicas derivadas de comportamentos de risco, sabe-se que a adoção de comportamentos adequados age como proteção e prevenção às doenças dessa natureza (WHO, 2011).

Tendo em vista a escassez de informações nessa área², na região Norte, especificamente na cidade de Manaus, envolvendo o grupo de adultos jovens, considera-se que o levantamento de dados a respeito das condições de saúde *versus* doença cardíaca no grupo de estudantes universitários é de fundamental importância para a ampliação do conjunto de informações acerca dos hábitos relacionados à saúde desse grupo, bem como no auxílio da criação de programas de educação para a saúde destinados à população.

Epidemiologia das doenças cardiovasculares

No Brasil, em 2009, as DCV's foram responsáveis por 31,3% das mortes causadas por DCNT (BRASIL, 2006). Os FR para DCV são divididos em duas categorias: fatores de riscos modificáveis (ambientais e comportamentais) como o tabagismo, colesterol sérico elevado, hipertensão arterial sistêmica, inatividade física e secundária: diabetes, obesidade, estresse, uso de anticoncepcional e obesidade abdominal; e fatores de risco não modificáveis (genéticos e biológicos), sendo estes, hereditariedade, sexo e idade avançada (CORREIA, 2010).

Os chamados fatores de risco comportamentais, como o uso de tabaco, sedentarismo, dieta alimentar inadequada e uso de álcool são os principais responsáveis pela propagação das DCV's e doenças cerebrovasculares. Isso porque esses FR estão diretamente associados com as alterações físicas e fisiológicas que desencadeiam as DCV's, entre as quais estão o diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade (WHO, 2012). Estes fatores aumentam o risco de desenvolvimento da maioria das DCNT, tais como as DCV's, diabetes e câncer, classificadas como maior causa de morbimortalidade na vida adulta (BARRETO et al, 2009).

Uma análise da literatura nacional e internacional mostra que os chamados fatores comportamentais e psicossociais, já evidenciados como FRC, englobam o estresse familiar e profissional, os hábitos de vida sedentários, a falta de cuidados com a saúde e os maus hábitos alimentares (HAYASIDA, 2010; MCINTYRE; NORRIE, 2005). No Brasil, estudos exploratórios têm verificado que os hábitos de vida de estudantes do ensino fundamental, médio e superior apresentam várias deficiências preocupantes no que se refere à atividade física, hábitos alimentares, controle de estresse e comportamentos preventivos. Por serem hábitos adquiridos na infância e juventude, estes fatores vêm sendo estudados em populações cada vez mais jovens, diminuindo, assim, o público-alvo de prevenção para as DCV'S (GIROTTO, 1996; NAHAS, 2001; MARCON; FARIAS, 2001; SILVA et al, 2005; BRITISH CARDIAC SOCIETY, 2005).

Mesmo com a queda da mortalidade por DCV's na população adulta, nas últimas três décadas, constitui exceção a essa estatística a faixa etária compreendida entre os jovens adultos. Dados empíricos apresentados pelo sistema de saúde americano constatou que 15% dos jovens adultos possuíam alguma doença crônica, além da predominância de hábitos de vida não saudáveis nessa população que afetam o risco de desenvolver uma doença crônica no futuro (BIBBINS- DOMINGO; PEÑA, 2010).

Percepção de risco: comportamento de risco versus comportamento de saúde

Ao remeter-se aos FRC em jovens adultos, abordar-se-á os achados sobre a percepção de risco para a saúde. Conforme destacaram Navarro e Cardoso (2005), apresentam-se como fundamentais para a criação de indicadores utilizados em diversos campos da ciência, em especial no campo da saúde pública, tendo em vista a construção de instrumentos que podem auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas e institucionais.

Para Luft (2009) risco é conceituado como perigo muito provável e iminente. Conforme Menon et al (2006), o termo risco conceituado no dicionário Miriam Webster on-line é definido como a possibilidade de perdas ou danos. De acordo com Hayasida (2010), a expressão “fator de risco” foi utilizada pela primeira vez no estudo Cardiológico de *Framingham* (EUA), para nomear os atributos que estatisticamente contribuem para o desenvolvimento da DCV, cuja classificação mais utilizada os divide em fatores de risco, não modificáveis e modificáveis e/ou controláveis (ARMAGANJAN; BATLOUNI, 2000; GUIMARÃES, 2002; FERNANDES; MCINTYRE, 2006).

Segundo Hayasida (2010) são classificados como fatores de risco não modificáveis: idade, gênero e história familiar positiva. No que se refere aos fatores de risco modificáveis são considerados: tabagismo, obesidade e hábito alimentar, hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo e a prática de atividades físicas, dislipidemias, consumo excessivo de álcool, diabetes *mellitus*, homocisteína, variáveis sociais (suporte social e nível socioeconômico), variáveis psicológicas (ansiedade, depressão e padrão de comportamento tipo A e estresse).

Fatores de risco comuns e modificáveis estão na base das principais doenças crônicas. Esses fatores de risco explicam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crônicas em todas as idades, em ambos os sexos, e em

todas as partes do mundo. Eles incluem: obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo (OMS, 2010).

Segundo Liparotti (2007), os fatores de risco que mais contribuem para doenças crônicas são: obesidade, alto nível de colesterol, hipertensão arterial (HTA), consumo de fumo e álcool. Ressalta também que no estudo de *Framingham* conduzido por Hubert, o papel do excesso de peso corporal foi identificado como fator de risco independente para cardiopatia isquêmica.

Conforme Liparotti (2007), a mudança para um estilo de vida individual ativo e saudável pode intervir na presença de fatores de risco que se apresentam associados. Entre as alternativas encontram-se toda atividade que uma pessoa realiza nas 24 horas com gasto calórico em maior ou menor nível e alimentação equilibrada que é responsável pela reposição nutricional. A atividade física habitual atua favoravelmente no controle dos fatores de risco tanto preventivamente como na reabilitação (UNITED STATES-DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES US - DHHS, 1983).

Acerca do comportamento e percepção de risco, Paulino (2009) relatou que é possível compreender percepção de risco como a forma pela qual as pessoas pensam acerca do risco, bem como o conjunto de crenças e valores que dão significado a cada um dos acontecimentos ameaçadores no contexto social de cada uma delas. Dessa forma, destaca-se que a percepção de risco não existe fora de um contexto e nem tampouco pode ser mensurado fora dele.

O termo comportamento de risco foi definido por Matos e Carvalhosa (1996) como qualquer atividade praticada por indivíduos, com frequência e intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente. De acordo com Paulino (2009) nos estudos de percepção de risco, algumas dimensões individuais não podem ser desconsideradas, entre elas refere que Chauvin, Herman e Mullet (2007) apontaram idade, sexo, nível educacional, renda, orientação religiosa, preferências políticas, cultura, atitude arriscada, experiências pessoais com risco, crenças sociais, ansiedade, autoeficácia, *locus* de controle, crenças ambientais e características de personalidade. Ressaltaram ainda que no estudo do comportamento, deve-se compreender o risco a partir de suas variáveis sociais e psicológicas e não apenas com base nos critérios biomédicos.

De acordo com Feijó e Oliveira (2001) a expressão comportamento de risco pode ser definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Segundo Ribeiro (2007), os estudos epidemiológicos realizados na segunda metade do século XX, sobre as grandes epidemias, apontaram como principal fator de risco o comportamento humano. Comparado ao modo como os microrganismos atuavam sobre o organismo humano (rapidamente), o comportamento é percebido a longo prazo.

Navarro e Cardoso (2005) apontaram que as dificuldades relativas ao reconhecimento e tratamento de doenças ocorrem devido à deficiência de pessoas que se reconheçam como vítimas potenciais das mesmas. Para que se suceda tal reconhecimento, é necessário o movimento de autopercepção integrado ao contexto coletivo, que permeia a perspectiva comportamental, fatores afetivos e biológicos e a interação com o ambiente externo. Salientam que o reconhecimento do risco e sua assimilação possibilitam a definição do cenário, atores e organizações envolvidos, para que se possa monitorá-lo através de associações, segmentos sociais diversos e representantes de instâncias políticas e administrativas, instituições e cientistas (experts).

No que se refere à prevenção de riscos, Rabinow (1999, p. 145) salientou que comumente se ampara no pressuposto de que os indivíduos possuem a capacidade de vigiar e de antecipar a ocorrência de eventos indesejáveis. Já a gestão coletiva de risco, formula análises e instrumentos capazes de lidar com "[...] prováveis ocorrências de enfermidades, anomalias, comportamentos desviados a serem minimizados e comportamentos saudáveis a serem maximizados".

Paulino (2009) referiu que uma das funções principais do comportamento de risco é reduzir emoções desagradáveis e indesejáveis. Dessa forma, pode garantir a manutenção de um círculo vicioso no qual as ações de risco podem promover um alívio imediato dos sintomas indesejáveis (por exemplo - ansiedade, estresse), e esses comportamentos por sua vez, gerariam resultados negativos, o que, como consequência influenciariam os afetos negativos iniciais, podendo a pessoa buscar, mais uma vez, alívio nos comportamentos de risco (BARDONE et al, 1996; COOPER, AGOCHA; SHELDON, 2000).

Mundim-Masini (2009) evidenciou que o risco é particularmente definido e percebido por indivíduos que são influenciados por vários fatores psicológicos, sociais, institucionais e culturais. Por meio de instrumentos válidos e fidedignos, esses fatores e suas relações podem ser quantificados para representar respostas das pessoas e suas sociedades aos perigos com os quais convivem. Afirmou que de acordo com Slovic (2000), os questionários sistematizam e predizem a percepção de risco, demonstrando que diferentes pessoas percebem e concebem o risco de diferentes formas.

Borges et al (2009) abordaram que um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida (QV) de uma população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde. O conhecimento sobre as práticas e cuidados em saúde pode influenciar na motivação de busca pelo tratamento. Para tanto, Vuori (1998) abordou que espaços de divulgação pública como escolas, universidades e serviços de saúde contribuem para o alcance maior de propagação de conhecimento. Borges et al (2009) consideraram que no Brasil, a produção científica referente ao conhecimento populacional sobre indicadores de saúde ainda é limitada, visto que poucas pesquisas de base populacional não registraram seus estudos com o propósito de avaliar conjuntamente o quanto a população conhece sobre fatores de risco, como exemplo, o tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo excessivo de álcool, às doenças e agravos não transmissíveis. Ressalta-se que para Knuth et al (2009) as diferenças culturais, socioeconômicas, de escolaridade e regionais podem afetar o nível de acesso à informação e capacidade de informação.

No que tange ao comportamento relacionado à saúde, Santos (2008) afirmou que o conceito foi inicialmente introduzido por Cobb e Kasl (1966) que o definiram como qualquer atividade praticada por uma pessoa, que se crê saudável, com o propósito de prevenir a doença ou de detectá-la num estágio assintomático. Posteriormente, essa definição foi considerada insuficiente, posto que não revelava a percepção das pessoas sobre a própria saúde, mas apenas se elas seguiam as orientações de médicos e técnicos em saúde.

Conforme Ribeiro (2007) a nova proposta de Harris e Guten (1979) intitulada comportamentos protetores de saúde, foi designada como qualquer comportamento realizado por uma pessoa, independentemente do estado de saúde que tem ou pensa ter, com vista a proteger, promover ou manter a saúde, quer tal comportamento seja, ou não, objetivamente eficaz para atingir tal fim.

Posteriormente, Ribeiro (2007) dividiu os comportamentos associados em saúde em três tipos: 1- comportamentos de exaltação da saúde; 2- comportamentos de manutenção de saúde; 3- comportamentos de prejuízo de saúde. Salienta também que de acordo com o modelo biomédico, o termo comportamento surge também relacionado com os seguintes conceitos: epidemiologia comportamental, imunologia comportamental, comportamentos patogênicos e fatores de risco comportamentais que se referem aos comportamentos que são suscetíveis de conduzir à doença.

Glanz et al (1996, p. 9) destacaram que o comportamento de saúde refere-se, em um sentido amplo, a:

Ações de indivíduos, grupos e organizações, e as consequências e determinantes destas ações, incluindo mudança social, implementação e desenvolvimento de políticas, melhora das habilidades de compreensão e aumento da qualidade de vida.

Santos (2008) evidenciou que geralmente os adolescentes são vistos como grupo de risco por demonstrarem comportamentos comprometedores para a saúde como: tabagismo, álcool e uso de drogas ilícitas, métodos de fazer dieta perigosos, atividade sexual precoce e agressão física. Devido a possibilidade desses comportamentos colocarem em risco a saúde individual a curto ou a longo prazo é que tem tornado-se relevante o estudo do comportamento de adolescentes.

Quanto ao consumo de álcool, Patrick et al (2011) afirmaram que a motivação para o uso entre adolescentes está associado ao seu comportamento. Por sua vez, Lacerda (2008) inferiu que quanto mais precoce o consumo de álcool, maior a probabilidade de tornar-se dependente. A busca pela autonomia e afirmação social influenciada pelo grupo de amigos, a vivência de problemas relacionados à afetividade familiar, frustrações, baixa auto-estima, insegurança e insatisfação diante das condições de vida são apontados por Saito (2008) como fatores relacionados à dependência de álcool entre adolescentes.

Conforme o estudo de Rozin e Zagonel (2013), os adolescentes afirmaram que a inserção do álcool em suas vidas ocorreu no ambiente familiar em situações cotidianas e em companhia de amigos como forma de lazer e

diversão. No mesmo estudo, reconheceram o risco para a dependência em outra pessoa e não em si mesmo.

Santos (2008) referiu que desde idades muito jovens os comportamentos associados à saúde podem ser aprendidos e estarem associados à cultura, e estes padrões de comportamento mudam devido à fatores associados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade.

Ribeiro (2007) relatou que existe uma relação entre comportamentos comprometedores de saúde (consumo de drogas lícitas e ilícitas) e problemas familiares, saúde, sintomas psicossomáticos, estresse emocional, e problemas nas relações interpessoais entre adolescentes. A prática de atividade física também foi correlacionada com outros comportamentos de saúde como não consumo de tabaco, alimentação saudável, perda de peso, entre outros.

O'Donnell (2007) afirmou que a prevenção da saúde depende, em parte, da consciência e percepção de risco individual. Por conseguinte Menon et al (2006) definem o risco a saúde como uma percepção do sujeito da ocorrência de um evento negativo relacionado à saúde da pessoa ou de um grupo de pessoas acerca de um específico período de tempo.

Segundo Menon et al (2006), um dos maiores modelos utilizados para determinar risco para a saúde é a Teoria da Ação Racional (AJZEN; FISHBEIN, 1975). Esta teoria tem as seguintes características principais: (a) comportamento está previsto para seguir uma intenção comportamental, que por sua vez se baseia numa atitude geral; (b) a atitude geral é construída usando uma média ponderada de que a crença de que um indivíduo tem uma atitude particular em determinado nível de um atributo, ponderada pela importância das normas, por sua subjetividade; desse atributo com base em percepções das preferências dos outros, ponderada pela importância desses outros; (c) o modelo é predominantemente cognitivo, racional, onde as crenças, e pesos de importância para os aspectos intrínsecos ao objeto atitude, bem como exteriores, juntos são integrados em uma atitude; (d) o modelo é uma compensação (ou seja, é aditivo) no qual baixar níveis de desempenho em um atributo pode compensar os níveis mais elevados de desempenho em outro atributo.

Para Moreira et al (2010), o conceito equivocado de que os FRC e as DCV'S estejam presentes em fases do desenvolvimento humano mais avançadas colabora para o aumento destes em fases precoces, com evidências de aterosclerose já na idade adulta jovem compreendida entre os 20 e 40 anos. Destaca-se também que nessa fase da vida devido a busca de estabilidade no

campo profissional, nas relações pessoais, dentre outros tornam-se os adultos jovens vulneráveis ao consumismo contemporâneo, que com sua influência, interfere nos comportamentos de saúde.

Diferenças dos comportamentos de saúde e de risco em função da idade, ao longo do ciclo vital

Conforme Barreto et al (2009), países em desenvolvimento tem sua população doente cada vez mais jovem, frequentemente com complicações e mortes. Sendo que de acordo com Moreira et al (2010) os comportamentos na infância influenciam a elevação de risco e de DCV na fase adulta jovem.

Considerando que a literatura aponta para o comportamento de adultos jovens como FR para o desenvolvimento de DCV, faz-se necessário definir de quem se trata essa população. De acordo com o documento Direitos da população Jovem (2010), o conceito de juventude refere-se à fase do desenvolvimento entre a infância e a idade adulta. Portanto, é reconhecida como uma etapa de aquisição das habilidades sociais, atribuições de deveres e responsabilidades, e afirmação da identidade. Mesmo amparada por embasamentos teóricos e biológicos a definição da população jovem é indissociável do contexto sociocultural, político e econômico.

A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou que a juventude como a faixa etária de indivíduos de 15 a 24 anos de idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) restringe a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos), e categoriza como idade adulta jovem dos 15 aos 30 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (BRASIL, 2007). Segundo os Direitos da População Jovem (2010), o Brasil é o quinto do mundo com percentual de “juventude” na sua população, atrás da China, Índia, EUA e Indonésia.

No Brasil o marco jurídico que define adolescência e infância é o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o qual determina como criança a pessoa de até doze anos de idade completos e adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade.

No que se refere ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), há uma grande divergência entre os especialistas quanto aos critérios de agrupamento de crianças, adolescentes e jovens, portanto optaram por agrupá-los de acordo com os ciclos educacionais existentes no país. Dessa forma, foram considerados: crianças de 0-5 anos (Educação Infantil) e 6-14 anos (Ensino Fundamental), adolescentes de 15-17 anos (Ensino Médio) e jovens de 18-24 anos (Ensino Superior). Dados do IBGE de 2003 apontaram que no Brasil mais de 52 milhões de pessoas sofriam de algum tipo de doença crônica, sendo que uma parcela importante dessa população estava na faixa etária entre 20 a 39 anos (IBGE, 2009).

Neste contexto da fase do desenvolvimento humano que Madureira et al (2009) consideraram as situações próprias da adolescência e do adulto jovem, com significativas instabilidades biopsicossociais, o ingresso no meio universitário proporciona novas relações sociais e adoção de novos comportamentos, tornando os indivíduos vulneráveis às circunstâncias de risco à saúde. Tendo em vista o risco à saúde propiciado pela inserção no meio universitário, Marcondelli et al (2008) por sua vez, constataram através de estudo que os alunos universitários, em sua maioria, não possuem conhecimentos científicos relevantes a respeito dos hábitos alimentares saudáveis e práticas adequadas de atividades físicas.

Conforme Barreto et al (2009) a exposição a FR comportamentais, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, frequentemente se iniciam na adolescência e se perpetua na vida adulta. Tais fatores aumentam o risco de desenvolvimento de DCNT, como as cardiovasculares, diabetes e câncer, principais causas de morbimortalidade na vida adulta. Afirmaram ainda que experiências e exposições, particularmente na infância e adolescência, provocam consequências em longo prazo na saúde durante a vida adulta e idosa. Destacaram também a estratégia de *marketing* da indústria de lazer e consumo visando como público-alvo os jovens. Nesse contexto os FR estão relacionados ao prazer e são disseminados na mídia, de modo a serem reforçados pela sociedade atual.

No que concerne a DCNT, especialmente às DCV's, os comportamentos de risco são os principais alvos de intervenção na faixa etária da infância e juventude, por serem controláveis e modificáveis através de programas de promoção de saúde. Tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada e o uso

abusivo de álcool estão entre os principais fatores de risco relacionados as DCV's (WHO, 2011).

Borba, Lemos e Hayasida (2015), apontaram que as escolhas de estilo de vida como dieta inadequada, sedentarismo e tabagismo que influenciam na formação e crescimento humano podem ser modificadas para diminuir morbidade e mortalidade, para que, o estilo de vida individual seja transformado do que é desfavorável a saúde em favorável e adequado.

No que diz respeito ao tabaco, dados da OMS apontam que o tabagismo é responsável por mais casos de infartos e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) do que o câncer de pulmão (WHO, 2014). A nicotina altera a pressão arterial e a função cardíaca, e está ligada ao aumento de placas de colesterol nas artérias. As mulheres fumantes possuem risco maior do que os homens, e o risco é ainda maior quando o tabagismo se inicia antes dos 16 anos (TORRES; GODOY, 2004; USDHHS, 1983; MANN et al, 1991).

Para Mundim-Masini (2009), primeiramente o considerou que “risco” era percebido por uma perspectiva individualista, probabilística e cognitivista. Posteriormente, a compreensão de risco como fenômeno socialmente construído foi gradativamente sendo inserida, até o momento em que se concluiu que os seres humanos criaram o risco para auxiliá-los no entendimento e enfrentamento de perigos e incertezas da vida. Ressalta também que no estudo do comportamento, deve-se compreender o risco a partir de suas variáveis sociais e psicológicas e não apenas com base nos critérios biomédicos.

Motivação para mudança de comportamento no adulto jovem

No que se refere à motivação para comportamento de risco, Santos (2008) mencionou que na prática, um risco apresenta-se como algo perigoso, quando pode interferir de forma negativa no indivíduo. Entretanto, os comportamentos de risco têm intrinsecamente, a possibilidade de escolha, ou seja, há o livre arbítrio para assumir aquele comportamento ou não. É relevante perceber se o indivíduo, o adulto jovem, ao optar por determinado caminho o faz consciente das consequências que daí podem advir e se mesmo quando é conhecedor das consequências, assume o risco. Este aspecto não deve ser considerado exclusivo, pois há uma série de fatores que podem potencializar o risco.

Albertani et al (2006) apresentaram dois conceitos importantes para a compreensão de comportamentos de risco: fatores de risco e fatores de proteção; nesse caso os fatores de risco são um conjunto de circunstâncias psicossociais e características pessoais que tornam o indivíduo mais vulnerável a engajar-se em comportamentos arriscados. Os fatores de proteção por sua vez, constituem as circunstâncias geralmente representantes de aspectos de saúde integral, que contrabalançam vulnerabilidades e contribuem para diminuir a probabilidade de tais indivíduos assumirem comportamentos de risco.

De acordo com O'Donnell (2007), a prevenção à saúde depende, em parte, da consciência e percepção de risco individual. Por conseguinte, Menon (2006) inferiu que o risco a saúde é definido como uma percepção do sujeito da ocorrência de um evento negativo relacionado à saúde da pessoa ou de um grupo de pessoas acerca de um específico período de tempo.

As mudanças de vida que ocorrem na fase da juventude geralmente abrangem também escolhas relacionadas à saúde. A maior liberdade e independência influencia em novas escolhas alimentares, normalmente para atender à nova rotina de trabalho e estudos, levando ao consumo de alimentos pouco nutritivos e calóricos de redes de *fast food*, além do aumento do consumo de tabaco e álcool, com início típico nessa fase (BARRETO et al, 2009; RIDDELL, 2011).

O sedentarismo é uma consequência do estilo de vida ocidental moderno, para o qual a mecanização dos transportes e a automatização das tarefas diárias contribui em larga escala. O sedentarismo está ligado a aproximadamente 20% das mortes no mundo, e aumenta em 50% as chances de desenvolver doenças do sistema cardiovascular. O sedentarismo está diretamente relacionado à obesidade, que é um dos principais FRC, que por sua vez tem influência direta sobre o desenvolvimento de diabetes *mellitus*, dislipidemia e hipertensão arterial (WHO, 2004; LIMA et al, 2012).

Um levantamento sobre os padrões de consumo de álcool realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (BRASIL, 2007) mostrou que a população entre 18 e 24 anos é a que mais consome álcool dentre todas as faixas etárias. Na população adulta em geral, a prevalência do consumo de álcool frequente (1 vez por semana ou mais) foi de 15%, e a de bebedor frequente pesado (1 vez ou mais por semana, 5 ou mais doses por ocasião) foi de 9%. O uso abusivo do álcool está associado com problemas no músculo cardíaco, o que pode levar a uma série de problemas cardiovasculares (WHO, 2004 ; BRASIL, 2007).

Os comportamentos de risco frequentemente estão associados a fatores psicossociais, notadamente ansiedade, depressão e estresse. Estudos que investigam padrões de comportamento têm demonstrado uma importante correlação entre a incidência de doenças psiquiátricas com quadros de DCV. A literatura evidencia que os sintomas de ansiedade e depressão agem tanto como FR para o surgimento de infarto agudo do miocárdio como consequência da doença, o que resulta no pior prognóstico com consequente aumento da morbidade (HAYASIDA, 2010; SYME, 2002; SZEKELY, 2007).

Um estudo realizado com pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRV) comparou os efeitos de uma intervenção psicológica cognitivo-comportamental nestes pacientes antes e após a cirurgia. Os resultados indicaram que esses pacientes tiveram redução significativa dos sintomas de depressão e ansiedade quando comparados ao grupo controle que não recebeu a intervenção (HAYASIDA, 2010). Além disso, programas de reabilitação cardíaca que incluem intervenções psicossociais reduzem a morbidade, mortalidade e estresse psicológico, influenciando positivamente nos FR como pressão arterial, colesterolemia e frequência cardíaca (SIROIS; BURG, 2003; McINTYRE et al, 2000; ABREU-RODRIGUES, 2008).

Dela Coleta (2010) concluiu que teorias e modelos psicológicos têm sido excelentes auxiliares na modificação comportamental para a saúde. O livro de Taylor com o título “Psicologia da Saúde” em 1986, cita o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) e a Teoria da Ação Racional. Mais tarde em 1996, Ogden lança um livro com o mesmo título, ao qual dedica um de seus capítulos ao Modelo de Crenças em Saúde, teoria da Atribuição, *Locus* de Controle da Saúde, Teoria da Motivação à Proteção, Teoria da Ação Planejada e Teoria da Auto-Eficácia. Em âmbito nacional, pesquisadores reuniram pesquisas no livro de Dela Coleta (2004) sobre o MCS, a Teoria da Ação Racional, a Teoria do *Self* Cognitivo Experiencial, a teoria da Auto- Eficácia, o modelo de Promoção da Saúde e o *Locus* de Controle.

Sendo o Modelo de Crenças considerado por Janz e Becker em 1984 “o principal modelo para explicar e prever a aceitação e recomendações sobre cuidados com a saúde” , tem sido aplicado em estudos sobre prevenção e controle do câncer, comportamento sexual e AIDS, adesão ao tratamento de enfermidades como diabetes e hipertensão, e a comportamentos de saúde relacionados a tabagismo, obesidade, sedentarismo, dieta, entre outros (STUCCHI, 1999; DELA COLETA, 2004).

Locus de controle e a saúde

A partir dos anos 70 o conceito *Locus* de Controle (LC) foi introduzido na Psicologia e desde então tem sido objeto de investigação entre pesquisadores, proporcionando a descoberta de achados científicos. Segundo Rodrigues (2007), a definição de LC é proveniente dos estudos de Heider que em 1958 fez menção aos antecedentes causais das condutas manifestadas. Dessa forma, surgiu a proposta de que nossas ações são decorrentes de causalidade pessoal, ou seja, quando o próprio indivíduo é responsável pela ação e também pela causalidade impessoal, quando o indivíduo atribui a responsabilidade da ação a outrem, que não a ele próprio.

Rodrigues (2007) salienta que Jones e Davis em 1965 contribuíram para este marco teórico, de modo a instituir o que seria uma atribuição interna, no caso de livre escolha pouco desejável socialmente. Kelley em 1967 por sua vez, por meio do conceito da tendenciosidade trabalhou com a inclinação para fazermos atribuições internas aos nossos comportamentos positivos, e de fazermos atribuições externas aos nossos comportamentos negativos a partir de outras pessoas. Porém, somente em 1966, através de Rotter, surgiu o termo LC, o qual se refere à expectativa em relação às contingências dos nossos próprios comportamentos e eventos, diferenciando-se da teoria da atribuição da causalidade. Para este autor o LC é unidimensional e bipolar, possuindo em suas extremidades, de um lado a internalidade e do outro a externalidade.

A definição abaixo é descrita por Dela Coleta (1985, p. 1):

O constructo *locus* de controle é uma variável que busca explicar a percepção das pessoas sobre a fonte de controle dos acontecimentos em que estão envolvidas. Deste modo, um indivíduo pode perceber-se como controlador destes acontecimentos ou como sendo os mesmos controlados por fatores externos a ele. Estes fatores poderiam ser outras pessoas, entidades ou mesmo o destino, o acaso e a sorte. O *locus* de controle varia, portanto, ao longo de um continuum tendo em um extremo a percepção do controle interno ou internalidade e no outro o controle externo ou externalidade.

Rodrigues (2007) afirmou que o conceito de LC se apresenta como teoria de aprendizagem social que entende o comportamento humano como adquirido por meio de experiências sociais e, através desta aprendizagem, os indivíduos adquirem percepção sobre os acontecimentos para explicar os motivos e o porquê dos fatos que ocorrem em sua vida. O LC é abordado como uma forma para explicar diferenças na personalidade, quanto às crenças que as pessoas possuem sobre a fonte de reforço, se ele advém do seu próprio comportamento ou por forças externas.

A teoria do LC refere que quando um esforço é apreendido pelo sujeito em alguma ação própria, mas não sendo inteiramente eventual nesta ação, então ele é percebido, em nossa cultura, como consequência da sorte ou do acaso. Quando o evento é percebido dessa forma pelo indivíduo, a crença como controle externo. Mas quando o indivíduo percebe que o evento é pertinente ao seu próprio comportamento ou a uma característica relativamente permanente, denominamos essa crença como sendo de controle interno (TIMM; ARGIMON; WENDT, 2011).

Para Rodrigues (2007) o LC é um construto criado para explicar a percepção das pessoas sobre quem ou o que detém o controle sobre sua vida. Essa tendência manifesta-se nas expectativas individuais de alcançar resultados desejados no futuro e está relacionada ao comportamento, na medida em que estes resultados são percebidos como relevantes para o sujeito e como prováveis de ocorrer.

Desta forma, o LC é visto como uma expectativa generalizada, uma tendência em perceber os eventos da vida como controlados pelo próprio sujeito, nesse caso, seria interno (LCI). Por outro lado, controlado por outros fatores, que não ele próprio, externo (LCE). Os fatores externos podem se relacionar a outras pessoas, entidades, o destino, a sorte, a fé, azar ou acaso (RODRIGUES, 2007 apud ROTTER, 1966).

Por sua vez, Baptista et al (2008) refere o construto LC como a expectativa generalizada de alguém em sua capacidade de controlar os acontecimentos (reforços) que se seguem às suas ações. Tal construto se reporta à teoria da aprendizagem social de Rotter, que em 1966 discute a multidimensionalidade

do LC, em três dimensões, uma interna e duas externas. A dimensão interna se relaciona à percepção do indivíduo sobre a consequência de seus comportamentos sob o controle de suas próprias ações; e a externa, se a consequência de seus comportamentos estiver relacionada a fatores externos, pode-se atribuir o controle a outros fatores poderosos, como a sorte ou ao destino. Para Timm, Argimon e Wendt (2011) o LC de saúde, está relacionado a uma maior capacidade de aprendizagem, motivação e controle da vida pessoal, aumentando a autoeficácia e a capacidade de manejo dos acontecimentos da vida.

É importante ressaltar neste momento que, de acordo com Noriega et al (2003), o LC não significa necessariamente que a pessoa exerça, realmente, o controle sobre os acontecimentos, mas que ela pensa que exerce. Para Lencová et al (2008), uma das teorias que explicam o padrão de comportamento é o LC, em que os comportamentos são determinados pela própria capacidade do indivíduo que pensa controlar os acontecimentos. É dividido em LC externo, o qual acredita-se que a saúde depende do acaso ou sorte e LC interno, quando se acredita que o estado de saúde é determinado pelo próprio comportamento. Os autores ressaltam que o mais desejável é o LC interno, posto que o indivíduo deva ser capaz de vivenciar a experiência com responsabilidade e senso de controle pessoal.

O desenvolvimento da escala multidimensional de LC da saúde permitiu verificar que dimensões de controle mais se relacionavam aos problemas específicos de saúde, se interno (percepção de que o sujeito controla e é responsável pela própria saúde), externo- outros poderosos (percepção de que os profissionais de saúde ou a família detêm o controle da saúde do indivíduo) ou externo-acaso (percepção de que a saúde depende do acaso, sorte ou destino) (RODRÍGUES-ROSETO et al, 2002).

Rodríguez-Rosero et al (2002) afirmaram que os primeiros estudos para verificar LC na área da saúde, estavam relacionados à prevenção, tratamento e controle de variadas doenças e disfunções. Para medi-las foram construídas escalas específicas de LC para a saúde, uma unidimensional, outra multidimensional seguindo instrumentos ainda mais específicos para alcoolismo, saúde mental, diabetes, obesidade, artrite, depressão, câncer,

hipertensão, fumo, dor, doença cardíaca, incapacidade física, saúde bucal e disfunções sexuais.

A Escala de *Locus* de Controle da Saúde (LCS), traduzida e validada para uso no Brasil por Dela Coleta, compreende três dimensões: Internalidade, Outros Poderosos (externalidade, atribuição a outrem) e Acaso/Sorte. Os escores fornecem, respectivamente, o grau em que a pessoa acredita em si mesma, em pessoas poderosas e no acaso, como fontes de controle da saúde (TIMM; ARGIMON; WENDT, 2011).

De acordo com Timm, Argimon e Wendt (2011) pesquisadores têm postulado que os chamados internos são mais sensíveis à mensagens de saúde, tendem a ter maior conhecimento sobre condições de saúde, tentam melhorar seu funcionamento físico e através de esforço próprio podem ser menos suscetíveis a disfunções físicas e psicológicas, provavelmente sendo mais responsáveis por sua saúde.

O LC de saúde, conforme a literatura pesquisada, está relacionado a uma maior capacidade de aprendizagem, motivação e controle da vida pessoal, aumentando a autoeficácia e a capacidade de manejo dos acontecimentos da vida. Em seu estudo, a faixa etária idosa que apresentou maior LC interno também evidenciou melhores condições de QV. Assim, pode-se pensar em políticas e práticas de intervenção psicológica, com fins preventivos, que promovam uma sensação de eficácia pessoal e mantenham uma vida longa com qualidade (TIMM; ARGIMON; WENDT, 2011).

Oliveira (2009) apontou que, indivíduos com a percepção do controle interno como fonte geradora dos acontecimentos, encaram a saúde como algo de sua responsabilidade, dependente do seu controle, com a probabilidade de serem indivíduos que pratiquem hábitos de vida saudáveis na direção da manutenção da saúde. Já os indivíduos com predomínio de controle externo atribuem a responsabilidade da sua saúde a profissionais da área e autoridades, com pouco envolvimento com comportamentos saudáveis.

Um ponto a ser considerado em relação ao LC é o fato da idade influenciar no seu desenvolvimento, aumentando a internalidade à medida que aumenta a idade (DELA COLETA, 1987). Oliveira (2009) concluiu em seu estudo, que há vulnerabilidade em adolescentes fumantes a desenvolverem o vício devido às

questões familiares como, pais fumantes e frequentes convites de amigos para fumar, sendo a escola um local comum para a experimentação do cigarro.

Assim, evidencia-se a necessidade em fortalecer medidas em políticas de prevenção à saúde do adolescente em idade escolar, sendo a escola o primeiro local de experiência, o que pode reforçar o hábito de fumar no ambiente universitário, favorecendo o desenvolvimento das DCNT, como a DCV em adultos jovens, conseqüentemente surgindo em idosos.

De acordo com Brandão et al (2006), o *locus* de controle seria um indicador da percepção pessoal sobre quem ou o quê controla a determinação de eventos na vida. Em suma, indivíduos com predomínio do *locus* de controle interno acreditam que a causa de muitos fenômenos encontra-se no próprio sujeito. Em oposição, aqueles nos quais há o predomínio do *locus* de controle externo atribuem a origem das causas a outras pessoas, entidades, forças do meio ambiente, acaso, sorte, desejo de Deus, ou seja, todas fora de seu controle.

Políticas públicas: promoção, prevenção e proteção

Uma vez que os comportamentos de risco tem impacto direto sobre o desenvolvimento dos principais FRC, uma abordagem sobre esses comportamentos pode resultar numa redução geral do risco de desenvolver DCV após os 40 anos. Para isso, é essencial conhecer as características da população jovem com relação à prevalência dos FRC, a fim de desenvolver estratégias de prevenção e promoção de saúde adequadas para este público (BARRETO et al, 2009; GOMES et al, 2012).

Estratégias da OMS e do Ministério da Saúde no Brasil têm priorizado essa faixa etária em intervenções de saúde pública voltadas à promoção de saúde. As ações preventivas são orientadas para a detecção, controle e enfraquecimento dos FR de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BARRETO et al, 2009; BRASIL, 2006).

As estratégias de prevenção – “vir antes ou proceder” –, objetivam impedir o progresso posterior da doença, desenvolver a saúde, evitar a invalidez e prolongar a vida. A prevenção subdivide-se em fases que acompanham os três níveis de atenção à saúde: primária, que compreende o período pré-patogênese e engloba a promoção da saúde e proteção específica; secundária, que compreende o início da patogênese e engloba diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez; e por fim, a terciária, que se dá quando o defeito ou invalidez estiverem fixados, através da reabilitação (PEDROSA, 2006; BUSS, 2003; BRASIL, 2012).

O significado do termo promoção da saúde está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento das habilidades comportamentais pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Termos como *empowerment* (apoderamento da própria saúde) e autocuidado atualmente são utilizados, uma

vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde (BUSS, 2003; CARVALHO, 2004).

Alguns estudos apontam que campanhas apenas educativas nem sempre tem um impacto positivo sobre a melhora dos hábitos de vida (RIDDELL, 2004). Porém, estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e Europa demonstram que o conhecimento das tendências dos FRC da população e uma abordagem direcionada à prevenção tem proporcionado efeitos positivos na redução dos FR nesses locais (CAPEWELL, 2010).

Considerando a importância do estilo de vida e a relação entre conteúdos cognitivos, e a adoção de comportamentos para prevenção e controle das DCV, torna-se relevante conhecer as crenças sobre saúde em geral e as relativas aos comportamentos de saúde cardiovascular, permitindo o planejamento de ações eficazes para divulgar conhecimentos, modificar crenças errôneas, eliminar ou reduzir as dificuldades e melhorar a adesão a comportamentos de saúde nos diferentes segmentos da população (DELA COLETA, 2010).

A relação entre os padrões de ocorrência de doenças na população brasileira e seus determinantes ofereceram contexto para a elaboração de medidas específicas de prevenção, controle e erradicação das mesmas. Nesse sentido, Malta et al (2006) referem 3 tipos de transições ocorridas: Transição Demográfica, a qual resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. A Transição Epidemiológica, como um segundo processo verificado, que resultou em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Esse modelo por sua vez, é decorrente do crescimento de morbimortalidade por DCNT e o alto índice de ocorrência de doenças epidemiológicas.

A urbanização acelerada, acesso aos serviços de saúde, meios de diagnóstico e mudanças culturais ocorridos nas últimas décadas, possibilitaram a transição epidemiológica (MALTA et al, 2006). Salientaram também a terceira transição, como Nutricional, advinda do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão

alimentar e do sedentarismo da vida moderna. Portanto, as mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto novos desafios para gestores de saúde e do governo.

Outros desafios apontados por Piancastelli e Spirito (2008) são as dificuldades no direcionamento de ações pa

ra a promoção e proteção da saúde, que se encontram em mudanças em decorrência dos perfis epidemiológico e demográfico. No Brasil, assim como nos países em desenvolvimento, as doenças crônicas também estão na agenda de prioridades, pois entre elas, as cardiovasculares e o diabetes *mellitus* lideram as causas de morbimortalidade, o que gera grandes demandas aos serviços de saúde, apesar de o desenvolvimento tecnológico e científico possibilitar o diagnóstico precoce e antecipar a terapêutica adequada.

Doenças crônicas aumentam o ônus dos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), e se não forem prevenidas de forma adequada como investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável os custos em assistência médica serão cada vez mais frequentes. No cenário epidemiológico brasileiro, as DCV's são atualmente uma das principais causas de morte nas regiões do país (CASADO et al, 2009; SILVA et al, 2013).

De acordo com Casado et al (2009) devido às mudanças nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população e do controle de doenças transmissíveis, ocorreu a prevalência das DCNT. Refere ainda que a vigilância epidemiológica (VE) das DCNT deve reunir um conjunto de ações que possibilitem o reconhecimento de sua distribuição, magnitude e tendência de exposição aos seus fatores de risco na população, identificando os fatores sociais, econômicos e ambientais, com o intuito de planejar estratégias de controle e prevenção, subsidiando políticas públicas de promoção de saúde.

Por sua vez, Costa e Thuler (2012) apontaram o enfoque atual no estudo de FR e determinantes sociais das doenças crônico-degenerativas. Como consequência a essa transição epidemiológica tem se refletido na área de saúde pública, e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNT se tornou uma emergência para o SUS. Costa e Thuler (2012) ressaltaram que o Ministério da Saúde com o intuito de monitorar a prevalência dessas doenças fundamentou-se nas orientações da OMS e da Organização Pan-Americana de

Saúde (OPAS) e implantou um Sistema Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS).

Malta et al (2006) consideraram que as DCNT são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, por serem geralmente de longa duração. Com base em estimativas de internações e atendimentos ambulatoriais, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) levanta o orçamento de gastos decorrentes dessa demanda, correspondendo a R\$ 3,8 bilhões em gastos ambulatoriais e R\$ 3,7 bilhões em gastos com internação que totalizaram aproximados R\$ 7,5 bilhões/ano em gastos com DCNT. Uma das ações de vigilância consideradas mais importantes é o monitoramento dos FR para DCNT, principalmente os de origem comportamental, aos quais são comprovados cientificamente, como associados ao desenvolvimento de doenças crônicas. Ressaltaram também que no Brasil as DCNT são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59%), por anos de vida vividos com incapacidade (74,7%) e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (66,3%). Identificaram também que boa parte dos indivíduos submetidos à pesquisa que relataram possuir menor nível escolaridade, eram portadores de FR (excesso de peso, tabagismo, HAS, DM, sedentarismo e dieta inadequada).

Com o intuito de prevenir e controlar as DCNT, o Ministério da Saúde priorizou a estruturação de um sistema de vigilância específico através da criação da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/SVS/MS), em 2003. De acordo com Malta et al (2006), sua principal missão consistiu na criação e implantação da vigilância de DCNT em todas as esferas do sistema de saúde. Para tanto essas ações necessitavam de investimentos na capacitação de recursos humanos, estruturação de bases de dados para monitoramento das ações avaliações dessas ações, pesquisas e parcerias com centros colaboradores, dedicados ao ensino e pesquisa.

Entre as principais fontes de informações de vigilância de DCNT estão: o monitoramento de fatores de risco/ proteção através de inquérito de base populacional com escolares e idosos; morbidade por meio de sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares; mortalidade com base nos sistemas de informações sobre mortalidade (MALTA et al, 2006).

O estudo de Barreto et al (2009), realizado através do sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2008) teve como objetivo, monitorar de forma contínua a frequência e distribuição de FR e de proteção para doenças crônicas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Verificou-se que indivíduos que autoavaliam sua saúde como ruim tendem a apresentar mais comportamentos de risco, assim como notou-se também a prevalência de DCNT (62%) maior no segmento de menor escolaridade da população adulta assistida. Segundo Lethbridge-Cejku (2004) e MacIntyre (2005), em outros países a prevalência dessas doenças também foram identificadas em indivíduos de menor escolaridade.

Outro exemplo de sistema de vigilância foi a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada por Levy et al (2010), com o intuito de descrever características do consumo e comportamento alimentar de adolescentes. Considerou-se que hábitos e aprendizagens inadequados nessa fase do desenvolvimento podem influenciar em comportamentos futuros, e conseqüentemente resultar dessa forma em FR na fase adulta. Constatou-se, nesse estudo, que o aumento do consumo de alimentos em geral está relacionado ao aumento do poder aquisitivo, bem como ao consumo frequente de alimentos não saudáveis e alimentação saudável inferior ao recomendado.

Malta et al (2006, p. 62) ressaltaram que na carta de Otawa (1986):

A promoção da saúde, foi definida como vinculada ao bem-estar físico, mental e social dos sujeitos e coletividades. As ações de promoção da saúde envolvem atuação intersetorial pactuada e visam ao desencadeamento de ações articuladas, em comunidades e grupos populacionais específicos, com o objetivo de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Para tanto, os autores relataram a necessidade de articulação entre a promoção de saúde e a vigilância em DCNT com suas inter-relações, articulações e parcerias com demais setores de administração pública, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Indústria e Comércio entre outros, com o intuito de induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a redução na ocorrência dessas doenças.

CAPÍTULO 2: O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO E O PERFIL DO INDIVÍDUO PARA A PESQUISA

O curso da vida pode ser descrito como uma sucessão de mudanças de situação. A análise de trajetórias resgata as mudanças e os momentos de estabilidade pelos quais os sujeitos passam. Estes são simultaneamente atores ativos e passivos de suas biografias, isto é, nem tudo é escolha, tampouco é coerção social.

É necessário determinar a percepção de FRC em universitários da cidade de Manaus, tendo em vista algumas especificidades como: descrever o perfil sociodemográfico, identificar fatores de risco DCV em jovens universitários e analisar a percepção de risco para DCV nesses jovens através da Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde (ELCS). Compõe a presente proposta 250 alunos do universo de 8383 matriculados nos cursos de graduação da UFAM. Optou-se pelo método de amostragem aleatória simples sem reposição com estratificação por cursos (em diferentes períodos letivos), considerando-se como estratos as áreas de conhecimento: Ciências Humanas, Ciências Exatas, Ciências Biológicas e Ciências Agrárias.

Todos os alunos matriculados em disciplinas no semestre de 2015/2, matriculados nos cursos de graduação da Universidade Federal do Amazonas do campus universitário de Manaus. A estratificação foi feita pelos cursos de graduação: Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos, da Universidade Federal do Amazonas, onde os estratos representam as unidades amostrais da pesquisa e os alunos matriculados em disciplinas 2015/2 são as unidades elementares, assim sendo abaixo segue a especificação dos estratos.

A presente pesquisa pautou-se na proposta de avaliação dos fatores de risco cardiovascular. A seleção de instrumentos foi construída ao alcance dos objetivos da pesquisa, e teve como parâmetros indicadores que permitiram compreender os FR controláveis: tabagismo, obesidade, hipertensão arterial

sistêmica, sedentarismo, dislipidemias, consumo excessivo de álcool, diabetes mellitus.

A pesquisa propriamente dita

Os dados quantitativos foram inicialmente analisados num primeiro plano de natureza exploratória, através de descrição da frequência absoluta e relativa e do cruzamento de variáveis dependentes e independentes, que possibilitaram um conhecimento dos dados obtidos. Posteriormente, foram obtidas medidas de prevalência que permitiram a apresentação do quadro situacional dos estudantes que integraram o presente estudo.

Para o tratamento dos dados foi realizada uma estatística descritiva com o intuito de tentar inferir acerca do comportamento das variáveis investigadas. Com a finalidade de analisar a percepção de risco para DCV em Jovens Universitários através da Escala Multidimensional de *Locus* de Controle de Saúde, realizou-se uma análise de variância para verificar se existiam diferenças significativas entre médias apresentadas pelos alunos nas dimensões Internalidade, Externalidade e Outros poderosos e verificar também se as suas percepções de saúde diferiam de curso para curso. O resultado obtido neste delineamento e comparado com um nível de significância do teste de $\alpha = 5\%$, indicou que somente entre as dimensões as médias apresentaram diferenças significativas.

Com este resultado, para fins de constatação sobre quais médias das dimensões estudadas são significativamente diferentes entre si, realizou-se um teste de *tukey* que retornou intervalos de confiança com níveis de 95%. Nele notou-se que as percepções sobre saúde não se diferenciam de curso para curso, mas entre as dimensões, verificou-se que somente a externalidade é estatisticamente diferente das demais, reafirmando que em geral os alunos atribuem a si próprios, a equipe médica e à família as responsabilidades inerentes à sua saúde, atribuindo em menor frequência a responsabilidade a fatores externos como acaso e sorte.

Inicialmente, são apresentados os dados descritivos das variáveis estudadas nos 250 jovens universitários, com a finalidade de caracterizar a amostra. Posteriormente, são indicadas as análises dos dados relativos ao LC.

A percepção particular dos adultos jovens

A caracterização sociodemográfica dos participantes será descrita no enunciado abaixo.

Renda	Continuação... Renda									
< 2 SMM	3	12	11	4,4	0	0	5	2	19	7,6
2 a 4 SMM	14	5,6	10	4	12	22,2	18	7,2	54	21,6
5 a 8 SMM	19	7,6	47	18,8	22	21,2	16	6,4	104	41,6
> = 9 SMM	11	4,4	10	4	9	23,7	8	3,2	38	15,2
Não sabe	10	4	7	2,8	15	4,9	3	1,2	35	14
Total	57	22,8	85	34	58	23,2	50	20	250	100
Religião										
Católica	22	10,2	41	19	19	8,8	26	12	108	50
Protestantes e outros cristãos	17	7,9	35	16,2	14	6,5	15	6,9	81	37,5
Outros	7	3,2	8	3,7	11	5,1	1	0,5	27	12,5
Total	46	21,3	84	38,9	44	20,4	42	19,4	216	100
Prática religiosa										
Praticante	26	10,8	58	24,2	27	11,3	32	13,3	143	59,5
Não-praticante	29	12,1	24	10	26	10,8	18	7,5	97	40,41
Total	55	22,9	82	34,2	53	22,1	50	20,8	240	100
n=frequência; %= porcentagem										

Fonte: As autoras (2015).

Houve predomínio do sexo feminino (71,6%), faixa etária 18-24 anos (82%), estado civil solteiro (90,4%), não empregados (76,3%), que não possuem mais de 1 emprego (90,1%), férias do trabalho 1 vez ao ano (44,6%), renda de 5 a 8 SMM (41,6%), religião católica (50%), praticante (59,5%). Os achados corroboram com os de Petribú, Cabral e Arruda (2009) que em sua amostra, obtiveram frequência maior no sexo feminino (61,6 %), assim como Martins (2013) que apresentou 75% em sua amostra.

Barreto, Passos e Giatti (2009) em seu estudo sobre comportamento saudável entre jovens adultos no Brasil, apontaram predominância de 50,8% de mulheres em relação a 49,2% de homens pesquisados. Em contrapartida, a pesquisa de Madureira et al (2009) em universitários da Universidade Federal de Santa Catarina, obtiveram 58,12% do sexo masculino e 41,87% do sexo feminino. Por sua vez, Liparotti (2007) se deparou com um percentual equilibrado de 50%, em ambos os sexos.

Na pesquisa de Gomes et al (2012), realizada com adultos jovens do município de Juazeiro, houve o predomínio do sexo feminino de 61,5% comparados ao percentual de 38,46% do sexo masculino. No estudo de base populacional realizado em Pelotas no Rio Grande do Sul, acerca do conhecimento sobre os FR para doenças crônicas, Borges et al (2009) verificaram em 399 jovens participantes, entre 20 e 29 anos, que 51,62% eram mulheres e 48,37% homens. Mundim-Masini (2009) na Universidade Federal de Uberlândia realizou um estudo sobre percepção de comportamentos de risco entre os alunos, e constatou 39% do sexo masculino e 61% do sexo feminino.

No estudo de Moreira, Gomes e Santos (2010) ao avaliarem FRC em adultos jovens com HAS e Diabetes, houve predomínio do sexo feminino 78% em sua amostra em relação a 21,67% do sexo masculino. Por sua vez, Correia, Cavalcante e Santos (2010) em seu levantamento sobre a prevalência de FRC em universitários obtiveram 16,67% do sexo masculino em relação ao feminino (83,3%).

No que se refere à idade Silva et al (2006) em seu estudo sobre fatores associados ao consumo de álcool e drogas, apontou 88% de alunos de universidade pública do município de São Paulo com idade entre 15 e 24 anos,

sendo 95,2% solteiros, com renda familiar superior a 20 salários mínimos (59,5%), sendo que 71% possuíam religião e 59,1% não eram praticantes. Simão, Nahas e Oliveira (2012) em pesquisa acerca do sobrepeso e obesidade em universitários da UNIPLAC, verificaram que 59,4% eram mulheres, solteiras (62,9%) que trabalham e estudam (52,5%).

Tabela 2 - Frequência do FRC Sedentarismo entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Curso	Sedentarismo					
	n	(%)	N	(%)	n	(%)
	Pratica		Não Pratica		Total	
Psicologia	27	10,8	30	12	57	22,8
Enfermagem	40	16	45	18	85	34
Arquitetura	18	7,2	40	16	58	23,2
Engenharia de alimentos	18	7,2	32	12,8	50	20
Total	103	41,2	147	58,8	250	100
n= frequência; % =porcentagem						

Fonte: As autoras (2015).

No enunciado acima mostra o total de alunos por curso que pratica e não pratica atividade física. Dentre os 250 alunos, houve predomínio de sedentarismo entre os alunos do curso de Enfermagem (18%). Marcondelli, Costa e Schmitz (2008) constataram um alto nível de sedentarismo (65,5%) entre os alunos do curso de saúde. Alves e Marques (2009) em estudo sobre FRC em estudantes de Enfermagem obtiveram resultados em que 80,20% dos graduandos de Enfermagem encontravam-se sedentários contra 19,8% que praticam atividades físicas.

Na universidade de Aveiro, em Portugal, observou-se uma alta proporção de sedentarismo (80%) tanto em estudantes veteranos quanto em calouros (BRANDÃO; PIMENTEL; CARDOSO, 2011). De acordo com estudo do Sistema de Vigilância por Inquérito Telefônico (VIGITEL), Iser et al (2012) referiram que 15,6% de sua amostra mostrou-se sedentária e que o comportamento referido tende a aumentar com a idade. Em decorrência da

diminuição da atividade física, o estudo aponta o aumento de excesso de peso no Brasil.

Pires et al (2013) em seus resultados percebeu o predomínio de sedentarismo tanto nos estudantes ingressantes quanto nos finalistas do curso de Enfermagem. Do mesmo modo em pesquisa sobre estilo de vida individual de universitários, Joia (2010) afirmou que a atividade física não foi revelada, posto que 45% dos universitários entrevistados não praticam 30 minutos de atividades físicas moderadas e/ou intensas. Na Universidade Federal do Piauí, Martins et al (2010) destacou que 52% dos universitários são sedentários.

Estudo sobre a prevalência de FRC ocorrido no Centro Universitário Lusíada em Santos/SP destacou que 44,4% são sedentários (CORREIA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010). No município de Juazeiro no nordeste brasileiro, de acordo com achados de Gomes et al (2012), 57,3% dos adultos jovens são sedentários. Em uma universidade pública de Recife, são referidos 41,7% de universitários com sedentarismo (PETRIBÚ; CABRAL; ARRUDA, 2009).

Na universidade Estadual de Goiás, Pinheiro, Fernandes e Boschetti (2009) realizaram um estudo acerca dos FRC em alunos do curso de fisioterapia que estagiavam na clínica-escola e obtiveram como resultado o sedentarismo como segundo fator de risco de maior prevalência, totalizando 69,3% da amostra. Em Minas Gerais a inatividade física é apontada como característica do jovem em estudo sobre a prevalência de tabagismo entre adolescentes e adultos e a influência do entorno familiar e grupo social, apresentando a frequência de 34,2% (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011).

Tabela 3 - Índice de Massa Corpórea (IMC) Obesidade entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Curso	IMC									
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	Baixo Peso	Normal	Sobrepeso	Obeso	Total					
Psicologia	6	12,2	28	57,1	15	30,6	2	0,8	49	100
Enfermagem	5	6	55	65,5	24	28,6	3	1,2	84	100
Arquitetura	5	8,6	45	77,6	8	13,8	3	1,2	58	100
Engenharia de alimentos	5	10,2	28	57,1	16	32,7	3	1,2	49	100
Total	21	8,8	156	65	63	26,3	11	4,4	240	100
n=frequência ;%=porcentagem										

Fonte: As autoras (2015).

Acima encontram-se as frequências do IMC dos alunos da UFAM, com destaque para as ocorrências de alunos obesos para os cursos de Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de alimentos com 1,2% de obesidade simultaneamente. Tais resultados corroboram com os achados de Marcondelli, Costa e Schmitz (2008) que obtiveram 1,4% de sua amostra da área da saúde com obesidade. Em pesquisa sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em universitários, Simão, Nahas e Oliveira (2012) relataram sobrepeso/obesidade em 18,4% dos universitários da área de saúde e 29,7% da área de exatas e tecnológicas.

No Campus de saúde da Universidade de Pernambuco realizou-se uma pesquisa na qual Falcão, Miranda e Silva (2007) relatam que 1,2% dos universitários encontram-se obesos. Por sua vez, Martins et al (2010) aponta um índice de obesidade de 3% em graduandos da Universidade Federal do Piauí. Em universitários paulistas, Correia, Cavalcante e Santos (2010) relatam que 3,33% são obesos.

Achados de pesquisa sobre FRC em jovens adultos realizada por Gomes et al (2012) referiram que 19,4% possuem sobrepeso e obesidade. Em seu estudo sobre estilo de vida de jovens universitários na Espanha, Liparotti (2007) aponta 20% dos graduandos pesquisados com excesso de peso. Em Recife, Petribú, Cabral e Arruda (2009) destacam 20,2% dos graduandos da universidade pública de Recife com obesidade.

Por sua vez, Madureira et al (2009) referiram em estudo com universitários da Federal de Santa Catarina que 1,85% são obesos. Na universidade de Goiás a prevalência de obesidade entre os alunos de uma clínica-escola foi de 24,5% (PINHEIRO; FERNANDES; BOSCHETTI, 2009). Estudos na universidade de Aveiro realizados por Brandão, Pimentel e Cardoso (2011), apontaram que 16,3% dos alunos veteranos possuem sobrepeso em relação aos calouros com 12,5%.

Conforme estudos de Barreto, Passos e Giatti (2009), a frequência de jovens adultos obesos nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal foi de 7,2%. Na universidade de Colômbia, Feliciano-Alfonso et al (2010) referencia que dentre os FRC, o sobrepeso demonstra 11,2% da população de sua amostra. Iser et al (2012) referem em sua pesquisa que 46,6% dos adultos de sua amostra são obesos. Achados acerca de fatores de risco associados ao uso e abuso de álcool entre mulheres, apontam que 39,8% encontram-se com sobrepeso e obesidade (MACHADO et al, 2013). Em estudo sobre estilo de vida de jovens universitários na Espanha, Liparotti (2007) apontou 20% dos graduandos pesquisados com excesso de peso.

Tabela 4 - Frequência dos FRC Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Curso	Hipertensão Arterial		Diabetes							
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total				
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Psicologia	1	0,4	56	22,4	57	22,8	2	0,8	5	5
Enfermagem	0	0	85	34	85	34	2	0,8	8	8
Arquitetura	0	0	58	23,2	58	23,2	0	0	5	5
Engenharia de alimentos	0	0	50	20	50	20	0	0	5	5
Total	1	0,4	249	99,6	250	100	4	1,6	2	2
n=frequência;%=porcentagem										

Fonte: As autoras (2015).

No enunciado acima ressalta-se a frequência de HAS entre universitários da UFAM, compreendendo o curso de Psicologia e representando 0,4% da população estudada. Por sua vez, Gomes et al (2012) afirmaram ser 1,1% a frequência de adultos jovens hipertensos em um município do nordeste. Em estudantes de Enfermagem, Alves e Marques (2009) destacam a presença de 3,6% hipertensos.

De acordo com Barreto, Passos e Giatti (2009), o percentual de jovens adultos portadores HAS entre as 26 capitais brasileiras e Distrito Federal é de 6%. Pinheiro, Fernandes e Boschetti (2009) destacaram o percentual de FRC com menor prevalência em seu estudo a HAS, sendo 6,5% de sua amostra identificada como portadora desse tipo de DCNT.

No enunciado 4, destaca-se a frequência de alunos que afirmaram possuir diabetes, com ênfase nos cursos de Psicologia e Enfermagem que apresentaram 0,8% de universitários. Sendo a pesquisa de Gomes et al (2012) corroborativa com esses resultados, pois aponta 0,6% de jovens adultos com diabetes *mellitus*. Estudo realizado em universidade pública de Recife por Petribú, Cabral e Arruda (2009) relata que 11,3% dos universitários possuem diabetes. Pesquisa com graduandos de Enfermagem da universidade de Santo Amaro em São Paulo aponta que 0,03% possui diabetes *mellitus* (ALVES; MARQUES, 2009).

Em universitários de uma instituição particular de Fortaleza, Veras et al (2007) referiram que 1,2% dos estudantes são diabéticos. A frequência de jovens adultos com diabetes na pesquisa de Barreto, Passos e Giatti (2009) é de 10%. No que se refere aos FRC em alunos da universidade de Colômbia, Feliciano-Alfonso et al (2010) referiram que 9,2% de sua amostra encontrava-se pré-diabética. Em pesquisa sobre FR e proteção para DCNT em adultos no Brasil, Iser et al (2012) apresentaram que 5,8% de sua amostra é portadora de diabetes.

No enunciado 4 ressalta-se a frequência de HAS entre universitários da UFAM, compreendendo o curso de Psicologia e representando 0,4% da população estudada. Por sua vez, Gomes et al (2012) afirma ser 1,1% a frequência de adultos jovens hipertensos no município de Juazeiro município no nordeste brasileiro. Em estudantes de Enfermagem, Alves e Marques (2009) destacaram a presença de 3,6% hipertensos. De acordo com Barreto, Passos e Giatti (2009), o percentual de jovens adultos portadores HAS entre as 26 capitais brasileiras e Distrito Federal é de 6%. Pinheiro, Fernandes e Boschetti (2009) destacam o percentual de FRC com menor prevalência em

seu estudo a HAS, sendo 6,5% de sua amostra identificada como portadora desse tipo de DCNT.

No que se refere aos FRC em alunos da universidade de Colômbia, Feliciano-Alfonso et al (2010) referiram que 14,1% de sua amostra encontrava-se hipertensa. O estudo de Correia, Cavalcante e Santos (2010) destacou 11,11% de universitários com HAS. Ainda sobre FR e de proteção para DCNT, Iser et al (2012) através do VIGITEL relataram que 24,4% da amostra de seu estudo possuem HAS. Em pesquisa realizada com os jovens universitários em Assunção no Paraguai, Campagnoli, Gonzalez e Cruz (2012) verificaram que 3% encontrava-se com HAS e que o consumo de sal e valores de pressão arterial foram significativamente elevados em adultos jovens do Paraguai.

Tabela 5 - Frequência do FRC Hipercolesterolemia entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Curso	Hipercolesterolemia		Total			
	Sim	Não		n	%	n
	n	%	n	%	n	%
Psicologia	10	4	47	18,8	57	22,8
Enfermagem	10	4	75	30	85	34
Arquitetura	7	2,8	51	20,4	58	23,2
Engenharia de alimentos	9	3,6	41	16,4	50	20
Total	36	14,4	214	85,6	250	100
n=frequência;%=porcentagem						

Fonte: As autoras (2015).

Fonte: As autoras (2015).

Nota-se a predominância de hipercolesterolemia nos cursos de Psicologia e Enfermagem, correspondendo simultaneamente a 4% dos cursos avaliados. O estudo de Petribú, Arruda e Cabral (2009) realizado com estudantes da Universidade Federal de Pernambuco não corrobora com esses achados, pois revela 62,7% dos universitários com colesterol acima do recomendado. Em um estudo sobre FRC em uma população portuguesa, um dos resultados obtidos foi a prevalência de hipercolesterolemia entre os alunos de Ciências da Saúde (20,2%) da Universidade de Aveiro (BRANDÃO et al, 2008).

Em pesquisa sobre FRC para DCV em universitários, Mariano et al (2013) referiram que 19,51% de sua amostra possui hipercolesterolemia. Em Fortaleza, a análise do perfil lipídico de universitários realizada por Freitas et al (2013) aponta 9,7% de alunos com valores de colesterol elevado.

Em relação ao impacto da exposição acadêmica na saúde de universitários de Aveiro, em Portugal, Brandão, Pimentel e Cardoso (2011) afirmaram que a proporção de dislipidemia é mais elevada em alunos veteranos (44%) em relação aos calouros (28,6%). Na universidade de Colômbia, Feliciano-Alfonso (2010) afirmou que 13,3% dos estudantes são portadores de dislipidemias. No Brasil, estudo do VIGITEL realizado por Iser et al (2012) demonstraram que 16,9% dos adultos da amostra possuem dislipidemia.

Tabela 6 - Frequência do FRC Etilismo entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Curso	Etilismo		Total	%	n	%
	Sim	Não				
	n	%				
Psicologia	1	0,4	56	22,5	57	22,9
Enfermagem	0	0	84	33,7	84	33,7
Arquitetura	0	0	58	23,2	58	23,3
Engenharia de alimentos	0	0	50	20	50	20,1
Total	1	0,4	248	99,6	249	100
n=frequência;%=porcentagem						

Fonte: As autoras (2015).

Tabela 7 - Frequência de consumo de Álcool entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Consumo de Álcool								
	n	n	n	n	n	n		
Curso	Muito Freq	%	Freq	%	Ocasional	%	Rara	%
Psicologia	12	5	7	2,8	8	3,2	5	2
Enfermagem	0	0	2	0,8	13	5,2	16	6,4
Arquitetura	0	0	2	0,8	9	3,6	15	5,4
Engenharia de alimentos	0	0	0	0	10	4	12	4,1
Total	12	5	11	4,4	40	16	46	19
Muito Freq= Muito Frequentemente							n=frequência;%=porcentagem	
Freq= Frequentemente								
Ocasional= Ocasionalmente								
Rara= Raramente								
N ou QN= Nunca ou Quase Nunca								

Fonte: As autoras (2015).

Verifica-se a escassa frequência de diagnóstico de etilismo (TABELA 6) nos quatro cursos, sendo o curso de Psicologia com um único caso (0,4%). No entanto no que se refere ao consumo de álcool (Enunciado 7), 12 alunos de Psicologia afirmam beber "muito frequentemente", 7 alunos do mesmo curso consomem álcool "frequentemente", 13 alunos de Enfermagem afirmam beber álcool "ocasionalmente", 16 do mesmo curso fazem uso de álcool "raramente".

Veras et al (2007) inferiram em seu estudo sobre FRC em universitários que 31,1% fazem uso de álcool. Correia, Cavalcante e Santos (2010)

apontaram o consumo de álcool entre universitários paulistas em 28,89%. Por sua vez, Gomes et al (2012) relataram que 76,1% dos jovens adultos do município de Juazeiro no nordeste brasileiro ingerem álcool.

De acordo com o estudo de Pedrosa (2009), o percentual de universitários que fizeram uso de bebida alcoólica na vida foi de 90,4 %, sendo que 61,2% bebiam pelo menos 1 vez ao mês. Conforme Brasil (2010), a prevalência de uso na vida de álcool entre universitários nas 27 capitais do país é de 86,2%, sendo que na região norte o percentual encontrado foi de 73,5%. Nesse mesmo estudo, a prevalência de uso de álcool na vida teve destaque nas áreas do conhecimento: biológicas (86,5%) seguida de humanas (86,2%), corroborando então com os dados do Enunciado 8 que apontaram o consumo de álcool “muito frequentemente” entre os alunos do curso de Psicologia.

Em pesquisa sobre uso de drogas e comportamento de risco entre universitários, Chavez, O'Brien e Pillon (2005) revelaram que 72% dos estudantes já fizeram uso de bebida alcoólica. Por sua vez, Silva et al (2006) em estudo sobre fatores associados ao uso de álcool e drogas entre universitários, constataram que 84,7% de sua amostra fez uso de álcool nos últimos 12 meses.

No estudo sobre FRC em estagiários de uma clínica-escola na Universidade Estadual de Goiás, verificou-se que 41,1 % dos indivíduos consomem bebidas alcoólicas (PINHEIRO; FERNANDES; BOSCHETTI, 2009). Conforme estudo de Barreto, Passos e Giatti (2009), a prevalência de jovens adultos que consomem álcool em excesso nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal é de 8,6%.

Feliciano-Alfonso et al (2010) revelaram em seus achados científicos acerca de FRC em estudantes da Universidade de Colômbia que 60,6% fazem uso de álcool. Em relação à frequência de consumo de álcool entre adultos no Brasil, Iser et al (2012) apontaram que 18,9% são bebedores. Estudo sobre uso e abuso de álcool entre mulheres em Belo Horizonte, apontou que na faixa etária entre 18-24 e 25-34 encontra-se respectivamente maior frequência de mulheres com comportamento de uso abusivo de álcool (18,4%) e uso habitual de álcool (19,3%) (MACHADO et al, 2013).

Em relação uso de álcool considerado de risco, Abreu, Souza e Caiaffa (2011), expuseram a frequência de 9% de jovens com esse comportamento em sua amostra.

Tabela 8 - Frequência de consumo de Tabaco entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Curso	Fuma atualmente		Total			
	Ocasionalmente	Não fuma				
	n	%	n	%	n	%
Psicologia	7	2,8	50	20	57	22,8
Enfermagem	2	0,8	83	33,2	85	34
Arquitetura	6	2,4	52	20,8	58	23,2
Engenharia de alimentos	2	0,8	48	19,2	50	20
Total	17	6,8	233	93,2	250	100
n= frequência; %= porcentagem						

Fonte: As autoras (2015).

A maior frequência de consumo de tabaco destaca-se no curso de Psicologia no qual (2,8%) dos alunos fumam ocasionalmente seguida do curso de Arquitetura com (2,4%) de fumantes ocasionais.

Em estudo sobre Perfil epidemiológico de consumo de álcool e tabaco de Pedrosa (2009), refere que 10,9% dos estudantes de universidades públicas de Maceió/Alagoas consomem tabaco. Conforme Brasil (2010), a prevalência de uso na vida de Tabaco entre universitários das 27 capitais do país é de 46,7%, sendo que na região norte o percentual encontrado foi de 17,9%. Ainda, nesse mesmo estudo, a prevalência do uso de Tabaco na vida destacou-se nas áreas do conhecimento: Humanas (29,9%) seguida de Exatas (26,4%), o que corrobora com os achados da Tabela 8 que demonstra maior frequência de fumantes ocasionais entre os estudantes de Psicologia.

Em pesquisa sobre uso de drogas e comportamento de risco entre universitários, Chavez, O'Brien e Pillon (2005) revelaram que 64,5% dos estudantes já fumaram. Por sua vez, Silva et al (2006) em estudo sobre fatores associados ao uso de álcool e drogas entre universitários, constataram que 22,8% de sua amostra fez uso de tabaco nos últimos 12 meses.

Na universidade Estadual de Goiás, um dos FRC de menor prevalência foi o tabagismo que segundo Pinheiro, Fernandes e Boschetti (2009) representa

2,7% de sua amostra. Em relação o impacto da exposição acadêmica na saúde de universitários, Brandão, Pimentel e Cardoso (2011) inferiram que 19,3% dos alunos veteranos fumam em relação aos calouros que afirmaram não fazerem uso de tabaco.

Achados de Silva et al (2009) sobre tabagismo e escolaridade no Brasil, demonstraram que 26,4% dos homens de Manaus com escolaridade entre 0 e 8 anos fazem uso de tabaco em relação a 12,4% com 9 ou mais anos de escolaridade. Entre as mulheres destaca-se 11,2% tabagistas com escolaridade entre 0 e 8 anos em comparação a 5,8% de tabagistas com 9 ou mais anos de escolaridade. Em Minas Gerais, a prevalência de tabagismo entre adolescentes e adultos foi avaliada por Abreu, Souza e Caiaffa (2011) com 11,7% de frequência, sendo os fatores associados elencados como: consumo excessivo de álcool, maioridade, pai fumante, irmão fumante e melhor amigo fumante.

Em pesquisa sobre FRC em jovens estudantes da universidade de Colômbia, Feliciano-Alfonso et al (2010) referem que 18,9% dos estudantes fumam tabaco. No que diz respeito ao estudo de fatores de risco e proteção em adultos no Brasil, Iser et al (2012) através do VIGITEL afirmaram que 15,5% de sua amostra são de fumantes. No que se refere ao consumo de tabaco entre mulheres jovens adultas de Minas Gerais, Machado et al (2013) relataram que 11,7% das mulheres de seu estudo fumam tabaco.

Tabela 9 - Frequência do FRC Herança Familiar para Diabetes entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Família- Diabetes						
Curso						
	Sim	Não	Total			
	n	%	n	%	n	%
Psicologia	23	9,2	34	13,6	57	22,8
Enfermagem	49	19,6	36	14,4	85	34
Arquitetura	25	10	33	13,2	58	23,2
Engenharia de alimentos	23	9,2	27	10,8	50	20
Total	120	48	130	52	250	100100
n= frequência; %= porcentagem						

Fonte: As autoras (2015).

Destaca-se a maior frequência de herança positiva para diabetes no curso de Enfermagem (19,6%), sendo que 48% do total de alunos analisados possuem hereditariedade para essa doença. Esse resultado corrobora com a pesquisa de Gomes et al (2012) que encontraram uma prevalência de 46,7% de história familiar para Diabetes. Assim como Correia, Cavalcante e Santos (2010) que afirmaram em sua pesquisa 54,55% de universitários com antecedentes familiares.

Os achados de Petribú, Cabral e Arruda (2009) correspondentes a 11,2% de herança positiva para Diabetes não corroboram com os resultados da pesquisa. Assim como Veras et al (2007) que apresentou um valor mais elevado (72,1%).

Tabela 10 - Frequência do FRC Herança Familiar para HAS entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Família- HAS						
Curso						
	Sim	Não	Total			
	n	%	n	%	n	%
Psicologia	29	11,6	28	11,2	57	22,8
Enfermagem	62	24,8	23	9,2	85	34
Arquitetura	30	12	28	11,2	58	23,2
Engenharia de alimentos	25	10	25	10	50	20
Total	146	58,4	104	41,6	250	100
n= frequência; %= porcentagem						

Fonte: As autoras (2015).

Houve predomínio de hereditariedade para HAS no curso de Enfermagem (24,8%), com destaque para o total de 58,4% nos cursos analisados. Esses achados confirmaram os de Gomes et al (2012) que encontraram a prevalência de 68,7 % herança genética para HAS advindos do pai ou da mãe, que corroboram com Correia, Cavalcante e Santos (2010) com 63,64% de universitários com herança positiva.

Petribú, Cabral e Arruda (2009) referiram a prevalência de 35,2% de universitários com antecedentes familiares. Veras et al (2007) por sua vez apontaram 76,2 % de sua amostra como detentora desse FRC.

Tabela 11 - Frequência do FRC Herança Familiar para Obesidade entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Família- Obesidade						
Curso						
	Sim	Não	Total			
	n	%	n	%	n	%
Psicologia	12	4,8	45	18	57	22,8
Enfermagem	30	12	55	22	85	34
Arquitetura	15	6	43	17,2	58	23,2
Engenharia de alimentos	13	5,2	37	14,8	50	20
Total	70	28	180	72	250	100
n= frequência; %= porcentagem						

Fonte: As autoras (2015).

A prevalência de herança positiva para obesidade foi constatada no curso de Enfermagem (12%), compreendendo-se que 28% dos universitários relataram ter fator de risco para essa doença. A pesquisa de Petribú, Arruda e Cabral (2009) corrobora com esses achados, posto que 20% dos universitários de sua pesquisa são constatados como portadores do referido FR.

Em contrapartida, Veras et al (2007) identificaram 5,9% de universitários com antecedentes familiares para obesidade.

Tabela 12 - Frequência do FRC Herança Familiar para Hipercolesterolemia entre universitários da UFAM dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de Alimentos (n= 250)

Família- Hipercolesterolemia						
Curso						
	Sim	Não	Total			
	n	%	N	%	n	%
Psicologia	21	8,4	36	14,4	57	22,8
Enfermagem	45	18	40	16	85	34
Arquitetura	32	12,8	26	10,4	58	23,2
Engenharia de alimentos	24	9,6	26	10,4	50	20
Total	122	48,8	128	51,2	250	100
n= frequência; %= porcentagem						

Fonte: As autoras (2015).

Observa-se maior frequência de alunos com herança positiva para hipercolesterolemia no curso de Enfermagem (18%), sendo que do total de alunos analisados, 48,8% possuem familiares acometidos por essa doença.

Esses dados corroboram com os de Gomes et al (2012) que apresentaram 34,8% de sua amostra com antecedentes familiares para hipercolesterolemia. Por sua vez, Veras et al (2007) relataram uma frequência mais elevada (60,5%) de universitários com o mesmo FR.

Quem ou o que controla a sua saúde?

Os dados relativos ao indicador da percepção pessoal sobre quem ou o quê controla a saúde dos universitários são apresentados abaixo.

Tabela 13 - *Locus* de Controle da Saúde nos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de alimentos (n= 250)

	Psicologia	Enfermagem	Arquitetura	Eng. de Alimentos
	n	n	n	n
	57	85	58	50
Dimensões	M DP	M DP	M DP	M DP
Internalidade	21,73 2,97	22,25 3,58	21,96 4,33	22,40 3,90
Outros Poderosos	17,14 3,55	17,30 4,21	16,25 3,78	18,52 4,60
Externalidade	12,56 3,99	11,94 3,90	12,46 3,93	12,78 4,14
n= frequência; M= média; DP= desvio padrão				

Fonte: As autoras (2015).

Observando os resultados apresentados acima é possível perceber que entre os cursos estudados, as dimensões Internalidade e Outros Poderosos apresentaram respectivamente M= 21,73 e M=17,14, Enfermagem, M= 22,25 e M= 17,30, Psicologia, M= 22,96 e M=16,25, Arquitetura, M= 22,40 e M=18,52, Engenharia de Alimentos. Em relação à dimensão Externalidade nota-se diferenças entre os desvios padrão, sendo todos pequenos. Não se observou diferenças entre os cursos.

Brandão et al (2006) apontam que indivíduos com predomínio do *locus* de controle interno acreditam que a causa de muitos fenômenos encontra-se no próprio sujeito. Porém, aqueles nos quais o predomínio do *locus* de controle é externo atribuem a origem das causas a outras pessoas, entidades, forças do meio ambiente, acaso, sorte, desejo de Deus, ou seja, todas fora de seu controle.

De acordo com Timm, Argimon e Wendt (2011) os chamados internos são mais sensíveis a mensagens de saúde, tendem a ter maior conhecimento sobre condições de saúde, tentam melhorar seu funcionamento físico e através de esforço próprio podem ser menos suscetíveis a disfunções físicas e psicológicas, provavelmente sendo mais responsáveis por sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa evidenciou que o perfil do universitário da UFAM é na maioria do sexo feminino, com faixa etária entre 18-24 anos, solteiros, não empregados, que desfrutam de férias 1 vez ao ano, com renda familiar entre 5 a 8 salários mínimos, de religião católica e praticante. O conteúdo de maior relevância desta análise está nos aspectos modificáveis, por se inserir neste âmbito o estilo de vida. Todavia, os aspectos não modificáveis foram mencionados devido ao sinergismo entre FR que são cruciais na manifestação na DCV. Em relação à presença de FRC, houve maior frequência dos FR modificáveis, como o sedentarismo, sobrepeso e hipercolesterolemia.

No que se refere ao FR não modificável, herança positiva, a HAS foram representativas na maioria dos universitários da amostra. É fundamental salientar que a HAS contribui para o seguimento de complicações vasculares e de cardiopatia. Estas informações devem nortear a criação de um programa preventivo em relação aos riscos aqui estudados a respeito do sobrepeso, devem ser direcionadas à dieta, apontando para a necessidade de reeducação alimentar e não dietas curtas, sendo a dieta como a primeira conduta a ser implementada, pois funciona como o principal fator dentro dos fatores modificáveis (GOMES, 2012).

Sobre o LC, os dados revelam que em relação ao que pensam e fazem sobre a sua própria saúde, a maioria atribui a responsabilidade a si mesmo. Para que o autocuidado tenha sucesso é necessário perceber as próprias necessidades, ou seja, indagar-se sobre o que é realmente preciso ter no estilo de vida para manter a saúde. A percepção do indivíduo sobre um problema a ser enfrentado, em seu ritmo natural, é um fator importante que influencia na reação para a busca de melhorias. Assim, há possibilidade de harmonizar a saúde com o viver do cotidiano. Algumas pessoas que acreditam que o seu *locus* é interno baseiam-se nos resultados, bons ou ruins, que ocorrem em

função de algo que fizeram ou que eventualmente deixaram de fazer. Portanto, culpam-se pelos fracassos e assumem atitudes pelo sucesso (GUERRA, 2010). O controle interno tem sido importante para os cuidados de saúde, na adoção de comportamentos de saúde (redução do peso excessivo, controle de HAS), sendo uma variável significativa para o desenvolvimento de programas de intervenção na promoção da saúde e na prevenção da doença (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

Apesar dos dados apontarem para resultados satisfatórios, sugere-se o desenvolvimento de um instrumento específico para avaliar a percepção de risco cardiovascular, posto que muitos jovens adultos portadores de herança positiva para DCV desconhecem quais são os FRC assim como também confundem com outros fatores que não são de risco cardiovascular. Portanto, são necessários outros estudos que envolvam outras instituições acadêmicas, com maior tamanho amostral.

Em si tratando de empoderamento do conhecimento para busca de tratamento, os resultados desse estudo podem oferecer subsídios para a criação de um *software* que poderá ser disponibilizado ao acesso através do site da UFAM, ao qual o aluno terá a possibilidade de responder perguntas sobre seu estado atual de saúde. Em seguida, conforme o resultado do questionário o aluno poderá ser encaminhando a um serviço de saúde conveniado a universidade para receber tratamento, caso necessite.

Sugere-se também um trabalho de psicoeducação nas universidades através de eventos científicos, oficinas e seminários que possibilitem o acesso ao conhecimento dos FRC pelos universitários, visando capacitá-los como multiplicadores desses conhecimentos. Entre as suas tarefas curriculares, fomentar a transmissão de informações através de programas em escolas de ensino fundamental e médio e por intermédio de convênios vinculados ao estágio curricular ou remunerado, de forma contínua.

Salienta-se que a detecção precoce da presença de FR no jovem adulto possibilita o planejamento e a implementação de programas intervencionistas e preventivos direcionados à redução da probabilidade de manifestação das DCV no futuro. Mediante os resultados obtidos, os indicativos desta pesquisa são convites para os profissionais da área da saúde e da educação atuarem a

partir dos conhecimentos adquiridos e investir nesta população, educando-os a mudar comportamentos de risco, de forma a reduzir a incidência futura de DCV.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D.O, et. al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 370, n. 9603, p. 1929-38, 2007.

ABREU-RODRIGUES, M. *Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental*. 2008. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

ABREU, M. N. S; SOUZA, C. F.; CAIAFFA, W. T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 935-943, maio 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

ALBERTANI et al (Orgs.). *Trabalhando com fatores de risco e proteção*. In: CURSO de Prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

ALVES, A. A. S.; MARQUES, I. R. Fatores relacionados ao risco de doença arterial coronariana entre estudantes de enfermagem. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12., 2009, São Paulo. *Anais...* São Paulo: SP, 2009. 1601 p.

BAPTISTA, M.N. et. al. Suporte familiar, auto-eficácia e *locus* de controle evidências de validade entre os constructos. *Psicologia: ciência e profissão*,

Brasília, v. 28, n. 2, jun. 2008.

BARDONE, A. et al. Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology*, v. 8, n. 4, p. 811-829, oct. 1996. (Developmental Pathways: Diversity in Process and Outcome).

BARRETO S. M; PASSOS, V. M. A; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Revista Saúde Pública*, n. 43, p. 9-17, 2009. Suplemento 2.

BIBBINS-DOMINGO, K.; PEÑA, M. B. Caring for the “Young Invincibles”. *Journal of General Internal Medicine*, 25, n. 7, p. 642-643, 2010.

BORBA. C. S.; LEMOS, I. G. S.; HAYASIDA, N. M. A. Epidemiologia e fatores de risco cardiovasculares em jovens adultos: revisão da literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 31, n. 1, p. 51-60, 2015.

BORGES, T.T et. al. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1511-1520, jul. 2009.

BRANDÃO, I. M. G et al. Cárie precoce: influência de variáveis sociocomportamentais e do *locus* de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1247-1256, jun. 2006.

BRANDÃO, M. P. et al. Factores de risco cardiovascular numa população universitária portuguesa [1]. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, v. 27, n. 1, p. 7-25, 2008.

BRANDÃO, M. P.; PIMENTEL, F. L.; CARDOSO, M. F. Impact of academic exposure on health status of university students. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 49-58, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de*

adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais*. Brasília, 2006.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília, 2007.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Organizado por Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Lucio Garcia de Oliveira. Brasília: SENAD, 2010. 284 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, 2012. v. II.

BRITISH CARDIAC SOCIETY. Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. *Journal of the British Cardiac Society*, p. 91, dez. 2005.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPAGNOLI, T.; GONZALEZ, L.; CRUZ, F. S. Salt intake and blood pressure in the university of Asuncion-Paraguay youths: a preliminary study. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 34, n. 4, p. 361-368, 2012.

CAPEWELL, S. et al. Cardiovascular risk factor trends and the potential of reducing coronary heart disease mortality in the United States of America. *Bulletin of the World Health Organization*, n. 88, p.120-130, 2010.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, ago. 2004.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CHAVEZ, K. A. P.; O'BRIEN, B.; PILLON, S. C. Uso de drogas e comportamento de risco no contexto de uma comunidade universitária. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, n. 13, nov./dez. 2005.

COOPER, M. L.; AGOCHA, V. B; SHELDON, M. S. A motivational perspective on risky behaviors: the role of personality and effect regulatory rocesses. *Journal of Personality*, v. 68, p. 1059-1088, 2000.

CORREIA, B. R.; CAVALCANTE, E.; SANTOS, E. D. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. *Revista da Sociedade Brasileira de Clinica Médica*, v. 8, p. 25-29, 2010.

COSTA, L. C.; THULER, L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 133-145, jan./jun. 2012.

CRAIG, W. Y.; PALOMAKI, G. E.; HADDOW, J. E. Cigarette smoking and serum-lipid and lipoprotein concentrations - an analysing of publisch data. *British Medical Journal*, v. 298, p. 784-8, 1989.

DELA COLETA, M. F. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, v. 18, n. 1-2, p. 69-78, jan./dez. 2010.

_____. Escala multidimensional de *locus* de controle de Levenson. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, v. 39, n. 2, p. 79-97, abr./jun. 1987.

_____. *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde*. Taubaté: Cabral, 2004.

DIREITOS DA POPULAÇÃO JOVEM. *Um marco para o desenvolvimento*. 2. ed. Brasília: UNVPA - Fundo de População das Nações Unidas, 2010.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2009-2014). *Pocket Book*. Rio de Janeiro: SBC Tecnologia da Informação e Comunicação, Núcleo Interno de Publicação, [s.d.].

DOMINGUES, M.R.; ARAÚJO, C. L. P.; GIGANTE, D. P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 104-125, 2004.

FALCÃO, V. T. F. L; MIRANDA, M. L; SILVA, R. M. C. Prevalência de Obesidade e Sobrepeso entre os universitários do campus de saúde da universidade de Pernambuco. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 17-25, set./dez. 2007.

FEIJÓ, R. B. ; OLIVEIRA, A. E. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, v. 77, p. 125-134, 2011. Suplemento 2.

FELICIANO-ALFONSO et al. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in a population of young students from the national university of Colombia. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, n. 3, p. 293-298, 2010.

FREITAS, R.W.J.F. et.al. Análise do perfil lipídico de uma população de estudantes universitários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 5, set./out. 2013.

GIROTTO, C. A. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular em ingressantes universitarios. *Revista Saúde Pública*, v. 30, n. 6, p. 576-586, 1996.

GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B. K. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 2. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996.

GOMES, E.B et. al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65 n. 4, p. 594-600, jul./ago. 2012.

GOULART F.A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Brasília: PAHO; 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2014.

GUERRA, A.C.X. Impacto do *Locus* de Controle e Estratégias de *Copping* em doentes com dor crônica. 2010. Dissertação(Mestrado em Psicologia)-Faculdade de Filosofia de Braga, Universidade Católica Portuguesa, Rio de Janeiro, Brasil, 2010.

HAYASIDA, N.M.D.A. *Intervenção cognitivo-comportamental pré e pós-cirurgia de revascularização do miocárdio, em Manaus/AM*. 2010. Tese (Doutorado)-Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, USP, Ribeirão Preto, SP, 2010. Não publicada.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios – 2003*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad/>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

_____. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

ISER, B.P.M. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico - Vigitel Brasil - 2009. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, n. 1, p. 90-102, 2011. Suplemento.

JOIA, L.C. Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. *Revista Movimenta*, v. 3, n. 1, 2010.

KNUTH, AG et. al . Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base

populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 513-520, 2009.

LACERDA, R.B. *Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. SUPERA: Sistema de detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

LAFRAMBOISE, L. N. *Adolescent perspectives on risky driving*. 1998. Tese (Doutorado)-University of Colorado, 1998.

LENCOVÁ, E. et al. Relationship between parental locus of control and caries experience preschool children-cross-sectional survey. *BMC Public Health*, v. 8, p. 208, 2008.

LETHBRIDGE-CEJKU, M.; SCHILLER, J. S.; BERNADEL, L. Summary health statistics for US adults: National Health Interview Survey, 2002. *Vital and Health Statistics Series*, 10 (222): p.1-151, 2004.

LEVY, R. B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3089-3097, 2010. Suplemento 2.

LIMA, W.A et. al. Associação entre fatores de risco cardiovascular em adolescentes e pré-adolescentes com obesidade abdominal. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, v. 11, n. 2, p. 15-22, 2012.

LIPAROTTI, J. R. *Estilo de Vida individual de adultos jovens universitários com excesso de peso da Universidade Católica de Murcia – Espanha*. 2007. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2007.

MACHADO, I. E. et al. Factors associated with alcohol intake and alcohol abuse among women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 29, n. 970, p. 1449-1459, jul. 2013.

MACINTYRE, S.; DER, G.; NORRIE, J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? *International Journal of Epidemiology*, v. 34, n. 6, p. 1284-90, 2005.

MADUREIRA, A. S. et al. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2139-2146, out. 2009.

MALTA, D. C.; CEZARIO A. C, MOURA, L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MANN, S. J. et al. Elevation of ambulatory blood pressure in hypertensive smokers – A case-control study. *JAMA*, n. 265, p. 2226-8, 1991.

MARCON, M. A.; FARIAS, S. F. Estilo de vida de alunos pré-vestibulandos, nível de atividade física habitual, vulnerabilidade ao estresse e nutrição: um estudo de caso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, 3., 2001, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2001. 149 p.

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

MARIANO, K.G.T.S. et.al. Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de síndrome metabólica e doença cardiovascular em estudantes universitários. *Cadernos da Escola de Saúde*, Curitiba, v. 2, p. 50-62, 2013.

MATOS, M.; CARVALHOSA F. S. *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses: relatório do estudo de 1996 da rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: HBSC/OMS, 1996. Disponível em: <www.aventurasocial.com>. Acesso em: 4 de abr. 2014.

MARTINS, M. C. C. et al. Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. *Arquivos Brasileiros de*

Cardiologia, v. 95, n. 2, p. 192-199, 2010.

MARTINS, N. S. *Avaliação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e adultos jovens do Distrito Federal*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso–Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2013.

McCRACKEN, M. et al. Health behaviors of the young adult U.S. population: behavioral risk factor surveillance system, 2003. *Preventing Chronic Disease*, v. 4, n. 2, p. A25, apr. 2007.

McINTYRE, T. et.al. Intervenção Psicológica na Reabilitação pós-enfarte do miocárdio: Um esforço interdisciplinar. **Psicologia, Saúde e Doenças**. Braga, v.1, n.1, p. 53-60, 2000.

MENON, G. et al. Health Risk Perceptions and Consumer Psychology. *The Handbook of Consumer Psychology*, 2006.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. M; SANTOS, J. C. S. D. Fatores de Risco Cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010.

MUNDIM-MASINI, A. A. *Fatores de personalidade e percepção de risco podem predizer o comportamento de risco? um estudo com universitários*. 2009. 189 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada)-Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2009.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf, 2001.

NAVARRO, M. B. M. D. A.; CARDOSO, T. A. D. O. Percepção de risco e cognição: reflexão sobre a sociedade de risco. *Ciências & Cognição*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, nov. 2005.

NORIEGA, J. A. V. et al. *Locus de controle em uma população do nordeste brasileiro*. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 19, n. 3, p. 211-220,

set./out. 2003.

O'DONNELL, M. P. A simple framework to describe what works best: improving awareness, enhancing motivation, building skills, and providing opportunity. *American Journal of Health Promotion*, v. 20, n. 1, p. 1-7, 2007. Suppl1.

OLIVEIRA, C.M.D. *Fatores motivacionais relacionados ao início do tabagismo em estudantes adolescentes de Ribeirão Preto/SP*. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação gerontológica - OMS. In: Terceira Idade. **Qual a sua idade?** Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=97>. Acesso em: 28 jun. 2014.

_____; Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Prevenção de doenças crônicas um investimento vital*. Disponível em: <http://www.transdoreso.org/pdf/prevencao_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas*. Washington: PAHO, 2007. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-strat-cnccdspt.pdf>>. Acesso em: 3 de março de 2013.

PATRICK, M. E. Adolescents' reported reasons for alcohol and marijuana use as predictors of substance use and problems in adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, v. 72, p. 106-116, jan. 2011.

PAULINO, J. A. *Relação entre percepção e comportamento de risco e níveis de habilidades cognitivas em um grupo de adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. 2009. 124 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

PEDROSA, J. I. S. Promoção da saúde e educação em saúde. In: CASTRO, A.; MELO, M. (Org.). *SUS: resignificando a promoção da saúde*. São Paulo: OPAS; Hucitec, 2006. p. 77-95.

PEDROSA, A. A. S. *Perfil epidemiológico do consumo de álcool e fatores relacionados em estudantes universitários das ciências da saúde de Maceió/Alagoas*. 2009. 75f. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

PETTRIBÚ, M. M. V.; CABRAL, P. C.; ARRUDA, I. K. G. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. *Revista de Nutrição*, v. 22, n. 6, p. 837-846, nov./dez. 2009.

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C. D. Saúde do Adulto. In: CURSO de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, MG: NESCON/UFMG, 2008.

PINHEIRO, A. F. M.; FERNANDES, T. A. B.; BOSCHETTI, L. Fatores de risco cardiovascular em estagiários e funcionários da clínica-escola da universidade estadual de Goiás. *Revista Movimenta*, v. 2, n. 4, 2009.

PIRES, C. G. S. et al. Prática de atividade física entre estudantes de graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 5, p. 436-443, [s.d.].

RABINOW, P. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Ed. Relume- Dumará, 1998.

RIBEIRO, A. G. et al. A promoção da saúde e a Prevenção integrada dos Fatores de Risco para Doenças cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, jan. 2012.

RIBEIRO, J. L. P. *Introdução à Psicologia da Saúde*. 2. ed. Coimbra: Quarteto, 2007.

RIDDELL, L. J. et al. Impact of living arrangements and nationality on food habits and nutrient intakes in young adults. *Appetite*, v. 56, p. 726-731, 2011.

RODRIGUES, D. M. *Os aspectos cognitivos da qualidade de vida: Um estudo entre as variáveis do locus de controle e as do bem-estar subjetivo*. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2007.

RODRÍGUES-ROSETO, J. E. ; FERRIANI, M. G. C.; DELA COLETA, M. F. Escala de *locus* de controle da saúde - MHLIC: estudos de validação. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 179-184, mar./apr. 2002.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S. Adolescentes que fazem uso nocivo/abusivo de álcool: percepção de risco e proteção para dependência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 687-695, jul./set. 2013.

SAITO M. I.; SILVA L. E. V.; LEAL M. M. *Adolescência: prevenção e risco*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 601p.

SANTOS, O. T. R. P. F. M. D. *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola*. 2008. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008.

SILVA, M. A. M. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Maceió, São Paulo, v. 84, n. 5, mai. 2005.

SILVA, L. V. E. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 280-8, 2006.

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

SILVA, L.S.D. et.al. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Panamericana Salud Pública*, Washington, v. 34, n. 5, p. 343-350, nov. 2013.

SIMÃO, C. B.; NAHAS, M. V.; OLIVEIRA, E. S. A. Atividade física habitual, hábitos alimentares e prevalência de sobrepeso e obesidade em universitários da universidade do planalto catarinense – UNIPLAC, LAGES. S.C. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 2012.

SIROIS, B. C.; BURG, M. M. Negative emotion and coronary heart disease – a review. *Behavior Modification*, v. 27, n. 1, p. 83-102, 2003.

STUCCHI, R. A. G. *Crenças dos portadores de doença coronariana sobre os comportamentos de risco*. 1999. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, 1999.

SYME, S. L. *Stress and the heart: psychosocial pathways to coronary heart disease*. London: BMJ Books, 2002.

SZÉKELY, A. E. A. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and morbidity after coronary artery and valve surgery - 4-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, v. 69, n. 7, p. 625-631, sep. 2007.

TIMM, L. A.; ARGIMON, I. I. L.; WENDT, G. W. Correlação entre domínios de qualidade de vida e locus de controle da saúde em idosos residentes na comunidade. *Scientia medica*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 9-13, 2011.

TORRES, B. S.; GODOY, I. D. Doenças tabaco-relacionadas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 30, n. 2, cap. 4, ago. 2004.

U.S. Department of Health and Human Service (USDHH). The health consequences of smoking: cardiovascular disease. A report of the surgeon general. *Rockville*, p. 58, 1983.

VUORI, I. et al . How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. *Patient Education and Counseling*, v. 33, n. 1, p. 111-119, 1998. Suppl.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. [S.l.: s.n.], 2011.

_____. *Global status report on non communicable diseases 2010*. Geneva: WHO, 2011. Disponível em:< http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

_____. *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva, 2004. p. 112.

_____. *World health statistics 2012*. [S.l.: s.n.], 2012.

) Adultos Jovens - denominação utilizada conforme a Organização Mundial da Saúde, considerando a faixa etária entre 20-24 anos. ↵

)

Este estudo é parte de uma pesquisa de maior abrangência cujo tema “Análise de fatores de riscos cardiovasculares em universitários da cidade de Manaus”, coordenada pela profa. Dra. Nazaré Hayasida, com financiamento do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Chamada Universal- McTI/CNPq n° 14/2013) que objetiva realizar uma análise da incidência dos fatores de risco cardiovasculares em universitários da cidade de Manaus e dos padrões de comportamento relacionados à saúde. ↵

) Universo disponibilizado pelo Departamento de Estatística da
Pró-Reitoria de Ensino e Graduação (PROEG). ↵