

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
MESTRADO EM POLÍTICAS DE BEM-ESTAR EM PERSPECTIVA:  
EVOLUÇÃO, CONCEITOS E ACTORES  
PHOENIX ERASMUS MUNDUS - DYNAMICS OF HEALTH AND WELFARE

**ESTILOS DE VIDA: UM ESTUDO DE CASO COM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

MONIKE MARQUES D'ALENCAR ARARIPE COSTA

Orientador: Professor Doutor Francisco Martins Ramos

Co-Orientador: Professor Doutor John Carstensen

Évora  
2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
MESTRADO EM POLÍTICAS DE BEM-ESTAR EM PERSPECTIVA:  
EVOLUÇÃO, CONCEITOS E ACTORES  
PHOENIX ERASMUS MUNDUS - DYNAMICS OF HEALTH AND WELFARE

**ESTILOS DE VIDA: UM ESTUDO DE CASO COM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

MONIKE MARQUES D'ALENCAR ARARIPE COSTA

Orientador: Professor Doutor Francisco Martins Ramos

Co-Orientador: Professor Doutor John Carstensen

Évora  
2010

## Sumário

Lista de Tabelas, Gráficos e Quadros.....	6
Resumo.....	11
Abstract.....	12
1. Introdução.....	13
2. Educação em Saúde e Enfermagem.....	17
3. Questões Teórico Conceituais: Estilos de Vida e Fatores de Risco Associados.....	24
3.1. Tabagismo.....	24
3.2. Hábitos Nutricionais.....	27
3.3. Obesidade.....	29
3.4. Inatividade Física.....	30
3.5. Etilismo.....	31
4. Materiais e Métodos.....	33
4.1. Tipo de Estudo.....	33
4.2. Hipótese de Estudo.....	34
4.3. Cenário do Estudo.....	35
4.4. População.....	35
4.5. Instrumentos.....	36
4.6. Aspectos Éticos.....	38
4.7. Análise dos Dados.....	39
5. Descrição e Análise das Entrevistas.....	40
5.1. Alteração negativa nos estilos de vida dos estudantes, conforme o avanço dos estudos.....	44
5.2. Alteração positiva nos estilos de vida dos estudantes, conforme o avanço dos estudos.....	46

5.3. Alteração relativa nos estilos de vida dos estudantes, conforme o avanço dos estudos.....	47
6. Descrição dos dados quantitativos.....	53
6.1 Perfil dos estudantes.....	53
6.2. Questionário Fantástico.....	59
6.2.1. Família e Amigos.....	59
6.2.2. Atividade.....	60
6.2.3. Nutrição.....	61
6.2.4. Cigarro e Drogas.....	64
6.2.5. Álcool.....	66
6.2.6. Sono, Cinto de Segurança, Estresse e Sexo Seguro.....	69
6.2.7. Tipo de Comportamento.....	72
6.2.8. Introspecção.....	74
6.2.9. Carreira.....	76
7. Análise Conclusiva.....	78
8. Bibliografia.....	84
9. Anexos.....	89
9.1. Questionário Fantástico.....	89
9.1.1. Instruções.....	90
9.2. Fluxograma.....	91
10. Apêndices.....	92
10.1. Questionário Sócio-demográfico.....	92
10.2. Entrevistas.....	93
10.2.1 Entrevista com M1.....	93
10.2.2. Entrevista com H1.....	94
10.2.3. Entrevista com M2.....	95

10.2.4. Entrevista com M3.....	97
10.2.5. Entrevista com M4.....	98
10.2.6. Entrevista com M5.....	99
10.2.7. Entrevista com H2.....	100
10.2.8. Entrevista com M6.....	101
10.2.9. Entrevista com M7.....	103
10.2.10. Entrevista com M8.....	105
10.2.11. Entrevista com M9.....	106
10.2.12. Entrevista com M10.....	107
10.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Enfermeiros).....	109
10.4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudantes).....	111
10.5. E-mail de convite.....	113

## Agradecimentos

Devoto os mais sinceros agradecimentos à minha família, por apoiar as minhas escolhas, aos meus amigos de lá, por serem minha razão para voltar, aos amigos de cá por me ajudarem a suportar.

Agradecimentos ao meu orientador, ao meu co-orientador e aos organizadores deste mestrado.

Fácil não foi, mas valeu a pena!

*Para minha mãe*

## Canção do exílio

Minha terra tem palmeiras,  
Onde canta o Sabiá;  
As aves, que aqui gorjeiam,  
Não gorjeiam como lá.

Nosso céu tem mais estrelas,  
Nossas várzeas têm mais flores,  
Nossos bosques têm mais vida,  
Nossa vida mais amores.

Em cismar, sozinho, à noite,  
Mais prazer eu encontro lá;  
Minha terra tem palmeiras,  
Onde canta o Sabiá.

Minha terra tem primores,  
Que tais não encontro eu cá;  
Em cismar –sozinho, à noite–  
Mais prazer eu encontro lá;  
Minha terra tem palmeiras,  
Onde canta o Sabiá.

Não permita Deus que eu morra,  
Sem que eu volte para lá;  
Sem que disfrute os primores  
Que não encontro por cá;  
Sem qu'inda aviste as palmeiras,  
Onde canta o Sabiá.

De Primeiros cantos (1847)

Gonçalves Dias

## **Resumo**

### **ESTILOS DE VIDA: UM ESTUDO DE CASO COM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

Este estudo de caso buscou estabelecer a relação entre a frequência no curso de graduação em Enfermagem e os estilos de vida adotados pelos estudantes. Sabe-se que o estilo de vida adotado pelo indivíduo é co-responsável pelo seu estado de saúde. Apesar de os alunos serem expostos durante o curso a uma série de disciplinas e seminários que salientam a importante relação entre estilos de vida adequados para a manutenção de uma boa saúde, não é incomum observar entre os estudantes a adoção de práticas que põem em risco a sua própria saúde. Assim, neste estudo pretendeu-se verificar se há sensibilização que reflita na melhoria dos hábitos dos estudantes, comparando alunos do 1º período com os formandos do 9º período. Pretendeu-se também caracterizar a atividade docente no sentido da transmissão dos saberes, face aos estilos de vida mais adequados e propor estratégias estruturais e comportamentais que possibilitem uma melhoria nos estilos de vida desses jovens. Concluímos que os anos de faculdade não foram capazes de causar uma alteração positiva no estilo de vida dos estudantes, já que os alunos do período final apresentaram um estilo de vida pior que os do período inicial. Constatamos que a prática docente referente à Educação em Saúde em benefício do estudante foi muito variada, havendo professores que abordam temáticas relevantes dentro do conteúdo programático, os que vão além do programa e os que negligenciam a temática. Sugerimos um conjunto de medidas que visam à melhoria do estilo de vida do estudante, como ampliação dos restaurantes universitários, facilidade no acesso aos serviços de saúde, recompensas de créditos em disciplinas optativas de artes, educação física e alimentar que proporcione sua maior aderência, entre outros.

Palavras-Chave: Educação em saúde; Estilo de Vida; Enfermagem.

## **Abstract**

### **HEALTH STYLES: A CASE STUDY WITH NURSING STUDENTS OF UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

This case study aimed to establish the relationship between the attendance in the undergraduate program in nursing and healthy lifestyles adopted by its students. It is known that the lifestyle adopted by the individual is co-responsible for their health. Although students are exposed during the course to a series of classes and seminars that highlight the important relationship between lifestyle and the maintenance of good health, it is not uncommon to observe the adoption of practices by students that endanger their well-being. In this study we intended to determine whether there is an improvement in the students' lifestyles, when comparing data from students of the initial semester with data from the students in the last semester of studies. It was also intended to evaluate the teaching activity with regard to the transmission of knowledge in relation to lifestyle factors, and to propose appropriate structural and behavioral strategies that would enable an improvement in the lifestyles of the students. We concluded that the years in university were not able to cause a positive change in the lifestyle of the students, since the lifestyles of the students of the final period were worse than the lifestyles of students in the initial period. The professors' performances related to Health Education for the students' benefit, varied from professors who discussed relevant topics within the curriculum to those who went beyond the program, and those who neglected the subject altogether. We suggest a set of measures aimed at improving the lifestyle of the student such as an expansion in the number of university restaurants, the easing of access to health services, the rewarding of credits in elective courses in the arts, physical education among other measures.

Keywords: Health education, Lifestyle, Nursing.

## 1. Introdução

O presente estudo corresponde à dissertação do mestrado em Políticas de Bem-Estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores da Universidade de Évora e em Saúde e Sociedade da Universidade de Linköping.

Enquanto aluna do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense e do presente mestrado, estive inscrita em uma série de disciplinas e seminários que salientaram a importante relação entre estilos de vida adequados para a manutenção de uma boa saúde. Apesar disso, não é incomum observar entre acadêmicos de cursos da área da saúde, a adoção de práticas que põem em risco a sua própria saúde.

Refletindo sobre minha própria experiência, avalio que a Universidade me deixou mais alerta a respeito da necessidade de adotar estilos de vida saudáveis, pois aprendi como essa prática está intrinsecamente ligada ao aparecimento de doenças. Entretanto, não diria que a faculdade tenha proporcionado uma mudança positiva significativa em meu estilo de vida, uma vez que desde o princípio eu já possuía bons hábitos. Sem dúvida, porém, os anos de formação elevaram o meu nível de consciência sobre esta problemática.

Refletindo sobre os meus colegas e seus hábitos, especialmente daqueles mais próximos, pude identificar uma série de atitudes de risco como etilismo, tabagismo, prática de sexo inseguro, entre outros. Lembrou-me bem que alguns deles diziam ter ciência de que seus hábitos não eram saudáveis, mas que ainda assim persistiriam no erro. Em outros, observava determinação, muitas vezes bem sucedida, para se engajarem em estilos de vida mais saudáveis.

A partir dessa simples observação cotidiana, surgiu o interesse em verificar se existe alguma sensibilização por parte daqueles acadêmicos (estudantes) após a exposição às disciplinas do curso. Isto é, sumariamente, perceber se houve uma alteração nos estilos de vida que reflita positivamente nos hábitos da população em estudo. Assim, estabeleci como objeto de estudo, a relação entre a frequência

no curso de enfermagem e os estilos de vida adotados pelos estudantes.

Tendo sido a Universidade Federal Fluminense a minha escola de formação, e possuindo contatos desde o corpo docente ao administrativo e de chefia, me encontrei em situação privilegiada para dar início à coleta de dados do meu estudo, contando com a colaboração de todos. A boa disposição também foi percebida em outro cenário de estudo pretendido, apesar de não ter estabelecido contatos anteriores. Entretanto, as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com base na resolução 196/96 que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos foram um empecilho bastante grande e devo admitir, muito desanimador, pois possui prazos para apreciação muito alargados e determinou o cumprimento de uma série de aspectos burocráticos que exigiram demasiados documentos, pelo fato da pesquisa estar vinculada a instituições estrangeiras.

As dificuldades foram surgindo e sendo sempre superadas graças à minha motivação e absoluta convicção de que os estilos de vida são co-responsáveis pelo estado de saúde do indivíduo e de que a prática do enfermeiro envolvida na educação em saúde é também capaz de influenciar em hábitos de vida mais saudáveis por parte da população.

Neste estudo pretende-se estabelecer a relação entre a frequência no curso de enfermagem e o estilo de vida adotado pelos estudantes, caracterizar a atividade docente no sentido da transmissão dos saberes face aos estilos de vida mais adequados; propor estratégias estruturais e comportamentais que possibilitem uma melhoria nos estilos de vida desses jovens.

A eleição do tema justifica-se a partir da ciência de que os hábitos representados pelo estilo de vida adotado pelo indivíduo são co-responsáveis pelo seu estado de saúde.

Alguns autores consideram os anos da faculdade como sendo um dos mais críticos para a juventude, pois este momento é referido como a transição da infância à idade adulta (Can *et al*, 2008). É um período de desenvolvimento físico, psicológico, social e sexual, onde os jovens gradualmente assumem responsabilidade sobre sua própria saúde. Além dessas mudanças, jovens universitários possuem maior autonomia e controle sobre seu estilo de vida do que os adolescentes. Portanto, essa transição é o

momento de estabelecer estilos de vida saudáveis (Can *et al*, 2008).

Além da relevância para a saúde do indivíduo, há também a implicação na saúde coletiva. A juventude representa a constituição das gerações futuras e por isso os jovens possuem grande importância na promoção da saúde nas comunidades, apesar de muitas vezes serem negligenciados já que não fazem parte dos grupos prioritários de atenção à saúde. Além disso, como futuros profissionais da área da saúde, possuirão sem dúvida um papel na educação em saúde da população para adoção de um estilo de vida mais saudável e prevenção de fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças.

É inerente a profissão de enfermagem as ações em educação em saúde, sendo sempre observadas de maneira menos ou mais formal em sua prática cotidiana com o cliente. Assim, o pessoal de enfermagem pode ser visto como modelo pela população e é de fundamental importância que o profissional além de proporcionar uma adequada educação em saúde, possua condutas saudáveis que sirvam de exemplo. Portanto, a relevância existe, na medida que ao identificar o estilo de vida dos acadêmicos de enfermagem no início e no final do curso, o estudo possibilitará o fornecimento de informações coerentes ao estilo de vida de jovens universitários, evidenciando a implicação do curso de enfermagem em seus estilos de vida. Fatores conflitantes como distância da família, o estresse diário de viagens de uma cidade a outra, entre outros, são considerações importantes em futuras discussões perante o currículo de formação de enfermeiros e outras categorias profissionais.

Aos profissionais de saúde, professores, chefes de departamento, que ao conhecerem o estilo de vida de seus alunos, possam ter respeito às dificuldades e diferenças encontradas na sala de aula e possam promover uma prática docente de qualidade, sempre fornecendo conhecimentos através de práticas de educação em saúde, e buscando, na medida do possível e dentro das dificuldades orçamentárias que sabidamente as universidades públicas brasileiras enfrentam, a implementação de estratégias que possibilitem uma modificação de hábitos prejudiciais à saúde dos jovens.

Aos acadêmicos da área da saúde que ao ingressarem na faculdade possuam uma idéia pouco desenvolvida sobre a importância dos estilos de vida na manutenção da boa saúde do indivíduo, e também para aqueles que já no final do curso ainda não acreditem no papel do enfermeiro como

educador em saúde e modelo para a comunidade, poderão usufruir deste material a fim de clarificarem suas idéias, com uma conseqüente reflexão sobre a temática.

O presente estudo está sistematizado do seguinte modo: para além da presente Introdução, o primeiro capítulo intitulado “Educação em Saúde e Enfermagem” aborda conceitos de Saúde como o bem-estar holístico do indivíduo e da Educação como parte deste processo, bem como o papel do enfermeiro educador. O capítulo seguinte, designado “A Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa” trata de uma breve descrição do cenário deste estudo. O capítulo terceiro designa-se “Questões Teóricas Conceituais: Estilos de Vida e Fatores de Risco Associados”, retoma o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde e versa sobre a relevância dos estilos de vida como determinantes do estado de saúde do indivíduo, com foco no tabagismo, hábitos nutricionais, obesidade, inatividade física e etilismo. Em seguida, descrevem-se os “Materiais e Métodos” do estudo. Os resultados são apresentados nos capítulos de “Descrição e Análise das Entrevistas” e “Descrição dos Dados Quantitativos”. O capítulo final tem por título “Análise Conclusiva” e apresenta uma síntese dos resultados encontrados e recomendações gerais. Esta dissertação contém ainda a bibliografia, os anexos e apêndices.

## **2. Educação em Saúde e Enfermagem**

A lei nº. 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências, define a saúde em seu segundo artigo como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O inciso primeiro do referido artigo discorre que o dever do Estado em garantir a saúde de toda a população deve ser alcançado através da formulação e execução de políticas, sejam elas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos, à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entendo que a educação está incluída tanto nas políticas econômicas como nas sociais propostas pelo governo, à medida que através dela, o indivíduo adquire ferramentas que possibilitam a mudança de sua realidade tanto econômica como social. Por meio da garantia de educação para todos na rede básica de ensino e no Ensino Médio, e da ampliação no investimento também no ensino profissionalizante e superior, o sujeito adquire ferramentas e um incremento em seu capital econômico e social, que são para mim indissociáveis. Entretanto, conforme disposto no segundo inciso do mesmo artigo, “ O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”, portanto, as mesmas condições econômicas e sociais podem ser limitantes para a sua transformação.

Para Freire (1979), a educação faz parte da vivência do dia-a-dia e deve constituir-se em instrumento de transformação, de forma que se possa ajudar as pessoas a se descobrirem e a desenvolverem suas potencialidades de crescimento individual e coletivo. Assim concebida, a educação implica em uma busca por parte da pessoa que se descobre sujeito de sua própria educação. Essa busca, segundo o autor, não se dá de forma isolada, na individualidade de cada um, mas realiza-se na relação com outras pessoas que têm objetivos comuns.

Levy (1996) afirma que a educação é um processo representado por toda e qualquer influência sofrida pelo indivíduo, capaz de modificar-lhe o comportamento, e que a forma pela qual essas influências são exercidas e sentidas pelo educando, definem a educação em dois tipos a saber: a heteroeducação e a autoeducação.

Segundo o autor, o primeiro tipo ocorre quando as influências incidem sobre o indivíduo independentemente de sua vontade e quando não há a participação deliberada e intencional do próprio sujeito da educação, embora ele seja levado inconscientemente a participar do processo. Em oposição, na auto-educação, existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de lhe modificar o comportamento e submeter-se a elas.

No campo da educação em saúde, que é o que nos interessa aqui, mesmo considerando-se que a heteroeducação possua um papel objetivo importantíssimo, conceitualmente, o trabalho deve ficar mais voltado para a auto-educação, pois exprime a tomada de consciência por parte do indivíduo acerca da importância do processo educativo para sua formação e desenvolvimento, que pode ser refletida na adoção de um estilo de vida mais saudável (Levy, 1996).

Tones identifica quatro correntes filosóficas na prática de educação em saúde: a preventiva, a educativa, a do desenvolvimento pessoal e a radical (Stotz, 1993). O enfoque preventivo baseia-se na idéia da prevenção das doenças através da mudança de comportamento dos indivíduos, pois acredita que esses comportamentos têm grande importância na etiologia das doenças crônico-degenerativas. Nesta abordagem, o educador é o sujeito da ação e deve estimular ou persuadir as pessoas a modificarem esses padrões, substituindo-os por hábitos de vida mais saudáveis. A eficácia deste enfoque expressa-se em comportamentos específicos como deixar de fumar, mudar a dieta nutricional, iniciar a prática de exercícios físicos, entre outras práticas saudáveis. Este parece ser o enfoque dominante nos serviços de saúde no Brasil.

Um outro enfoque identificado por Tones, é o educativo, que tem como princípio a eleição informada sobre os riscos à saúde. Ao educador cabe assegurar que as informações dadas foram bem compreendidas e buscar compartilhar e explorar crenças e os valores dos clientes a respeito de uma determinada informação sobre saúde, discutindo suas implicações práticas (Stotz, 1993).

Na Enfermagem, a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro além de ser um cuidador é um educador, tanto para o paciente quanto para a

família, realizando orientações. Todavia, dependendo da opção pedagógica que adotem e pratiquem, podem fortalecer ou debilitar o desenvolvimento da consciência crítica de pessoas, grupos ou população, bem como fortalecer, ou não, valores e hábitos de saúde, a criatividade, a solidariedade e a participação real que constituem componentes importantes para uma melhor qualidade de vida.

Para serem efetivas, as ações em educação não podem ser elaboradas sem se levar em conta a situação real de vida do indivíduo e da coletividade, para quem ela é destinada, sem levar em consideração as relações do processo saúde-doença com as condições de trabalho, de alimentação, de lazer, de educação, de participação social, entre outros. Assim, diferentes enfoques devem ser avaliados para diferentes públicos, ou até mesmo uma combinação dos mesmos. Em outras palavras, o que pode parecer prejudicial à saúde para um grupo, pode não ser para outro, que dessa forma não deseja a mudança. Portanto, partindo-se do enfoque preventivo, dizer que fumar é prejudicial à saúde à uma pessoa para quem o cigarro representa status, ou lhe confere tranqüilidade, e esperar que ela altere seus hábitos, parece ser fora da realidade. Considerando todos aqueles aspectos acima mencionados, é que surgirão condições para as mudanças desejáveis.

Sabóia (2003), reforça a relevância da individualidade de cada ser, quando faz uma crítica aos valores burgueses dominantes em nossa cultura que julgam inadmissível que as pessoas de uma classe social menos abastada possam encontrar-se satisfeitas com seu modo de viver e não querer mudar. *“Em outras palavras, mesmo as pessoas que vivem em condições de vida consideradas como inadequadas pelas enfermeiras, tendo em vista o seu contexto social, econômico e cultural, podem estar sentindo-se saudáveis, terem crenças sobre saúde e sobre a sua saúde, embora se deparem com dificuldades. Elas podem partir do pressuposto de que tais circunstâncias não constituem um problema de saúde na sua totalidade, pois não estão doentes como um todo”*(Sabóia, 2003, p.81).

Todavia, a autora prossegue seu discurso dizendo que essa concepção do indivíduo não deve impedir, entretanto, a prática da educação em saúde, inerente à efermagem, pois claramente a hipótese não invalida a alternativa que o conhecimento possa apresentar-lhes outras possibilidades de direcionamento da própria vida (Sabóia, 2003).

A cada ator da troca que é a educação em saúde, cabe o seu papel. Baseando-se no enfoque educativo definido por Tones, cabe ao enfermeiro assegurar-se que os conhecimentos foram transmitidos corretamente e também compreendidos, e não meramente transmitir a mensagem. Sabemos, entretanto que não se pode esperar que as indicações, conselhos e orientações sejam automaticamente aceitos e incorporados no cotidiano da população. Além disso, a conscientização da necessidade de mudança não é, por si só, suficiente para transformar comportamentos e hábitos.

O “*Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services*”, pontua que o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação, no sentido de que é um trabalho dinâmico. De uma forma geral, seus objetivos são encorajar as pessoas a adotarem e manterem padrões de vida saudáveis, a usar de forma cuidadosa e responsável os serviços de saúde colocados à sua disposição, e a tomarem suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente”(WHO, 1969).

Estas assertivas equivalem a dizer que a educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária. A tudo isto deve ser acrescentado que a Educação em Saúde é um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes (Levy, 1996).

Valla e Stotz (1994) afirmam que o objetivo da prática educativa em saúde é facilitar ao máximo o poder dos indivíduos sobre suas vidas. Desta forma, a educação em saúde deve não só explicar, mas também ajudar as pessoas a examinarem as bases sociais de suas vidas e trabalho, enquanto situações adversas à saúde em suas comunidades, como fatores limitantes à plena realização de sua saúde e neles incumbir o desejo da melhora (Sabóia, 2003).

Moreira *et. al* (2001) criticam a visão da educação em saúde como mera divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, muitas vezes, distante da realidade de vida da população ou indivíduo e garante que “*o fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a*

*capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico”* (Moreira *et. al*, 2001, p.15).

A atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas, como supõe o enfoque preventivo, em que o educador é o sujeito da ação. Como já foi abordado, a simples informação, divulgação ou transmissão de conhecimento, a respeito da promoção da saúde e prevenção de doenças, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para a alteração dos estilos de vida da população, que reflitam na melhoria de sua qualidade de vida (Moreira *et. al*, 2001).

Sabóia (2003) faz uma crítica sobre a prática da educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde, mais especificamente as enfermeiras. A autora garante que apesar dos discursos sobre a educação em saúde fortalecerem a participação do cliente no seu tratamento, a percepção e a visão de que o mesmo é um indivíduo capaz de pensar, refletir, conhecer e optar, decidindo o que é melhor para si, como ser dotado de razão, de vontade e de capacidade de exercer sua liberdade, tal processo parece ainda não acontecer satisfatoriamente, uma vez que quem planeja, executa e avalia o mesmo são os profissionais, sem que haja espaço para qualquer participação da sua clientela, conforme previsto pelo enfoque preventivo.

Ora, que as informações proporcionadas a partir da educação em saúde sejam capazes de influenciar nos estilos de vida adotados pelo indivíduo, não resta qualquer dúvida, uma vez que quase tudo o que somos e fazemos é resultado da educação que recebemos, tenha sido ela formal ou não. Em contra partida, devemos então culpabilizar o indivíduo pela sua falta de saúde por adotar determinados estilos de vida? Certamente que não! Culpabilizar uma pessoa totalmente pelo seu estado de saúde, seria dizer que ela é responsável por não ter um emprego que lhe proporcione dinheiro suficiente para uma alimentação adequada, um tempo de lazer satisfatório, entre tantos outros exemplos. Concordo com Sabóia (2003) quando ela diz que não cabe julgar. Cabe a enfermagem interferir de modo a proporcionar conhecimento ao indivíduo sobre os fatores de vida e além disso, ser um sujeito ativamente político na tentativa de agir

nas bases que levam o sujeito a agir daquela forma, isto é, aquelas que podem ser modificáveis através de políticas públicas.

Nesses discursos, mais do que o caráter informativo da educação, valoriza-se o aspecto comportamental, o que ocorre, sem que se considere a dimensão reflexivo-crítica. Essa linha de pensamento encontra explicação na tendência funcionalista de analisar os problemas de saúde da população, segundo o viés da inadequação de seus comportamentos e das chamadas carências culturais. Segundo tal visão, cumpre modificar os comportamentos, pois os indivíduos, por meio de seus hábitos e atitudes são, em última instância os responsáveis pelas moléstias de que são acometidos (Sabóia, 2003).

Sabóia (2003) argumenta contra a face impositiva da saúde, como instrumento de controle comportamental da população, afirmando que seu discurso oculta o fator ideológico, subjacente à ação educativa, pois ela tende a reforçar os valores, conhecimentos, hábitos e atitudes derivados do projeto de vida burguês. Dessa maneira, tudo o que se afastar do mesmo, precisa ser objeto de intervenção; no caso presente, pela via da modificação de comportamentos, disciplinando a rotina de vida da clientela e da educação em saúde.

A autora prossegue o seu discurso focalizando na presença desse fenômeno no processo da escolarização em todos os níveis. Para Almeida e Rocha, o saber da enfermagem é legitimado e reproduzido pelo ensino formal. Foucault, por sua vez, assinala que as escolas e a educação formal favorecem o crescimento do poder disciplinar. Em seu livro “*Vigiar e Punir*”, o autor questiona se devemos ainda nos admirar que as escolas se pareçam tanto com as fábricas, com os quartéis e com os hospitais, e que todos afinal se pareçam às prisões (Sabóia, 2003).

As próprias enfermeiras reforçam a face disciplinadora da educação em saúde, que fica clara quando se valem com muita frequência de termos derivados do discurso militar, tais como: controle, estratégias, combate, recrutamento e campanha, comumente utilizados até os dias atuais.

Segundo Valla e Melo (1992), os profissionais poderiam aproveitar as instituições de saúde pública para ajudar as pessoas a verem que a grande maioria da população vive os mesmos problemas e têm as

mesmas experiências com as doenças. Apesar dessa verdade incontestável, até o momento, a educação e a saúde, em grande parte, tem passado à população a idéia de que cada pessoa é culpada por sua condição de vida.

Na Enfermagem, a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro além de ser um cuidador é um educador, tanto para o paciente quanto para a família, realizando orientações. Todavia, dependendo da opção pedagógica que adotem e pratiquem, podem fortalecer ou debilitar o desenvolvimento da consciência crítica de pessoas, grupos ou população, bem como fortalecer, ou não, valores e hábitos de saúde, a criatividade, a solidariedade e a participação real que constituem componentes importantes para uma melhor qualidade de vida.

As mudanças, visando como objetivo final uma melhor qualidade de vida, ocorrem mais efetivamente quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde participam na reivindicação pela saúde. A reflexão crítica, tendo como base o conhecimento sobre o processo saúde e doença, suas causas e conseqüências, deslocadas para o contexto específico do indivíduo e da comunidade na qual está inserido, permite que se chegue a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e como resolver os problemas para modificar aquela realidade (Moreira *et al.*, 2001).

Quando a educação em saúde é encarada como disciplina de ação, trabalha-se para que o conhecimento adquirido atue de forma a desenvolver o senso crítico nas pessoas que possibilite a capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, e sobre o ambiente que os cerca e que faz parte de suas vidas, com a finalidade maior de criar condições para se apropriarem de sua própria existência e se tornarem donos de si mesmos, sujeitos com direitos sim, mas atores com deveres também (Brasil, 2005).

### 3. Questões Teórico Conceituais: Estilos de Vida e Fatores de Risco Associados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é definida como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1993, p. 5). Essa definição de saúde destaca a importância do equilíbrio do indivíduo em relação a si próprio e ao meio em que vive. Por conseguinte, se a saúde é assim considerada a integralidade na satisfação do ser humano em vários aspectos, também variados são os determinantes de saúde.

Assim, podemos sugerir no conceito supracitado uma série de fatores que influenciam na saúde, como a satisfação de necessidades de natureza sociocultural tais quais educação, lazer, trabalho, etc e psicossociais como expectativas em saúde, concepções de saúde, grau de satisfação com a vida, entre outros. Estes indicadores não somente influenciam, como em muitas ocasiões a determinam. Entre os fatores que determinam o estado de saúde, incluem-se os comportamentos de saúde (Matos *et al.*, 1996).

Sabe-se que os estilos de vida representados pelos comportamentos ou hábitos de vida adotados pelo indivíduo são co-responsáveis pelo seu estado de saúde. Partindo-se desse pressuposto, a organização mundial de saúde enfatizou o estabelecimento de um estilo de vida saudável em um de seus objetivos para o ano 2000. Manter e melhorar os estilos de vida das pessoas é um dos objetivos explicitados no “*Saúde para Todos no Ano 2000*” (Elderman and Mandle, 2006, *in* Alpar et al, 2008). Dois dos objetivos do documento “*Healthy People in 2010*” são melhorar a qualidade e anos de uma vida saudável e eliminar disparidades em saúde. (Elderman and Mandle, 2006 *in* Alpar et al, 2008)

Conner e Norman enumeram uma série de comportamentos de saúde que influenciam o aparecimento de patologias como o câncer e as doenças cardiovasculares, tais quais o consumo de tabaco, o consumo de álcool, o sedentarismo, e uma dieta inadequada. Tais patologias são as principais causas de morte nos países ocidentais. Sendo assim, os estilos de vida adotados pelo indivíduo são de relevância importantíssima para seu estado de saúde (Matos *et al.*, 1996).

A mudança dos padrões de risco que afetam as populações para doenças crônicas e não transmissíveis, revelam um aumento de riscos modernos relacionados à inatividade física, sobrepeso e obesidade,

etilismo e tabagismo. De acordo com a OMS, são seis as causas de morte responsáveis por aproximadamente um quarto das estimadas 60 milhões de mortes que ocorrem anualmente. Dentre elas, duas estão diretamente relacionadas aos estilos de vida adotados, como a prática de sexo inseguro e o consumo de álcool. Tais comportamentos poderiam ser evitados com a mudança nos comportamentos de saúde adotados pelas pessoas (WHO, 2002)

As doenças crônicas são responsáveis por 58.1% de todas as mortes no mundo, enquanto as doenças infecciosas, mortes maternas e perinatais e condições nutricionais contabilizam 32.9% . O restante das mortes (9%) é causada por acidentes e violência (WHO, 2006).

No Brasil, entre as principais causas de óbito, figuram entre as primeiras, aquelas decorrentes de doenças cerebrovasculares, as doenças isquêmicas do coração e o diabetes melittus (Brasil, 2008). Outros agravos, como agressões, entre elas o suicídio, também encontram-se entre as principais causas de óbito no país (Brasil, 2008) e merecem atenção quanto aos estilos de vida, uma vez que podem ser influenciadas pelo uso de bebidas alcoólicas, estresse e vida social insatisfatória. Esse perfil epidemiológico com um incremento de doenças crônicas não transmissíveis, segue gradualmente assemelhando-se globalmente nas nações industrializadas.

Este trabalho pretende situar o leitor quanto à realidade mundial, focando especificamente na brasileira no que diz respeito aos comportamentos de risco específicos relacionados aos hábitos alimentares, atividade física, obesidade, etilismo e tabagismo.

### **3.1. Tabagismo**

Durante muito tempo, o tabagismo foi reconhecido como um estilo de vida, atualmente, entretanto, é reconhecido como vício, uma dependência química. Assim, não podemos chamar o ato de fumar de hábito de estilo de vida, pois grande parte dos fumantes não conseguiriam parar tão facilmente e por conta disso são expostos diariamente a inúmeras substâncias tóxicas à suas saúdes (WHO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde classifica o tabagismo como um grande problema de saúde pública, uma verdadeira pandemia, uma vez que é responsável por cerca de cinco milhões de mortes em todo o mundo anualmente (WHO, 2002). A OMS estima que um terço da população mundial adulta, seja fumante. Pesquisas evidenciam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam, tendo os países desenvolvidos uma maior participação percentual (48% dos homens e 24% das mulheres) que os países em desenvolvimento (48% e 7% respectivamente) (WHO, 2004).

O tabagismo aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Dentre as neoplasias relacionadas ao uso do tabaco, destacam-se os cânceres de pulmão, laringe, cavidade oral, faringe, estômago, fígado, esôfago, pâncreas, bexiga e colo de útero (Costa e Silva & Koifman, 1998).

O aumento progressivo da população combinado com as atuais tendências de expansão do consumo de tabaco, elevará em mais 5 milhões o número de mortes, totalizando 10 milhões de mortes anuais até o ano 2030, e apesar dos fumantes estarem estatisticamente mais concentrados nos países desenvolvidos, será nos países em desenvolvimento que 70% do total de mortes estimado irá ocorrer (WHO, 2004a).

Além das conseqüências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais (Costa e Silva & Koifman, 1998; WDR, 2009). Particularmente em relação à saúde, em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde (WDR, 2009).

No Brasil, estima-se que cerca de 200.000 mortes sejam decorrentes do tabagismo anualmente (WHO, 2004a). De acordo com o “*Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis*” entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de tabagismo variou de 12,9% a 25,2% nas cidades estudadas (Brasil, 2004). Segundo o “*Inquérito Telefônico sobre Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas*” realizado em todas as capitais brasileiras, mais o Distrito Federal, a frequência de fumantes foi de 16,4% no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, sendo maior no sexo

masculino (20,9%) do que no sexo feminino (12,6%) (Brasil, 2008). Na população jovem (18-24 anos) a média foi de 16,5%, sendo mais que o dobro nos homens (23,3%) que nas mulheres (10,1%). Ambas as pesquisas demonstraram que a concentração de fumantes é menor conforme o aumento da escolaridade, sendo a prevalência em média de 12,8% para a população com mais de 12 anos de estudo, como se supõe os indivíduos com o ensino superior completo.

A elevada prevalência de fumantes no mundo deve-se principalmente à ação da indústria do tabaco, que investe em pesquisas de padrões tabágicos entre jovens e adolescentes buscando atingi-los de forma mais eficiente. Vultuosas quantias são direcionadas à propaganda de cigarros para manter viva a indústria do tabaco, fazendo dos jovens e adolescentes os principais alvos de suas campanhas promocionais (WHO, 1999). Embora neguem veemente que desejam que os jovens fumem, sua propaganda pode atingir até as crianças em países onde não há restrições para vinculação dos anúncios bem estabelecidas. Seja produzindo propaganda direta para o público infantil e jovem, ou lançando-se de medidas de prevenção do controle do tabaco pelo governo, as empresas de tabaco conseguem que cerca de 80% a 90% dos fumantes inicie-se no tabagismo antes de 18 anos, sendo que, nos países em desenvolvimento, a maior proporção de jovens inicia-se em torno dos 12 anos (WHO, 1999). No Brasil, essa proporção é de aproximadamente 70% antes dos 20 anos de idade (Brasil, 2004).

O Brasil é um dos principais produtores e exportadores de tabaco do mundo. Em consequência disso, torna-se complexo desenvolver estratégias de intervenção. Apesar disso foi implementado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que foca em ações educativas, legislativas e econômicas.

### **3.2. Hábitos Nutricionais**

A alimentação é considerada como um dos fatores modificáveis mais importantes para o risco de doenças crônicas e agravos não transmissíveis, e portanto é também um grande problema de saúde pública. Apesar disso, no Brasil, parece ainda não haver uma conscientização popular massiva a respeito dessa temática. A alimentação não está incluída entre as ações prioritárias do Ministério da Saúde e não há implementado um programa nacional que busque atingir a população.

Uma alimentação inadequada, rica em gorduras, com alimentos processados industrialmente, com aditivos corantes e conservantes, pobre em frutas, leguminosas e hortaliças está associada ao aparecimento de diversas doenças como aterosclerose, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e câncer (Brasil, 2008). Pesquisas demonstram que o consumo de frutas, verduras e legumes desempenham papel protetor no surgimento destas mesmas doenças. Uma dieta rica em todos aqueles elementos combinados é capaz de prevenir 20% ou mais dos casos de câncer (WCRF, 1997). Tais doenças poderiam ser evitadas com a alteração positiva nos hábitos alimentares da população, ainda mais combinadas com a adoção de um estilo de vida mais saudável em geral.

O consumo elevado de açúcares está associado à gênese e às complicações das comorbidades associadas ao Diabetes Mellitus tipo 2, como retinopatias, podendo causar cegueira, neuropatias, podendo causar amputações, nefropatias, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio (Brasil, 2008).

A relação entre a gordura da dieta e doenças coronarianas tem sido amplamente estudada. O consumo elevado de gorduras saturadas e colesterol dietético aumentam o risco de doença coronariana, isquemia e outras doenças cardiovasculares. O alto consumo de gorduras totais e saturadas também está associado ao aumento no risco de alguns tipos de câncer, como os de intestino, reto, mama, endométrio e próstata (WCRF, 1997)

As mudanças nos padrões de dieta vêm seguindo uma tendência internacionalmente para alimentos industrializados, *fast foods* e comidas congeladas com alto teor de conservantes. Esse fenômeno também é observado no Brasil, o que coloca a população brasileira em maior risco para doenças crônicas.

A Organização Mundial de Saúde e toda a comunidade científica médica recomenda uma dieta com baixo teor de gordura e colesterol e rica em fibras, frutas, legumes e verduras (WHO, 2002) O consumo de frutas, legumes e verduras mínimo recomendado diariamente é de de 400g ou cinco porções de 80 gramas cada uma para que se tenha reflexos positivos na proteção de doenças (WHO, 2002)

No Brasil, a composição da dieta pode ser bastante variada entre as regiões devido a sua grande extensão

territorial, diferenças culturais, climáticas e disparidades socioeconômicas. Importa-nos referir neste trabalho, o achado do inquérito nacional realizado que demonstrou que o consumo de legumes e verduras pelo menos cinco vezes por dia foi menor no grupo de 15 a 24 anos entre todas as faixas etárias nas cidades estudadas. A média nacional foi também influenciada pelos anos de estudo, sendo maior na população com mais de 12 anos de estudo. O consumo de refrigerantes, carnes gordurosas e leite integral com alto teor de gordura animal, foi o maior observado na faixa etária dos jovens, diminuindo sensivelmente com a idade e com os anos de estudo (Brasil, 2008).

### **3.3. Obesidade**

Estudos evidenciam uma elevação sensível na prevalência de sobrepeso e obesidade não somente nos países desenvolvidos, como era de se esperar, mas também na maioria dos países subdesenvolvidos. Esse fenômeno levou à Organização Mundial de Saúde a considerar a obesidade uma epidemia mundial (WHO, 1998; Eek & Ostergren, 2009; Wilsgaard *et al*, 2005). É um grave problema para a saúde pública, uma vez que é um fator de risco associado a muitas doenças, desde aquelas não letais, mas no entanto debilitantes e que afetam consideravelmente a qualidade de vida do indivíduo, às mortes prematuras (Pereira *et al*, 2003). As estimativas globais da OMS apontam para um número total de mais de um bilhão de pessoas com sobrepeso e 300 milhões obesos, com tendência futura de aumento progressivo (Brasil, 2008).

O impacto do excesso de peso é amplamente discutido na comunidade científica e presente na revisão de literatura, estando comumente associada a um conjunto de doenças metabólicas, tais quais a hipertensão, a arteriosclerose, a dislipidemia e o diabetes mellitus tipo 2 (Pereira *et al.*, 2003). Entretanto, o sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para uma variada gama de doenças crônicas e incapacidades das quais não se falam muito como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas de pele e infertilidade (WHO, 2004), além de distúrbios psicológicos como depressão, baixa auto-estima e discriminação social (Brasil, 2004). Tais agravos interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo.

Fatores ambientais e estilos de vida não saudáveis caracterizam-se majoritariamente na gênese do

agravo, apesar dos fatores genéticos também atuarem neste processo (Brasil, 2008). A dinâmica atual das populações mundo a fora, que envolve duplas jornadas de trabalho, estudo, entre outros compromissos, proporciona uma maior demanda de consumo de alimentos de fácil e rápido preparo, muitas vezes satisfeita com produtos industrializados, ricos em gorduras e conservantes e de baixo e/ou de valor nutricional desbalanceado. Somado a isso, a inatividade física, também produto da dinâmica de vida das pessoas, que encontra praticidade em todos os aspectos do seu dia-a-dia, dos eletrodomésticos aos transportes, reduzindo drasticamente o gasto energético diário, é um fator que colabora com o aparecimento de doenças.

Em relação a realidade brasileira, segundo Monteiro *et al*, a baixa renda desempenha um fator de risco, enquanto que a maior escolaridade desempenha um fator protetor (Brasil, 2004). O inquérito domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) está de acordo com os autores quando aponta as regiões sul e sudeste, as mais ricas do país, como as que possuem as maiores taxas de sobrepeso e obesidade, além de ter confirmado a associação positiva com a escolaridade na maioria dos estados brasileiros.

### **3.4. Inatividade Física**

Evidências comprovam que prática de atividades físicas atuam como um fator protetor contra um sem número de doenças, incluindo isquemia cardíaca e o infarto, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e alguns tipos de cânceres (Brasil, 2008), possivelmente graças aos efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, a pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, anti-oxidantes, funcionamento intestinal e, na redução do estresse e no bem-estar geral do indivíduo (Brasil, 2008; Brasil, 2004). Especialmente em crianças e jovens, a atividade física interage positivamente com as estratégias para adoção de uma dieta saudável, desestimula o uso do tabaco, do álcool, das drogas, reduz a violência e promove a integração social e que além disso, a prática de exercícios físicos promove uma redução na mortalidade até mesmo de indivíduos obesos (Brasil, 2004).

A OMS estima que mundialmente o sedentarismo seja responsável por quase dois milhões de óbitos, e por contribuir com a incidência de comorbidade crônicas como doenças isquêmicas cardíacas, diabetes e

cânceres, que poderiam ser evitáveis com a prática de exercícios físicos regulares (WHO, 2002).

A prática de atividade física traz muitos benefícios para a saúde, tais quais o controle e manutenção do peso corporal e diminuição de agravos cardiovasculares e conseqüente morte prematura. Além disso, segundo Moraes *et al.* (2009), estudos longitudinais evidenciaram que crianças e adolescentes fisicamente inativos, possuem tendência para assim permanecerem na vida adulta, quando os hábitos toram-se mais difíceis de se modificarem (Moraes, 2009). Portanto, considerando-se que a faixa etária média em que os estudantes ingressam na universidade é de 18 anos, programas de incentivo à prática de atividade física devem ser prioridade nas instituições e receber maior atenção por parte dos educadores.

### **3.5. Etilismo**

O grande problema na restrição do consumo de bebidas alcoólicas, centra-se no fato de que o álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo amplamente admitido e, muitas vezes até incentivado pela sociedade. Apesar dessa aceitação, segundo a Organização Mundial da Saúde, a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao etilismo superam aquelas associadas ao tabagismo. Estima-se que nos países em desenvolvimento o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças (WHO, 2002).

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é considerado um grande problema de saúde pública, dadas as repercursões do seu abuso, desde as comorbidades como os agravos cardiovasculares, as neoplasias, a hipertensão arterial, cirrose, pancreatite, desnutrição, às ocorrências de violência, absenteísmo, aposentadorias antecipadas, acidentes de trabalho e de trânsito, violência, suicídios e freqüente ocupação de leitos hospitalares, que possuem elevados custos econômicos e sociais (WHO, 2002).

De acordo com a OMS, nas últimas décadas, o etilismo vem aumentando progressivamente em todo o mundo, com particular destaque para os países em desenvolvimento como o Brasil (WHO 2002). A revisão da literatura é enfática no que diz respeito às diferentes tendências de consumo entre homens e mulheres, sendo o uso abusivo mais freqüente entre homens (Almeida e Coutinho, 1993; Almeida-Filho

*et al.*, 2004; Brasil, 2008). Inquérito realizado em 27 cidades brasileiras demonstrou que o abuso de bebidas alcoólicas foi três vezes mais freqüente entre os homens que entre as mulheres e mais acentuado nas faixas etárias mais jovens, variando pouco conforme o nível de escolaridade (Brasil, 2008).

Para efeito de esclarecimento neste trabalho, vale resgatar que a OMS define como consumo moderado de álcool a ingestão de uma dose por dia para as mulheres e duas doses diárias para os homens. A ingestão de doses diárias acima deste padrão é considerada prejudicial e representa risco para a saúde dos indivíduos (WHO, 2002). Entretanto, é importante ressaltar que variações exacerbadas na estatura e composição corporal da média populacional, além da fisiologia particular dos indivíduos, pode tornar o padrão considerado prejudicial e portanto, não adequado.

A incidência e prevalência do etilismo no Brasil não são tão altos quando comparados aos países do continente europeu, que possuem as maiores prevalências do mundo, o que não quer dizer que não sejam preocupantes. As taxas encontradas no Brasil são semelhantes, porém, às taxas encontradas em outros países da América Latina (Brasil, 2004).

## 4. Materiais e Métodos

### 4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caso que pretende uma combinação da abordagem quantitativa, através de um estudo epidemiológico de corte transversal, e da qualitativa do tipo descritiva, necessárias para atenderem os objetivos desta pesquisa, sendo estes: estabelecer a relação entre a frequência no curso de enfermagem e o estilo de vida adotado pelos estudantes; caracterizar a atividade docente no sentido da transmissão dos saberes face aos estilos de vida mais adequados; propor estratégias estruturais e comportamentais que possibilitem uma melhoria nos estilos de vida desses jovens.

O estudo de caso tem sido definido como um “ termo global para uma família de métodos de investigação que têm em comum concentrarem-se deliberadamente no estudo de um determinado caso” (Adelman et al., 1977 in Bell, p. 23, 2004) como este estudo que teve como amostra os alunos do 1º e 9º período e os docentes da Universidade Federal Fluminense.

Os críticos dessa abordagem salientam que o fato de se tratar de um caso específico não torna a generalização possível. Entretanto, os defensores dessa abordagem apontam para o fato de que há a possibilidade de generalizar o estudo de caso, dependendo da semelhança do exemplo. Bassey tem opinião semelhante quando relata que um professor que trabalhe em uma situação similar a de um estudo, pode relacionar a sua realidade com aquela do caso descrito, e a partir daí proceder a uma tomada de decisão (Bell, 2004). Yin (1994) chama atenção para o famoso estudo de caso intitulado “*Street Corner Society*”, que apesar de tratar de uma vizinhança específica há mais de 50 anos, vem sendo altamente recomendado para os cursos de sociologia por sua aplicabilidade em assuntos como performance individual, estrutura de grupos e estrutura social de áreas residenciais, além de se relacionar com outros estudos feitos por diferentes pesquisadores em diferentes períodos. Conforme Lipset, Trow e Coleman, três notáveis cientistas sociais, referem em seu estudo de caso único, o objetivo seria fazer uma análise generalizada e não particularizada (Yin, 1994). Essa é também a minha intenção neste estudo de caso. Trata-se de um caso único, entretanto, acredito que seja possível relacionar os resultados desse caso com outros semelhantes. Isto é dizer, assim como todas as turmas de enfermagem, não

somente na cidade em Niterói, possuem majoritariamente alunos do sexo feminino, é possível dizer que pelo menos os alunos de enfermagem da cidade de Niterói e regiões circunscritas possuem estudantes com características semelhantes e podem vir a ser relacionados a esse estudo em um ou outro aspecto em particular. Ou seja, no mínimo, este estudo de caso é generalizável do ponto de vista teórico.

O estudo de caso é referido por Greenwood como “o exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade e utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, selecionada de acordo com determinado objetivo, (...) de um fenômeno social (...) com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenômeno na sua totalidade” (Marinus, 1972, p.564). Sendo assim, o presente estudo contará com as abordagens quantitativa e qualitativa, como já referido, além de contar com a experiência e a observação da autora.

A sessão quantitativa do estudo trata-se de um estudo epidemiológico transversal. Estudos transversais são também conhecidos como estudos de prevalência. Nesse tipo de estudo a exposição e o efeito no indivíduo são medidos ao mesmo tempo (Bonita *et al*, 2006). Assim, os dados anteriores e posteriores a uma dada exposição são colhidos contemporaneamente. Desta forma tanto os alunos ainda não-expostos (1º período) ao curso integral de graduação em enfermagem quanto os já expostos (9º período) responderam ao questionário na mesma semana.

Muitos países conduzem estudos de prevalência regulares em amostras representativas de suas populações com foco em características pessoais e demográficas, doenças e hábitos relacionados à saúde (Bonita *et al*, 2006). Este estudo em particular pretende conhecer as características sociodemográficas, a autopercepção do estado de saúde e os hábitos relacionados à saúde em uma amostra representativa do 1º e 9º períodos do 1º semestre de 2010 do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

#### **4.2. Hipótese do Estudo**

A priori estabelece-se como hipótese a relação positiva entre a frequência no curso e o nível de ciência sobre a importância de adotar comportamentos saudáveis, que venha a refletir na prática efetiva de

estilos de vida promotores de saúde conforme a evolução do curso. Assim: os estudantes do 9º período possuem um estilo de vida mais saudável que aqueles do 1º período, provavelmente conseqüentes ao maior nível de conscientização proporcionado pelas disciplinas do curso de enfermagem.

### **4.3. Cenário de Estudo**

Este estudo tem como cenário a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC). A EEAAC, em sua origem, Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, foi criada como escola isolada em 19 de abril de 1944 e compõe a Universidade Federal Fluminense desde sua federalização em 1961.

Desde sua criação, A EEAAC vem formando enfermeiros de nível superior com excelência acadêmica reconhecida nacionalmente. Atualmente seu currículo dispõe de nove períodos semestrais realizados em horário integral totalizando 5540 horas, divididas entre disciplinas obrigatórias, optativas e atividades acadêmicas curriculares. Os três primeiros períodos, que correspondem ao ciclo básico, concentram o maior número de disciplinas biomédicas, com inserção mínima à prática assistencial hospitalar. A partir do 4º período, inicia-se o ciclo profissional. A partir daí o aluno é inserido nas unidades de saúde em todos os níveis de atenção, que vai aumentando gradativamente, até que no último semestre o acadêmico encontra-se totalmente envolvido na prática profissional nas unidades de saúde. No final do curso, espera-se que o formando apresente um trabalho monográfico para obtenção do título duplo de enfermeiro e licenciado em enfermagem, que o permite iniciar sua prática profissional assistencial e a de docente em cursos técnicos de enfermagem, mediante registro na entidade de classe correspondente ao estado em que exerce sua profissão, nomeadamente o Conselho Regional de Enfermagem.

### **4.4. População**

A sessão quantitativa do estudo conta com a participação de estudantes jovens maiores de 16 anos de ambos os sexos. Estabeleceu-se como critério de inclusão aqueles alunos que estivessem devidamente matriculados no primeiro e último períodos e freqüentassem regularmente o curso de graduação na faculdade de enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Foi adotado como critério de exclusão

aqueles alunos que encontravam-se desperiodizados (com disciplinas em atraso).

A sessão qualitativa da pesquisa incluiu profissionais de enfermagem adultos, também de ambos os sexos que exercem a profissão como docentes.

O tamanho da amostra foi baseado no universo de alunos do 1º e 9º períodos do curso de enfermagem da Universidade Federal Fluminense, que ocorre em tempo integral e conta em média com 100 estudantes. Dos 77 alunos presentes no momento da coleta de dados, todos aceitaram participar da pesquisa, além dos 12 enfermeiros vinculados às instituições supracitadas que foram entrevistados.

#### **4.5. Instrumentos**

Foi selecionado o questionário 'Estilo de vida fantástico', em anexo, desenvolvido por Wilson e Ciliska (1984) e testado por diversos autores (Rodriguez-Montezuma *et al.*, 2003; Sharratt *et al.*, 1984; Kason e Ylamko, 1984; López-Carmona *et al.*, 2000; López-Carmona *et al.*, 2003 *cit in* Rodrigues-Añez *et al.*, 2008) com diferentes amostras, possuindo boa aceitação. A versão brasileira do questionário foi considerada adequada por Rodriguez-Añez *et al.* (2008), sugerindo uma boa capacidade classificatória para o instrumento. Essa versão foi testada de modo a ser destinada a adultos jovens sem problemas aparentes de saúde e estudantes universitários.

O questionário 'Estilo de vida fantástico' cobre nove categorias a saber: família e amigos; atividade; nutrição; cigarro e drogas; sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; tipo de comportamento; introspecção e trabalho, perfazendo um total de 25 questões-escalas. As alternativas vão de uma posição extrema à posição inversa, valendo de zero a quatro pontos, representando as colunas da esquerda para a direita respectivamente. A soma global dos pontos permitirá enquadrar o estilo de vida do sujeito participante em cinco categorias, a saber: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos).

Além do questionário selecionado, será adicionado um segundo instrumento composto por perguntas fechadas para avaliar questões sócio-demográficas que podem influenciar nos estilos de vida adotados, incluindo idade, gênero, estado civil, número de filhos, renda familiar e número de dependentes, escolaridade dos pais, com quem morou durante a maior parte do curso e auto-percepção de saúde no último ano.

Uma das técnicas mais comumente utilizadas no método quantitativo, o questionário é estruturado de modo a uniformizar a informação obtida. Assim, realidades idênticas correspondem a resultados idênticos e realidades diferentes a resultados distintos. As vantagens da aplicação dessa técnica “residem na sua extensão e na capacidade de generalização dos resultados apurados numa subpopulação” (Marinus, 1972, p. 564).

A sessão qualitativa utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista. Esta foi gravada com um dispositivo que permitiu somente a captação de voz, sendo composta por cinco questões abertas, permitindo resposta livre sobre propostas que visassem a melhoria dos comportamentos relacionados à saúde adotados pelos estudantes. Também foi aceita a participação de professores que não tinham agenda compatível, que possibilitasse encontros presenciais com a pesquisadora.

Foi realizada a entrevista semi-directiva, na qual por um lado permite-se que o entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objetivo perspectivado, mas por outro, o sujeito fica limitado às intervenções do entrevistador, de modo que deixe de pontuar considerações que julgar pertinentes e aprofunde pontos que normalmente não faria, não fosse guiado pelo inquiridor, a fim de satisfazê-lo. (Albarelo, 1997). O instrumento, então, contém as cinco questões, a saber:

1. Que disciplina leciona?
2. Há quanto tempo exerce a profissão?
3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida? De que maneira?
4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1º e 9º períodos? Se sim,

para melhor ou para pior?

5. Na qualidade de enfermeiro e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

#### **4.6. Aspectos Éticos**

O recrutamento dos sujeitos para a sessão quantitativa foi feito mediante autorização do professor responsável durante as aulas de maior frequência dos alunos. Após apresentação da pesquisadora, breve introdução ao tema da pesquisa e explicação do termo de consentimento e dos questionários, foram distribuídos os questionários a todos aqueles que se voluntariaram a participar do estudo, que se enquadraram nos critérios de elegibilidade e concordaram livremente com o termo de consentimento específico criado para atender os objetivos da pesquisa e apresentado em anexo. Contudo, os estudantes foram avisados que poderiam se retirar do estudo a qualquer momento.

O recrutamento dos sujeitos para a sessão qualitativa do estudo foi realizado na própria faculdade vinculada ao estudo. Considerou-se como critério de elegibilidade o vínculo na universidade participante e concordarem livremente com o termo de consentimento específico criado para atender os objetivos da pesquisa e apresentado em anexo, priorizando entrevistar enfermeiros que desenvolvessem sua prática profissional através do contato direto com jovens acadêmicos de enfermagem e que portanto possuem uma maior sensibilidade para o assunto.

A priori, a realização da pesquisa não apresenta riscos físicos, econômicos ou sociais aos sujeitos e, por não apresentar riscos potenciais à saúde destes, não é necessário a descrição de medidas para proteção de riscos eventuais.

A pesquisa não envolve qualquer gasto ou custo econômico para os sujeitos, nem para a instituição,

ficando a pesquisadora responsável por arcar com estes.

O cenário escolhido foi a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, pertencente a Universidade Federal Fluminense, localizada na região central do município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, onde foi realizado trabalho de campo durante os meses de março a maio de 2010.

#### **4.7. Análise dos dados**

Os dados obtidos a partir do preenchimento do questionário foram codificados, digitados e analisados através de análise descritiva a partir do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0.

Os dados qualitativos coletados através da entrevista gravada foram transcritos na íntegra para posterior realização de análise de conteúdo. Aqueles professores que apresentaram dificuldades para encontrar-se pessoalmente com a pesquisadora, forneceram seu depoimento através de mensagem eletrônica.

## 5. Descrição e Análise das Entrevistas

Para o tratamento dos dados qualitativos obtidos através das entrevistas, como já previsto no capítulo de “Materiais e Métodos”, foi utilizada a técnica da análise categorial, que de acordo com Bardin (2002), baseia-se no desmembramento do texto em unidades, de modo a descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, no seu reagrupamento em classes ou categorias.

Os entrevistados foram codificados utilizando-se as letras “H” e “M” para entrevistados homens e mulheres respectivamente, e os números cardinais de 1 a 12, que correspondem ao número de entrevistas realizadas. Em geral, com exceção de um entrevistado, todos os demais afirmaram transmitir informações buscando contribuir para o estilo de vida dos acadêmicos de enfermagem de forma bastante variada. Quando perguntados de que forma transmitem informações visando a melhoria do estilo de vida dos estudantes, suas respostas tornaram possível a categorização de sua participação na educação em saúde em específico de duas formas: aqueles que limitam-se a proporcionar informações relacionadas à suas especialidades, ou à disciplina que lecionam e aqueles que vão além dos limites da disciplina, buscando fornecer informações a respeito de outras temáticas que podem interferir no estilo de vida dos estudantes.

Podemos observar a transmissão de informações específicas relacionadas ao conteúdo das disciplinas que lecionam nos seguintes discursos dos docentes:

M1, professora de Concepções, Saberes e Práticas do Cuidar em Saúde Mental: *“Na disciplina é discutido entre outros, como o stress da vida cotidiana, do trabalho, podem influenciar na saúde mental das pessoas. Sendo assim, trabalhamos conteúdos que podem auxiliar na percepção precoce do sofrimento psíquico das pessoas, auxiliando na autopercepção dos fatores desencadeantes e busca de auxílio”*.

H1, professor de Saúde da Mulher 1: *“São discutidas temáticas correlacionadas à saúde da mulher (...) sobre atenção ginecológica (que aborda assuntos que fazem referência direta com as alunas em*

*específico)*”.

M4, professora de Saúde Coletiva e A Diversidade do Processo de Envelhecimento Humano: *“Valorizando a revisão e reorientação dos hábitos de vida: alimentação saudável, lazer, exercícios físicos regulares”*.

M5, professora de Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso I, Introdução à Metodologia da Pesquisa e Introdução às Terapias Naturais em Saúde: *“Durante as aulas teóricas, [atuo] ao falar sobre adoecimento e estilo de vida (...) [e] sempre na disciplina de introdução às terapias naturais em saúde, enfatizando o cuidado de si como premissa para o cuidado com o outro”*.

M7, professora de Enfermagem no Gerenciamento da Assistência em Saúde II e Relações de Trabalho em Saúde: ética, bioética e legislação profissional: *“Quando menciono relações interpessoais sinceras e justas, quando há enfoque na humanização como estratégia de satisfação no trabalho e organização do trabalho, pode facilitar-nos o trabalho em equipe e desenvolver lideranças. (...) No ensino teórico-prático da disciplina de Enfermagem. no Gerenciamento II, há ênfase na organização de uma escala individual por parte dos alunos com acordo dos enfermeiros que os acompanham no ETP, que permite que cumpram às 60 horas de prática de forma a conciliar outras atividades que exerçam como monitoria, estágio extra-curricular e eventos. Acho que dessa forma os acadêmicos de enfermagem cumprem a carga horária do ETP, com mais flexibilidade e menos estresse”*.

M8, professora de Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias : *“Quando falamos de agravos à saúde relacionados com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, reforçamos hábitos de vida saudáveis, etc”*.

Entre os discursos dos entrevistados que afirmaram ir além das informações referentes às disciplinas lecionadas, podemos destacar os seguintes discursos:

M1, professora de Concepções, Saberes e Práticas do Cuidar em Saúde Mental: *“Uma outra maneira que acredito ser importante para a melhoria do estilo de vida trabalhado na disciplina é o incentivo à*

*leitura de uma forma geral, principalmente a literatura, poesia e a escrita como possibilidades de expressão”.*

H1, professor de Saúde da Mulher 1: *“(...) trabalhamos discussões referentes às relações de gênero e paternidade, DSTs, Alcoolismo e Tabagismo de modo transversal, educação para a saúde, etc. Com isso alcançamos também os estudantes masculinos. Os encontros contribuem para o fomento de discussões sobre assuntos de interesse da vida cotidiana”.*

M3, professora de Estágio Curricular I: *“Em relação ao equilíbrio das atividades, que são muitas para muitos alunos, no sentido de que eles devem (...) equilibrar o tempo destinado a cada atividade para assim não se estressarem. Dialogo com eles sobre a reflexão do que realmente querem pois a profissão deve ser encarada com seriedade para no futuro ser um profissional comprometido e que enquanto acadêmicos devem aproveitar todas as oportunidades de aprendizado”.*

M4, professora de Saúde Coletiva e A Diversidade do Processo de Envelhecimento Humano: *“Valorizando a revisão e reorientação dos hábitos de vida: alimentação saudável, lazer, exercícios físicos regulares”.*

H2, professor de Legislação e Ética, Saúde da Mulher, Fundamentos de Nutrição Clínica e Coletiva: *“Sempre relaciono as informações apresentadas e discutidas não só para serem aplicadas com seus clientes e pacientes e sim em suas vidas, no seu cotidiano....Faço sempre um momento de reflexão para que sintam introjetados na temática como possíveis usuários destes conhecimentos em seu estilo de vida”.*

M6, professora História da Enfermagem e Fundamentos de Enfermagem I: *“(...) é comum que eu faça comentários sobre hábitos de vida, de como eles devem ser estimulados, da importância da higiene do ambiente em que vivemos, dos hábitos de higiene oral. Costumo fazer comentários relacionando a alguns fatos do cotidiano, que tenha aparecido na imprensa local, por aí...”*

É importante esclarecer que as disciplinas lecionadas por M6 são teóricas e factuais. Em História da

Enfermagem são abordados assuntos referentes ao desenvolvimento da prática do cuidar em enfermagem ao longo dos anos, com ênfase em Florence Nightingale, a precursora da enfermagem moderna. Em Fundamentos de Enfermagem I são abordados assuntos relacionados às técnicas de procedimentos da prática clínica da enfermagem. Assim, segundo supenho, é complicado aplicar assuntos relacionados aos estilos de vida nestas duas disciplinas. Entretanto, M6 relata conseguir abordar tais assuntos, muito provavelmente devido a ter sido professora de Enfermagem em Saúde Coletiva I e Enfermagem em Saúde Mental durante muitos anos.

M7, professora de Enfermagem no Gerenciamento da Assistência em Saúde II e Relações de Trabalho em Saúde: ética, bioética e legislação profissional: *“Outro ponto é aconselhar para manter os estudos em dia, evitando estudar na véspera das provas até tarde da noite, ou seja, planejar suas atividades. (...) Ainda, o envio por e-mail das aulas, diminuindo a necessidade de cópias favorece a atenção e participação em sala de aula, como também dinâmicas de grupo, que ao meu ver, favorecem o processo ensino-aprendizagem e melhora a condição para recordar os conteúdos”*.

M10, Fundamentos de Enfermagem: *“Educação vai além de informação. Assim, procuro durante as aulas fomentar a reflexão e a crítica sobre diferentes situações do cotidiano dos jovens alunos como sedentarismo, alimentação inadequada, uso de bebidas alcoólicas e/ou drogas, relações interpessoais, a falta de leitura entre outros temas”*.

Podemos observar nos discursos supracitados, o comprometimento profissional dos docentes que buscam proporcionar momentos de reflexão com os alunos a respeito de suas próprias vidas, ainda mais claro no discurso de M6, ao afirmar que a *“Educação vai além de Informação”*.

Em síntese, podemos acrescentar que, face ao testemunho dos entrevistados, eles podem ser agrupados em duas categorias ou dimensões: Numa primeira, os docentes que se centram nos conteúdos das disciplinas sob a sua responsabilidade; na segunda categoria devemos incluir os docentes que ultrapassam tal âmbito e abordam outros temas possíveis de contribuírem para uma melhoria dos estilos de vida dos estudantes.

Quando questionados a respeito da relação entre o avanço dos estudos na faculdade de enfermagem e a possível alteração nos hábitos de estilo de vida dos acadêmicos, as opiniões podem ser agrupadas em três categorias: quatro acreditam que o avanço nos estudos influencia negativamente nos estilos de vida dos estudantes, outros quatro acreditam que o avanço nos estudos influencia positivamente e os quatro restantes acreditam ser relativa tal influência.

### **5.1. Alteração negativa nos estilos de vida dos estudantes conforme o avanço dos estudos**

M1 faz uma análise detalhada sobre porque acredita que a dinâmica da faculdade de enfermagem piora o estilo de vida do estudante, traçando três momentos que ela considera importantes neste processo, dois dos quais podem ser identificados em qualquer curso de graduação, e não especificamente no de enfermagem, como a ruptura de laços de convivência, inevitável para qualquer estudante que opte por fazer a faculdade em uma universidade pública e more longe do centro universitário, e o momento de lançar-se no mercado de trabalho, que é um desafio para qualquer profissional em início de carreira. Um outro momento crucial, segundo M1, é o momento em que o aluno inicia sua prática. Estou de acordo com M1 e afirmo que este é um momento bastante traumático para os alunos, pois passam a lidar com vidas humanas e a insegurança é muito grande, a tensão, o medo de errar era constante para a maioria dos meus colegas de graduação e também para mim.

*M1: “Acredito que os estudantes passam por vários momentos difíceis durante o processo de formação acadêmica, o que influencia de forma negativa os estilos de vida dos mesmos. Poderia localizar pelo menos três: o primeiro, quando este aluno entra na universidade: muitos alunos residem em outro município, o que implica num afastamento familiar, provocando ruptura de laços de convivência. Se vêem “sozinhos”, precisando tomar decisões, cuidar da casa, etc. O que pode causar, em alguns casos, uma piora no estilo de vida dos acadêmicos; o segundo, quando este aluno se depara com o campo de prática pela primeira vez: a falta de conteúdo, a insegurança diante do paciente, a falta de habilidades técnicas para a execução de algum procedimento, o se deparar com situações de morte, etc. Também pode gerar sofrimento nos alunos, o que poderá acarretar em prejuízos para o estilo de vida dos mesmos. O terceiro está relacionado ao término do curso de graduação: quando o aluno se vê “lançado” ao campo do mercado de trabalho. O que provoca inseguranças relacionadas à nova etapa*

*da vida. Sendo assim, acredito que os desafios impostos pelo processo de formação acarretam uma piora no estilo de vida dos acadêmicos”.*

M4 e M8 salientam que o estilo de vida nas cidades, e principalmente no caso dos estudantes de enfermagem da Universidade Federal Fluminense pode ser bastante prejudicial, devido a grande oferta de produtos de baixo valor nutricional e alto valor calórico e a excessiva carga horária de estudos semanais, que forçam o aluno a se alimentar de forma inadequada.

M4: *“A vida nas sociedades urbanas modernas, nas metrópoles como o Rio de Janeiro, São Paulo, onde o tempo para o cuidado de si é reduzido, é geradora de hábitos de vida incorretos. Como os alunos vivem neste tipo de cidade, acabam por reproduzirem estes hábitos inadequados: alimentam-se com dietas ricas em gorduras e carboidratos que ao longo de anos poderão produzir doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial. A alteração é para pior, a meu ver”.*

M8: *“Acho que a mudança é para pior, pela qualidade da alimentação durante o dia, já que o curso funciona em horário integral, e os alunos tem que se alimentar fora de casa. Em geral comem salgadinhos e refrigerantes”.*

M9 introduz uma nova temática quando observa que no 9º período, o aluno encontra-se tão sobrecarregado com as tarefas, que passa a desvalorizar o docente. A pressão sobre os alunos nos últimos períodos não pára de aumentar. Ele precisa concluir as disciplinas do último período, enquanto escreve seu trabalho de conclusão de curso e, ao mesmo tempo, busca inserção imediata no mercado de trabalho através da aprovação em concursos públicos. Tudo isso, de acordo com a docente, influencia negativamente no estilo de vida do estudante.

M9: *“Acredito que haja uma grande mudança no estilo de vida para pior, pois o aluno quando chega ao último período está focado em concluir o trabalho de conclusão de curso e estudar para prestar os concursos públicos vigentes, desvalorizando o ensino e o docente”.*

## 5.2. Alteração positiva nos estilos de vida dos estudantes conforme o avanço dos estudos

Ao contrário de M9, M2 acredita que a pressão pela qual o aluno passa às vésperas da graduação é de fato um fator protetor para o estilo de vida dos estudantes, e que a situação vivida ensina o aluno a ter mais responsabilidade, o que influencia positivamente no estilo de vida do formando:

M2, professora de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II: *“Acredito que há uma mudança para melhor. Vejo que o estudante no 1º período ainda está descobrindo o que de fato significa estar na universidade, e por mais que valorizem essa conquista, (muitos) não tem discernimento para entender que aquilo é o início da vida profissional. Já no 9º período, às vésperas da formatura, a maneira de pensar do aluno é outra, e a felicidade da graduação somada à ansiedade pela busca do emprego, levam a mudar estilo de vida”*.

M5 também concorda que a dinâmica do curso de graduação em enfermagem confere um fator positivo no estilo de vida do indivíduo, o que é sem dúvida muito bom para a saúde daqueles estudantes, uma vez que segundo a professora, a maioria dos alunos entra na universidade com maus hábitos:

M5: *“Ao longo do curso os alunos tendem a alterar seu estilo de vida geralmente para se adaptar a rotina das atividades porém, a maioria já tem um estilo de vida pouco saudável quando entram na universidade”*.

M3 observa que nos profissionais satisfeitos com a carreira escolhida, há sem dúvida uma mudança positiva em seu estilo de vida, e que isso está diretamente ligado com almejam serem bons profissionais, pois entendem que servem de modelo para a população:

M3: *“Aqueles que realmente se encontram na profissão e almejam ser bons profissionais, observa-se um amadurecimento e com certeza uma mudança no seu estilo de vida”*.

M6 mostra-se muito enfática a respeito de como o avanço nos estudos proporciona uma melhoria no estilo de vida dos estudantes de enfermagem, e valoriza o papel do professor na construção desse

processo:

M6: *“Sim, mas não é uma questão de crença, é o que eu tenho observado mesmo. Durante um longo período, tanto trabalhei com alunos no terceiro período quanto no último, e isto foi muito bom, pois tive o privilégio de observar mudança no comportamento, melhor orientação sobre alimentação, exercícios. Penso que estas mudanças são diretamente influenciadas pelo que os estudantes aprendem conosco em sala de aula”.*

### **5.3. Alteração relativa nos estilos de vida dos estudantes conforme o avanço dos estudos**

H2 relata não ser capaz de medir o impacto do que é aprendido na faculdade na vida dos estudantes. Apesar disso, reforça a importância de voltar a atenção para a saúde dos próprios alunos através da reflexão de situações aplicáveis à vida do estudante. Especificamente em relação à disciplina de ética, o entrevistado diz conseguir observar uma evolução no decorrer de um único semestre, através das avaliações periódicas:

H2: *“Não há como medir de imediato o impacto das discussões em sala de aula...mas creio que as respostas e indagações são bastante reflexivas sobre o seu estilo de vida atual...por exemplo quando falo que anticoncepcionais hormonais trazem repercussões desastrosas sobre o aparelho cardiovascular das mulheres, muitas alunas ficam extremamente preocupadas e assustadas, mas não posso garantir que elas mudaram seus hábitos ou estilo de vida sobre a problemática em questão...assim como ocorre também em Nutrição, mas sob o ponto de vista da disciplina de Ética, o retorno é bastante gratificante, pois nas avaliações contínuas, consigo observar como o aluno muda o seu comportamento e sua forma de pensamento em relação ao mundo e sua própria vida”.*

M7 fornece um relato detalhado sobre como a alteração no estilo de vida dos estudantes, pode ser relativo conforme o avanço do curso, influenciando positivamente para alguns e negativamente para outros. Segundo a entrevistada, o rompimento com os laços familiares é um aspecto muito negativo para alguns alunos, que se alimentam mal e se sentem desamparados. Para outros, sair de casa pode ser um desafio encorajador e influenciar positivamente na vida daquele indivíduo:

M7: *“Acho que há mudança sim. Entretanto, alguns alunos ficam mais tensos, seu comportamento fica menos expansivo, parece que perdem um pouco da alegria e/ou ingenuidade que chegam no curso, o que é negativo para mim. Esses alunos dizem que estão com saudades de casa, quando são de outro estado, estão cansados, pois têm que ajudar os pais para se manterem estudando, outros tem dúvidas quanto à profissão, alguns queriam ser médicos e não conseguiram. Sabemos que muitos se alimentam mal. Sentem-se sozinhos e um tanto quanto desamparados, principalmente quando adoecem. Tem muitas dificuldades financeiras. Por outro lado, outros alunos parecem desabrochar e crescem como pessoas e conseguem se definir como profissionais, e essa mudança é positiva no meu entendimento. Parece que essa vivência acadêmica, que se constitui num desafio, traz para eles uma segurança de que estão vencendo e essa sensação os fortalece. Nesses, percebemos falas otimistas. A qualificação com mestrado é sempre uma possibilidade forte e eles vêem o seu futuro como algo promissor e de provável sucesso. Assim, o meu entendimento é que as pessoas são diferentes e o estilo de vida muda do que se tem até ir para a faculdade e durante o curso, também muda, porque muda o status do indivíduo na família, pois ele passa a ser um universitário, alguns passam a morar sozinhos, com outro padrão de liberdade e decisão. Vivenciam situações que enfrentam dificuldades inerentes ao próprio curso (cuidar de doentes, enfrentar situações que sentem “nojo”, por exemplo). Essas situações repercutem de forma própria em cada indivíduo, com sua história de vida e subjetividade e afetam para melhor ou para pior esses jovens de maneira diferenciada”.*

Cabe ressaltar que segundo M7, a pressão por que passam aqueles alunos que precisam ajudar a família financeiramente enquanto estudam, ou a existência de alunos frustrados com a carreira, repercute de forma muito negativa no estilo de vida do estudante. Estou de acordo com o discurso da professora e, de fato, tais situações são bastante presentes no curso de graduação em enfermagem. Alguns alunos passam por muitas dificuldades para conseguirem concluir a graduação e todo o conjunto é de certa forma responsável pelo modo de viver adotado pelo aluno.

Finalmente, M10 mostra-se de acordo com M7 a respeito de como fatores externos à graduação em si são capazes de influenciar no estilo de vida do estudante, todavia, ressalta que a educação formal contribui positivamente nas atitudes dos alunos:

M10: *“Penso que há um amadurecimento natural durante este tempo. Acredito que a educação formal na academia contribui para o fortalecimento e aprofundamento de conceitos e atitudes mais positivas, mas ressalto que outros aspectos como ambiente familiar e as características pessoais também interferem fortemente para construção do estilo de vida de cada estudante”.*

Quando solicitados a respeito de sugestões para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes, as repostas dos professores revelaram uma grande surpresa. Confesso que com aquela pergunta, esperava obter um conjunto de propostas estruturais curriculares e extra-curriculares que tornassem a adoção de hábitos mais saudáveis possíveis e/ou mais acessíveis. Entretanto, obtive respostas que refletiram o que os professores consideravam mais importante que os alunos modificassem em seu estilo de vida, o que foi muito interessante. Apesar daquelas respostas, a princípio inesperadas, alguns professores responderam conforme o esperado, sugerindo um conjunto de políticas que viria a proporcionar possibilidades para a adoção de práticas mais saudáveis por parte dos alunos.

As sugestões dos entrevistados sobre como proporcionar melhoria no estilo de vida, foram categorizadas em cinco classes, a saber: relações sociais e lazer, carreira, hábitos alimentares, tabagismo, etilismo, drogas ilícitas, atividades físicas e serviços de saúde e apoio ao estudante.

A seguir um resumo categorizado do que os professores consideram de maior importância para um estilo de vida mais saudável:

**Quadro 1. Opinião dos docentes sobre as variantes que proporcionam um estilo de vida saudável.**

Relações Sociais e Lazer	Vida social equilibrada Manutenção das redes sociais Exemplo dos pais Exemplo dos professores Incentivo a espaços mais saudáveis durante a formação
--------------------------	---

	<p>Atividades de lazer</p> <p>Horários flexíveis para facilitar o desenvolvimento de outras atividades</p> <p>Ambiente institucional que estimule o cuidado de si</p>
Carreira	<p>Dedicação aos estudos</p> <p>Realizar atividades de aprendizado com prazer</p> <p>Maior inserção na comunidade com atividades de Educação em Saúde, para sensibilização pessoal com a realidade</p> <p>Incentivo a espaços mais saudáveis durante a formação</p> <p>Repensar atenciosamente a carreira escolhida</p>
Hábitos Alimentares	<p>Alimentação saudável</p> <p>Restaurantes com dietas equilibradas e a preços acessíveis</p> <p>Melhoria na alimentação oferecida na universidade</p> <p>Horário melhor de almoço</p> <p>Horários flexíveis para facilitar o desenvolvimento de outras atividades</p> <p>Desenvolvimento de um programa de reeducação alimentar</p> <p>Ambiente institucional que estimule o cuidado de si</p>
Tabagismo	<p>Evitar o uso do tabaco</p> <p>Ambiente institucional que estimule o cuidado de si</p>
Etilismo	<p>Evitar o uso do álcool</p> <p>Ambiente institucional que estimule o cuidado de si</p>

Drogas Ilícitas	Evitar o consumo de drogas Ambiente institucional que estimule o cuidado de si
Atividades Físicas	Oferecer um programa de exercícios físicos no intervalo das aulas Ambiente institucional que estimule o cuidado de si
Serviços de Saúde e Apoio ao Estudante	Facilidade no acesso aos serviços de saúde no hospital universitário Projetos de suporte a saúde do aluno na instituição Ambiente institucional que estimule o cuidado de si Campanhas de promoção da saúde aos alunos e funcionários Educação em Saúde, para sensibilização pessoal com a realidade Grupos de reflexão Oferecer filmes e debates Exemplo de pais e professores Maior disponibilidade e acessibilidade dos docentes para os alunos

Fonte: D'Alencar, 2010

Em síntese, a partir da categorização dos dados qualitativos, foi possível observar que a participação dos docentes entrevistados na educação em saúde voltada aos estudantes de enfermagem, ocorre de duas formas distintas, ficando bastante clara entre aqueles que limitam-se a discutir as temáticas que sejam relacionadas às suas especialidades, ou à disciplina que lecionam, e aqueles que vão além dos limites da disciplina, reconhecendo aquele jovem como ator de vários papéis, não meramente o de educando em

uma disciplina específica, como também o de estudante de enfermagem em período integral, sobrecarregado com as atividades da graduação, envolvido em outras atividades extracurriculares, entre muitas outras variáveis do contexto social daquele estudante que possivelmente influenciam no seu estilo de vida.

A respeito da opinião dos docentes sobre o efeito do avanço dos estudos na faculdade de enfermagem influenciarem no estilo de vida dos discentes, encontramos um misto de opiniões, que podem ser resumidas entre aqueles que acreditam que há uma relação positiva, os que afirmam haver uma relação negativa, e os que pensam ser muito relativo. Entre os professores que pensam haver uma relação positiva entre essas duas variáveis, é importante ressaltar a opinião dos que pensam que a carga das disciplinas e outras atividades exigidas pela graduação é responsável pela adoção de bons hábitos, a medida, que precisam se adaptar àquele ritmo, para obterem êxito no curso e futuramente na carreira profissional.

Em contrapartida, entre os discentes que afirmam haver uma relação negativa entre o avanço dos estudos e adoção de bons hábitos de saúde, há consenso no que diz respeito à opinião de que as mesmas demandas do curso, referidas anteriormente como positivas, influenciam negativamente no estilo de vida dos estudantes. Segundo os entrevistados, isso ocorre porque os alunos ficam muito estressados com a grande carga de trabalho, e o nível de exigência aumenta a cada período. Somado a isso, muitos estudantes mudaram de cidade para estudar e não vivem com os pais, desestabelecendo laços familiares e de amizade importantes para seu bem-estar. Assim, tendem a negligenciar bons hábitos como a prática de atividades físicas, dormir e alimentar-se adequadamente por falta de tempo e de incentivo da universidade.

Finalmente, entre aqueles professores que acreditam que a relação é relativa, podemos observar que eles acreditam que o ambiente universitário pode proporcionar tanto bons quanto maus hábitos de saúde, e que a diferença encontra-se na individualidade de cada ser, na criação, na base familiar e nos laços sociais, enfim na resiliência de cada estudante, que é fruto de sua experiência de vida.

## 6. Descrição dos dados quantitativos

### 6.1. Perfil dos estudantes:

Para conhecermos a amostra participante neste estudo, foram realizadas perguntas de identificação e questões sócioeconômicas. Assim, obtivemos uma média geral de 21 anos de idade entre os estudantes do 1º e 9º períodos do 1º semestre de 2010 da Universidade Federal Fluminense, variando dos 16 aos 34 anos de idade (tabela 1). Podemos identificar dois grandes grupos recorrentes na faixa etária: 18 anos e 22 anos (tabela 2). Portanto, a amostra é constituída por jovens em sua grande maioria até os 26 anos de idade, possuindo apenas um representante para cada jovem adulto de 27, 30 e 34 anos de idade.

**Tabela 1. Média de Idade dos Estudantes**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	77	16	34	21.31	3.377
Valid N (listwise)	77				

Fonte: D'Alencar, 2010.

**Tabela 2. Número de Estudantes por Faixa Etária**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 16	1	1.3	1.3	1.3
17	5	6.5	6.5	7.8
18	17	22.1	22.1	29.9
19	7	9.1	9.1	39.0
20	5	6.5	6.5	45.5
21	2	2.6	2.6	48.1
22	13	16.9	16.9	64.9
23	8	10.4	10.4	75.3
24	7	9.1	9.1	84.4
25	4	5.2	5.2	89.6

26	5	6.5	6.5	96.1
27	1	1.3	1.3	97.4
30	1	1.3	1.3	98.7
34	1	1.3	1.3	100.0
Total	77	100.0	100.0	

Fonte: D'Alencar, 2010.

A prática da profissão de enfermagem é visivelmente dominada pelo público feminino e como era de se esperar, a população estudada é composta majoritariamente pelo sexo feminino, que corresponde a 92.2% da amostra estudada (tabela 3), por indivíduos solteiros (tabela 4) e sem filhos (tabela 5).

**Tabela 3. Sexo**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Homens	6	7.8	7.8	7.8
Mulheres	71	92.2	92.2	100.0
Total	77	100.0	100.0	

Fonte: D'Alencar, 2010.

**Tabela 4. Estado civil**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteira(o)	72	93.5	93.5	93.5
Casada(o)	3	3.9	3.9	97.4
União estável	2	2.6	2.6	100.0
Total	77	100.0	100.0	

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 5. Número de filhos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	74	96.1	98.7	98.7
1	1	1.3	1.3	100.0
Total	75	97.4	100.0	
Missing 9	2	2.6		
Total	77	100.0		

Fonte: D'Alencar, 2010

A respeito da renda familiar dos estudantes, observamos que há um grande núcleo de até 2 salários mínimos<sup>1</sup> (tabela 6). Dependem dessa renda uma média de 3,56 pessoas em cada núcleo familiar, tendo sido o mínimo valor encontrado de uma e o máximo de seis pessoas (tabela 7).

**Tabela 6. Renda Familiar Aproximada**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Até 2 salários mínimos	4	5.2	5.2	5.2
De 2 a 4 salários mínimos	34	44.2	44.2	49.4
De 4 a 6 salários mínimos	10	13.0	13.0	62.3
De 6 a 8 salários mínimos	14	18.2	18.2	80.5
Mais de 8 salários mínimos	14	18.2	18.2	98.7
Não responderam	1	1.3	1.3	100.0
Total	77	100.0	100.0	

Fonte: D'Alencar, 2010.

<sup>1</sup> O salário mínimo base para a maioria das categorias profissionais de nível médio é de R\$ 581,88, estabelecido pelo artigo 10, parágrafo II da Lei nº 5.627, de 28 de dezembro de 2009, do estado do Rio de Janeiro.

**Tabela 7. Número de dependentes por núcleo familiar**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dependentes	76	1	6	3.53	1.149
Valid N (listwise)	76				

Fonte: D'Alencar, 2010.

Quanto à escolaridade dos pais, observamos que a grande maioria possui o ensino médio completo, com iguais números para nível superior e pós graduação em ambos os sexos (tabelas 7 e 8). Quantitativamente, as mães possuem maior escolaridade que os pais. Como visto, a escolaridade influencia muito na escolha de alimentos mais saudáveis e hábitos mais adequados à saúde.

**Tabela 8. Escolaridade da Mãe**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino fundamental	11	14.3	14.3	14.3
Ensino médio	43	55.8	55.8	70.1
Graduação	14	18.2	18.2	88.3
Pós-graduação	9	11.7	11.7	100.0
Total	77	100.0	100.0	

Fonte: D'Alencar, 2010.

**Tabela 9. Escolaridade do Pai**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino fundamental	17	22.1	22.1	22.1
Ensino médio	37	48.1	48.1	70.1
Graduação	14	18.2	18.2	88.3
Pós-graduação	9	11.7	11.7	100.0
Total	77	100.0	100.0	

Fonte: D'Alencar, 2010.

Quando perguntados sobre com quem residiram durante a maior parte do curso, 100% dos alunos do 1º período responderam que viviam com os pais ou outros parentes. No 9º período, apesar do núcleo principal permanecer sendo “pais”, observamos um segundo grande núcleo que vive com colegas, e a aparição de um pequeno núcleo que vive só (tabela 10).

**Tabela 10. Com quem residiu durante a maior parte do curso – 9º período**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pais	16	44.4	20.8	44.4
Colegas	14	38.9	38.9	83.3
Só	2	5.6	5.6	88.9
Outros parentes	4	11.1	11.1	100.0
Total	36	100.0	100.0	

Fonte: D'Alencar, 2010

Observamos que em relação ao seu estado de saúde (tabela 11), a apreciação de um maior quantitativo de alunos do 1º período atinge valores mais altos que os do 9º período, como “excelente”, 9.7% e 8.3% e mais significativamente “muito bom”. As piores apreciações “bom” e “regular”, foram quantitativamente mais significativas no 9º período. O gráfico 1 torna bastante clara a discrepância entre a apreciação dos alunos nos diferentes períodos comparados. Nenhum aluno avaliou seu próprio estado de saúde como péssimo.

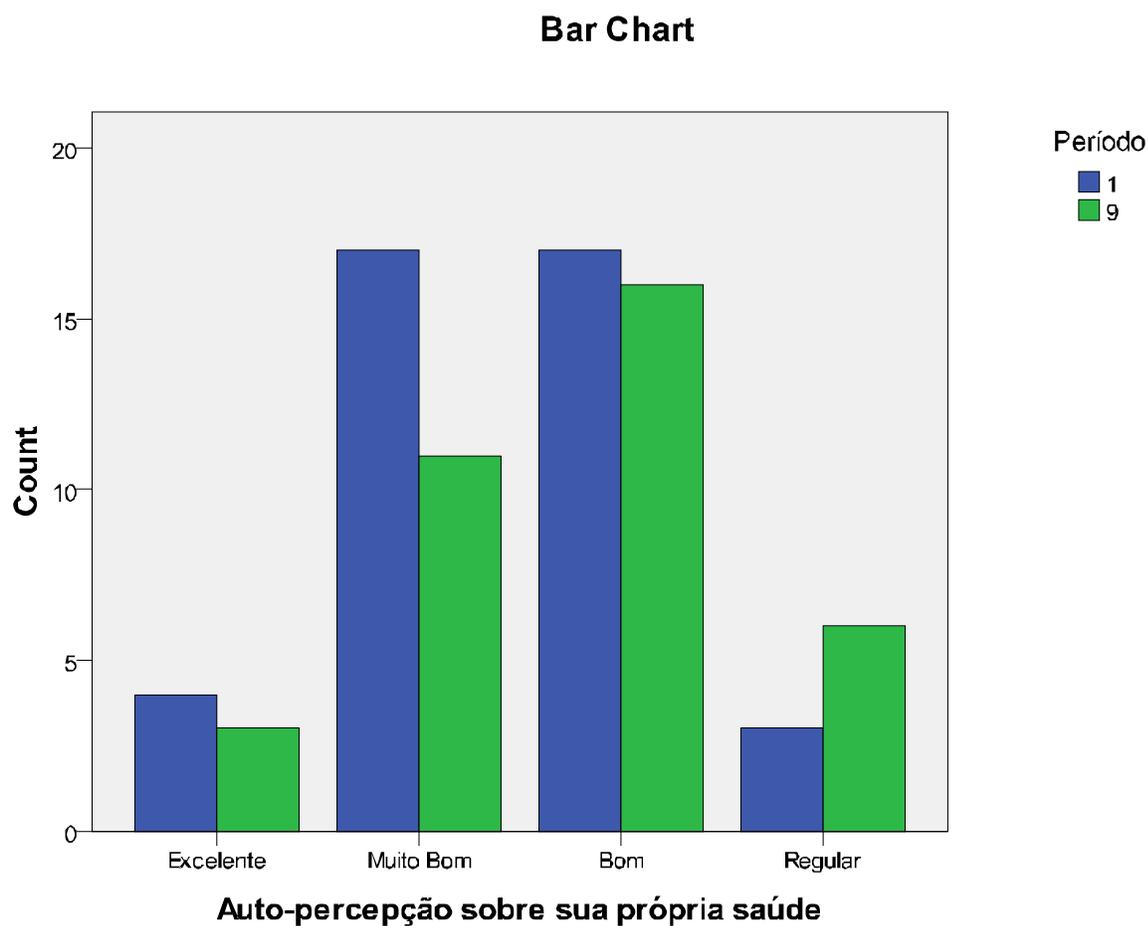
**Tabela 11. Auto-Percepção sobre sua Própria Saúde**

	Período			Total		
		1	9			
Auto-percepção sobre sua própria saúde	Excelente	4	9.7	3	8.3	7
	Muito Bom	17	41.5	11	30.6	28

	Bom	17	41.5	16	44.4	33
	Regular	3	7.3	6	16.7	9
Total		41	100	36	100	77

Fonte: D'Alencar, 2010.

**Gráfico 1. Auto-Percepção sobre seu próprio estado de saúde.**



Fonte: D'Alencar, 2010

## 6.2. Questionário Fantástico

### 6.2.1. Família e Amigos

Podemos observar que no quesito “família e amigos”, a maior pontuação possível, que representa a opção mais saudável, é quantitativamente mais freqüente nos alunos do 1º período, em comparação com os do 9º. Assim, mais de 90% dos alunos do 1º período afirmaram quase sempre ter alguém para conversar, contra 75% dos alunos do 9º período. Nenhum aluno marcou as opções “raramente” e “nunca”. Paralelamente aos melhores resultados entre os alunos do 1º período no quesito anterior, mais de 83% dos alunos do 9º período afirmaram quase sempre dar e receber afeto (tabela 13), contra 75.6% dos alunos do 1º período.

**Tabela 12. Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim**

			Período		Total
			1	9	
Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	Algumas vezes	Count	1	3	4
		% within Período	2.4%	8.3%	5.2%
	Com relativa freqüência	Count	3	6	9
		% within Período	7.3%	16.7%	11.7%
	Quase sempre	Count	37	27	64
		% within Período	90.2%	75.0%	83.1%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 13. Dou e recebo afeto**

	Período		Total
	1	9	

Dou e recebo afeto	Algumas vezes	Count	3	1	4
		% within Período	7.3%	2.8%	5.2%
	Com relativa frequência	Count	7	5	12
		% within Período	17.1%	13.9%	15.6%
	Quase sempre	Count	31	30	61
		% within Período	75.6%	83.3%	79.2%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

### 6.2.2. Atividade

Quase 64% dos alunos do último período afirmaram ser vigorosamente ativos menos de uma vez por semana (tabela 14), contra 36.6% dos alunos do período inicial. Também cabe ressaltar que a pontuação máxima desejada foi muito mais significativa entre os alunos de 1º período, 24.4% contra 2.8% entre os alunos do 9º período. A pontuação entre os alunos dos períodos comparados foi igualmente significativa no quesito “sou moderadamente ativo” (tabela 15), favorecendo os alunos do primeiro, que obtiveram pontuação máxima desejada maior que os demais, afirmando serem moderadamente ativos cinco ou mais vezes por semana em 32.5% dos casos contra 8.3% do período comparado.

**Tabela 14. Sou vigorosamente ativo**

			Período		Total
			1	9	
Sou vigorosamente ativo pelo	Menos de 1 vez por	Count	15	23	38
menos durante 30 minutos por dia	semana	% within Período	36.6%	63.9%	49.4%
	1-2 vezes por semana	Count	10	8	18
		% within Período	24.4%	22.2%	23.4%
	3 vezes por semana	Count	1	3	4
		% within Período	2.4%	8.3%	5.2%

4 vezes por semana	Count	5	1	6
	% within Período	12.2%	2.8%	7.8%
5 ou mais vezes por semana	Count	10	1	11
	% within Período	24.4%	2.8%	14.3%
Total	Count	41	36	77
	% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte D'Alencar, 2010

**Tabela 5. Sou moderadamente ativo**

		Período		Total	
		1	9		
Sou moderadamente ativo	Menos de 1 vez por semana	Count	5	12	17
		% within Período	12.5%	33.3%	22.4%
	1-2 vezes por semana	Count	10	9	19
		% within Período	25.0%	25.0%	25.0%
	3 vezes por semana	Count	4	9	13
		% within Período	10.0%	25.0%	17.1%
	4 vezes por semana	Count	8	3	11
		% within Período	20.0%	8.3%	14.5%
	5 ou mais vezes por semana	Count	13	3	16
		% within Período	32.5%	8.3%	21.1%
Total		Count	40	36	76
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

### 6.2.3. Nutrição

A respeito das questões enquadradas no módulo “nutrição”, a pontuação obtida em ambos os períodos foi estatisticamente semelhante. Cabe salientar que a diferença foi especialmente significativa quando

22.5% dos alunos do 1º período afirmaram raramente comer uma dieta balanceada, contra 17.6% alunos do último período (tabela 16). Quando perguntados a respeito da frequência com que consomem alimentos considerados inadequados para uma dieta saudável, 16.7% dos alunos do 9º período afirmaram incluir quatro itens dessa classe de alimentos em sua dieta. Entretanto, vale ressaltar que o número de alunos que afirmaram incluir dois desses itens (tabela 17) é estatisticamente mais frequente entre os alunos do 1º período, 46.3% contra 36.1%.

**Tabela 16. Como uma dieta balanceada**

		Período		Total
		1	9	
Como uma dieta balanceada Nunca	Count	2	2	4
	% within Período	5.0%	5.9%	5.4%
Raramente	Count	9	6	15
	% within Período	22.5%	17.6%	20.3%
Algumas vezes	Count	14	13	27
	% within Período	35.0%	38.2%	36.5%
Com relativa frequência	Count	13	11	24
	% within Período	32.5%	32.4%	32.4%
Quase sempre	Count	2	2	4
	% within Período	5.0%	5.9%	5.4%
Total	Count	40	34	74
	% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 17. Frequentemente como em excesso açúcar, sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos**

		Período		Total
		1	9	
Frequentemente como em excesso açúcar, sal, Quatro itens gordura animal, bobagens e salgadinhos	Count	4	6	10

	% within Período	9.8%	16.7%	13.0%
Três itens	Count	9	9	18
	% within Período	22.0%	25.0%	23.4%
Dois itens	Count	19	13	32
	% within Período	46.3%	36.1%	41.6%
Um item	Count	7	6	13
	% within Período	17.1%	16.7%	16.9%
Nenhum	Count	2	2	4
	% within Período	4.9%	5.6%	5.2%
Total	Count	41	36	77
	% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

Quanto ao intervalo de peso (tabela 18), 67.5% dos alunos consideram estar no seu peso ideal ou a 2kg do seu peso considerado saudável, em comparação com os 54.3% dos alunos do 9º período.

**Tabela 18. Estou no intervalo de \_\_\_ quilos do meu peso considerado saudável**

	Período		Total	
	1	9		
Estou no intervalo de Mais ou menos de 8 kg	Count	4	5	9
___ quilos do meu peso considerado saudável	% within Período	10.0%	14.3%	12.0%
8 kg	Count	0	1	1
	% within Período	.0%	2.9%	1.3%

6 kg	Count	5	4	9
	% within Período	12.5%	11.4%	12.0%
4 kg	Count	4	6	10
	% within Período	10.0%	17.1%	13.3%
2 kg ou ideal	Count	27	19	46
	% within Período	67.5%	54.3%	61.3%
Total	Count	40	35	75
	% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

#### 6.2.4. Cigarro e Drogas

Do total dos alunos entrevistados, a pontuação máxima desejada foi observada em 87.5% dos alunos do 1º período contra 77.1% dos alunos do 9º período, que afirmaram não ter fumado nenhum cigarro nos últimos cinco anos (tabela 19).

**Tabela 19. Fumo cigarros**

		Período		Total	
		1	9		
Fumo cigarros	1 a 10 por dia	Count	0	1	1
		% within Período	.0%	2.9%	1.3%
	Nenhum nos últimos 6 meses	Count	1	6	7
		% within Período	2.5%	17.1%	9.3%
	Nenhum no ano passado	Count	4	1	5
		% within Período	10.0%	2.9%	6.7%
	Nenhum nos últimos 5 anos	Count	35	27	62
		% within Período	87.5%	77.1%	82.7%
Total		Count	40	35	75
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

A respeito do consumo de drogas como maconha e cocaína, os dados revelaram que 97.5% dos alunos do período inicial afirmaram nunca terem feito uso de tais substâncias, contra 91.4% dos alunos do 9º período. Mais de 85% dos alunos do 1º período afirmaram nunca abusar de remédios, contra 77.8% dos demais alunos (tabela 21). Observa-se que o consumo de café e outros produtos que contenham cafeína como chá e colas não é muito elevado entre os estudantes (tabela 22). Observa-se que o maior número de estudantes afirmaram ingerir esse tipo de bebida de uma a duas vezes por dia somente. Ainda observa-se que os alunos do 9º período são os maiores consumidores dessas bebidas.

**Tabela 20. Uso drogas como maconha e cocaína**

			Período		Total
			1	9	
Uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes	Count	1	3	4
		% within Período	2.5%	8.6%	5.3%
Nunca		Count	39	32	71
		% within Período	97.5%	91.4%	94.7%
Total		Count	40	35	75
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 21. Abuso de remédios ou exagero**

			Período		Total
			1	9	
Abuso de remédios ou exagero	Ocasionalmente	Count	2	0	2
		% within Período	4.9%	.0%	2.6%
Quase nunca		Count	4	7	11
		% within Período	9.8%	19.4%	14.3%
Nunca		Count	35	28	63

	% within Período	85.4%	77.8%	81.8%
Não responderam	Count	0	1	1
	% within Período	.0%	2.8%	1.3%
Total	Count	41	36	77
	% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 22. Ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou colas)**

			Período		Total
			1	9	
Ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou colas)	Mais de 10 vezes por dia	Count	0	1	1
		% within Período	.0%	2.8%	1.3%
	7 a 10 vezes por dia	Count	0	1	1
		% within Período	.0%	2.8%	1.3%
	3 a 6 vezes por dia	Count	5	5	10
		% within Período	12.2%	13.9%	13.0%
	1 a 2 vezes por dia	Count	25	25	50
		% within Período	61.0%	69.4%	64.9%
	Nunca	Count	11	4	15
		% within Período	26.8%	11.1%	19.5%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

### 6.2.5. Álcool

O padrão de consumo de bebidas alcoólicas é semelhante entre os estudantes comparados, estando o maior núcleo registrado entre 0 a 7 doses em ambos os períodos (tabela 1). O maior número de doses semanais, de 13 a 20 doses e mais de 20 doses, foi registrado somente no 1º período. Entretanto, mais

estudantes do último período bebem de 8 a 12 doses por semana, totalizando 13.9% contra 2.4% no período comparado.

Quanto à frequência de ingestão das doses (tabela 24), registrou-se a maior frequência entre os alunos do 9º período, que afirmaram consumir mais de 4 doses. Do total dos estudantes, 58.5% dos alunos do 1º período afirmaram nunca consumir mais de 4 doses, contra 30.6% dos alunos do 9º período.

Quando perguntados sobre o hábito de dirigirem após beber (tabela 25), 98.7% do total dos alunos entrevistados afirmaram nunca combinar álcool e direção de automóveis.

**Tabela 23. Minha ingestão média por semana de álcool é: \_\_\_ doses**

			Período		Total
			1	9	
Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses	Mais de 20	Count	1	0	1
		% within Período	2.4%	.0%	1.3%
	13 a 20	Count	1	0	1
		% within Período	2.4%	.0%	1.3%
	11 a 12	Count	0	2	2
		% within Período	.0%	5.6%	2.6%
	8 a 10	Count	1	3	4
		% within Período	2.4%	8.3%	5.2%
	0 a 7	Count	38	31	69
		% within Período	92.7%	86.1%	89.6%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 24. Bebo mais de 4 doses**

			Período		Total
			1	9	
Bebo mais de 4 doses	Quase diariamente	Count	0	2	2
		% within Período	.0%	5.6%	2.6%
	Com relativa frequência	Count	1	3	4
		% within Período	2.4%	8.3%	5.2%
	Ocasionalmente	Count	10	10	20
		% within Período	24.4%	27.8%	26.0%
	Quase nunca	Count	6	10	16
		% within Período	14.6%	27.8%	20.8%
	Nunca	Count	24	11	35
		% within Período	58.5%	30.6%	45.5%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 25. Dirijo após beber**

			Período		Total
			1	9	
Dirijo após beber	Algumas vezes	Count	0	1	1
		% within Período	.0%	2.8%	1.3%
	Nunca	Count	41	35	76
		% within Período	100.0%	97.2%	98.7%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

### 6.2.6. Sono, Cinto de Segurança, Estresse e Sexo Seguro.

Dormir um sono tranquilo é um problema para a maioria dos estudantes de ambos os períodos (tabela 26). Mais da metade (53.6%) dos alunos do 1º período responderam que raramente ou algumas vezes dormem bem e sentem-se descansados, contra 69.4% dos alunos do 9º período. Do total dos alunos, dormir bem é um problema freqüente de 62.4% dos alunos, que afirmaram nunca, raramente ou somente algumas vezes dormir bem.

**Tabela 26. Durmo bem e me sinto descansado**

			Período		Total
			1	9	
Durmo bem e me sinto descansado	Nunca	Count	0	1	1
		% within Período	.0%	2.8%	1.3%
	Raramente	Count	6	8	14
		% within Período	14.6%	22.2%	18.2%
	Algumas vezes	Count	16	17	33
		% within Período	39.0%	47.2%	42.9%
	Com relativa freqüência	Count	12	7	19
		% within Período	29.3%	19.4%	24.7%
	Quase sempre	Count	7	3	10
		% within Período	17.1%	8.3%	13.0%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

A análise quantitativa do uso de cinto de segurança entre os grupos comparados revela que a maioria dos estudantes sempre utiliza o dispositivo (tabela 27). O segundo núcleo quantitativamente mais significativo, utiliza o cinto de segurança com relativa freqüência. Os melhores resultados estão entre os alunos do 9º período que informaram sempre utilizar o cinto de segurança em 63.9% dos casos, contra

36.6% dos alunos do 1º período.

**Tabela 27. Uso cinto de segurança**

			Período		Total
			1	9	
Uso cinto de segurança	Nunca	Count	1	0	1
		% within Período	2.4%	.0%	1.3%
	Raramente	Count	3	1	4
		% within Período	7.3%	2.8%	5.2%
	Algumas vezes	Count	8	1	9
		% within Período	19.5%	2.8%	11.7%
	Com relativa frequência	Count	14	11	25
		% within Período	34.1%	30.6%	32.5%
	Sempre	Count	15	23	38
		% within Período	36.6%	63.9%	49.4%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

A maioria dos alunos do 1º período revelou ser capaz de lidar com o estresse do dia-a-dia, enquanto a maioria dos alunos do 9º período afirmou somente algumas vezes saber lidar com o problema (tabela 28). Além disso, quase metade dos alunos do 1º período afirmou quase sempre relaxar e desfrutar de seu tempo de lazer (tabela 29) e em contrapartida, quase metade dos alunos do último período afirmou somente aproveitar o tempo de lazer algumas vezes. Cabe ressaltar o baixíssimo percentual dos alunos do 9º período (8.8%) que afirmou quase sempre desfrutar de seu tempo de lazer.

**Tabela 28. Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia**

			Período		Total
			1	9	

Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia	Nunca	Count	0	1	1
		% within Período	.0%	2.8%	1.3%
	Raramente	Count	0	3	3
		% within Período	.0%	8.3%	3.9%
	Algumas vezes	Count	10	18	28
		% within Período	24.4%	50.0%	36.4%
	Com relativa frequência	Count	22	8	30
		% within Período	53.7%	22.2%	39.0%
	Quase sempre	Count	9	6	15
		% within Período	22.0%	16.7%	19.5%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 29. Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer**

			Período		Total
			1	9	
Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Raramente	Count	2	4	6
		% within Período	4.9%	11.8%	8.0%
	Algumas vezes	Count	9	16	25
		% within Período	22.0%	47.1%	33.3%
	Com relativa frequência	Count	12	11	23
		% within Período	29.3%	32.4%	30.7%
	Quase sempre	Count	18	3	21
		% within Período	43.9%	8.8%	28.0%
Total		Count	41	34	75
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

A maioria dos alunos de ambos os períodos afirmou sempre praticar sexo seguro<sup>2</sup> (tabela 30), todavia a diferença entre os grupos foi de 26.7%, favorecendo os alunos do 1º período. O número de alunos do último período que afirmou nunca, algumas vezes ou raramente praticar sexo seguro totalizou 22.2%, enquanto que a soma total dos alunos do período inicial, para as mesmas opções foi de 5.2%.

**Tabela 30. Pratico sexo seguro**

			Período		Total
			1	9	
Pratico sexo seguro	Nunca	Count	1	4	5
		% within Período	2.6%	11.1%	6.5%
	Raramente	Count	0	1	1
		% within Período	.0%	2.8%	1.3%
	Algumas vezes	Count	1	3	4
		% within Período	2.6%	8.3%	5.2%
	Com relativa frequência	Count	6	9	15
		% within Período	15.3%	25.0%	19.5%
	Sempre	Count	31	19	50
		% within Período	79.5%	52.8%	64.9%
Total		Count	39	36	75
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

### 6.2.7. Tipo de Comportamento

**Tabela 31. Aparento estar com pressa**

			Período		Total
			1	9	
Aparento estar com pressa	Quase sempre	Count	8	7	15

<sup>2</sup> Com uso de preservativo masculino ou feminino.

	% within Período	19.5%	19.4%	19.5%
Com relativa frequência	Count	11	11	22
	% within Período	26.8%	30.6%	28.6%
Algumas vezes	Count	15	13	28
	% within Período	36.6%	36.1%	36.4%
Raramente	Count	6	5	11
	% within Período	14.6%	13.9%	14.3%
Nunca	Count	1	0	1
	% within Período	2.4%	.0%	1.3%
Total	Count	41	36	77
	% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 32. Sinto-me com raiva e hostil**

			Período		Total
			1	9	
Sinto-me com raiva e hostil	Quase sempre	Count	0	1	1
		% within Período	.0%	2.8%	1.3%
Com relativa frequência		Count	3	6	9
		% within Período	7.3%	16.7%	11.7%
Algumas vezes		Count	16	15	31
		% within Período	39.0%	41.7%	40.3%
Raramente		Count	19	13	32
		% within Período	46.3%	36.1%	41.6%
Nunca		Count	3	1	4
		% within Período	7.3%	2.8%	5.2%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

### 6.2.8. Introspecção

A maioria dos alunos do 1º período informou quase sempre pensar de forma positiva e otimista (tabela 33). Em contrapartida, a maior parte dos alunos do 9º, informou pensar de forma positiva e otimista somente algumas vezes. Além disso, os alunos do 9º período sentem-se tensos e desapontados (tabela 34) e tristes e deprimidos mais freqüentemente que os do 1º período (tabela 35). Cabe ressaltar que a metade dos estudantes do 9º período informaram sentir-se tristes e deprimidos algumas vezes. Já os alunos do período inicial, informaram que raramente sentem-se dessa maneira em 56.1% dos casos.

**Tabela 33. Penso de forma positiva e otimista**

			Período		Total
			1	9	
Penso de forma positiva e otimista	Raramente	Count	3	1	4
		% within Período	7.3%	2.8%	5.2%
	Algumas vezes	Count	6	16	22
		% within Período	14.6%	44.4%	28.6%
	Com relativa freqüência	Count	15	8	23
		% within Período	36.6%	22.2%	29.9%
	Quase sempre	Count	17	11	28
		% within Período	41.5%	30.6%	36.4%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 34. Sinto-me tenso e desapontado**

			Período		Total
			1	9	

Sinto-me tenso e desapontado	Quase sempre	Count	0	2	2
		% within Período	.0%	5.6%	2.6%
Com relativa frequência		Count	2	4	6
		% within Período	4.9%	11.1%	7.8%
Algumas vezes		Count	18	20	38
		% within Período	43.9%	55.6%	49.4%
Raramente		Count	20	8	28
		% within Período	48.8%	22.2%	36.4%
Nunca		Count	1	2	3
		% within Período	2.4%	5.6%	3.9%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

**Tabela 35. Sinto-me triste e deprimido**

			Período		Total
			1	9	
Sinto-me triste e deprimido	Com relativa frequência	Count	3	1	4
		% within Período	7.3%	2.8%	5.2%
Algumas vezes		Count	10	18	28
		% within Período	24.4%	50.0%	36.4%
Raramente		Count	23	16	39
		% within Período	56.1%	44.4%	50.6%
Nunca		Count	5	1	6
		% within Período	12.2%	2.8%	7.8%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

### 6.2.9. Carreira

Os estudantes do 1º período estão mais satisfeitos com a carreira escolhida (tabela 36). Nenhum aluno disse nunca ou raramente estar satisfeito com a carreira e mais alunos estão com relativa frequência ou quase sempre satisfeitos com a escolha feita.

**Tabela 36. Estou satisfeito com a carreira escolhida**

			Período		Total
			1	9	
Estou satisfeito com a carreira escolhida	Raramente	Count	0	3	3
		% within Período	.0%	8.3%	3.9%
	Algumas vezes	Count	2	5	7
		% within Período	4.9%	13.9%	9.1%
	Com relativa frequência	Count	11	7	18
		% within Período	26.8%	19.4%	23.4%
	Quase sempre	Count	28	21	49
		% within Período	68.3%	58.3%	63.6%
Total		Count	41	36	77
		% within Período	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: D'Alencar, 2010

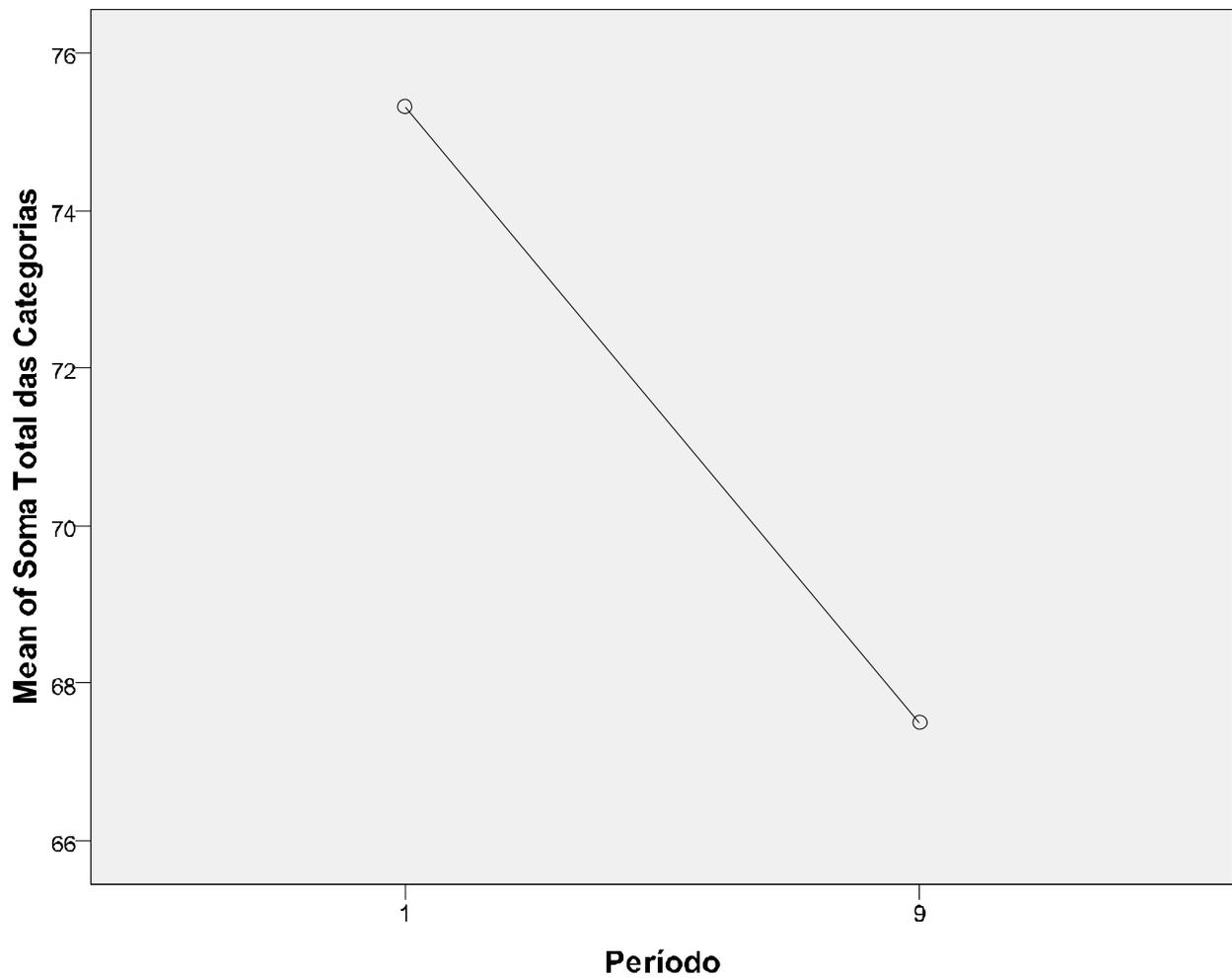
Finalmente, como já prevíamos na análise das categorias isoladas, a soma total das pontuações obtidas nas mesmas, evidencia que os alunos do 1º período obtiveram uma pontuação mais alta que aqueles do 9º período, isto é, a média de pontos atingidos pelos alunos do período inicial, superou 75 pontos, o que corresponde a um estilo de vida muito bom. Já os alunos do período final, atingiram a média de 67.5 pontos, o que corresponde a um estilo de vida bom. Observamos uma queda de mais de sete pontos percentuais na média dos estudantes do 9º período que pode ser claramente visualizada através do gráfico 2.

**Tabela 37. Soma Total das Categorias**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1	41	75.32	6.857	1.071	73.15	77.48	62	92
9	36	67.50	7.093	1.182	65.10	69.90	55	90
Total	77	71.66	7.958	.907	69.86	73.47	55	92

Fonte: D'Alencar, 2010

**Gráfico 2. Soma Total das Categorias**



Fonte: D'Alencar, 2010

## 7. Análise Conclusiva

Como já era esperado a respeito do perfil do estudante de enfermagem, grande parte dos alunos é jovem, solteira e sem filhos, com renda familiar média muito baixa, quando relaciona-se o número de dependentes. A escolaridade dos pais em sua maioria é de nível médio.

A escolaridade dos pais pode influenciar o estilo de vida adotado por seus filhos. Duas pesquisas encomendadas pelo Ministério da Saúde mostram que o hábito de consumir leite com alto teor de gordura, carnes vermelhas gordurosas e frango com pele está relacionado ao baixo nível de escolaridade (Brasil, 2008; Brasil, 2004). Portanto, os hábitos dos estudantes ao ingressarem no curso de enfermagem estão relacionados com a educação que receberam do núcleo familiar, podendo ser salientados com a nova dinâmica encontrada durante o curso.

A baixa renda familiar mensal somada ao alto número que dela dependem pode ser considerado um fator muito relevante na definição do estilo de vida de um indivíduo. Portanto, conforme analisado, podemos afirmar que muitos alunos da amostra estudada enfrentam dificuldades financeiras. Tais dificuldades podem interferir no estilo de vida do estudante, pois são salientadas com uma nova dinâmica, uma nova rotina. Assim, muitos alunos que moram distante do centro universitário, precisam mudar de endereço a fim de que possam concluir os estudos. Para aqueles em que esta opção é possível, o novo destino é crucial para o seu estilo de vida. Digo isso porque seu estilo de vida será diretamente influenciado pelas condições da nova moradia. Então, aqueles que possuem outros parentes como tios ou avós, podem ser mais beneficiados do que aqueles que precisam dividir a residência com colegas ou até mesmo morar sozinhos. Isto porque a rotina de estudos do curso de enfermagem envolve presença integral, seja na faculdade ou nos centros de saúde conveniados, bem como no envolvimento de atividades extracurriculares obrigatórias e trabalhos de casa, sobrando muito pouco tempo para uma alimentação saudável, assim como outros hábitos adequados. A presença dos pais, ou de uma pessoa que suporte o aluno nas tarefas do dia-a-dia, é dessa forma encarada como muito relevante. Aquele aluno que não possui o apoio do núcleo familiar, ficará sobrecarregado com suas tarefas, pois além das tarefas diárias relacionadas ao curso, precisará resolver sozinho aquelas atividades do dia-a-dia, como lavar roupa, preparar alimentos, arrumar a casa, entre outras.

Para aqueles alunos que moram distante do centro universitário e mudar-se para um local mais próximo ao centro universitário não é uma opção viável, sua nova rotina também vai impor uma alteração que pode ser visível em seu estilo de vida, pois além de suas atividades relacionadas ao curso, deverão dividir o que resta de suas horas livres com o trajeto de volta para casa, que além de oneroso, tira muito tempo do estudante, pois as vias de acesso às grandes cidades, como Niterói estão sempre congestionadas nos horários de pico, que coincidem justamente com o horário de entrada e saída do estudante.

Com exceção daqueles estudantes que moram com os pais e próximos ao centro universitário, todos os outros estão certamente perdendo em qualidade de vida, pois sobra-lhes muito pouco tempo para desenvolverem atividades físicas e outras atividades de lazer, que os distancie do cotidiano estressante que normalmente a vida nas grandes cidades proporciona.

Daí a importância da adoção de políticas que apoiem o estudante na universidade, como por exemplo o restaurante universitário com preços acessíveis, residência universitária, bolsas de iniciação científica e estágio supervisionado, inclusão de atividades físicas e de lazer no currículo e acesso facilitado aos serviços de saúde no hospital universitário e toda a rede credenciada.

A Universidade Federal Fluminense (UFF) possui um restaurante universitário, conhecido como “bandejão”, entretanto não há unidades em todos os *campi* e isso dificulta a sua utilização. Na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, por exemplo, não há um bandejão. O restaurante mais próximo fica há cerca de 30 minutos de caminhada. Até há dois anos atrás não havia nem sequer uma cantina na escola. Hoje encontra-se instalada na escola apenas uma cantina. Também recentemente foi instalado um forno de microondas para que os alunos aqueçam suas “quentinhas”. Não há uma geladeira para conservar os alimentos, impossibilitando o armazenamento de alimentos, facilitando a multiplicação de microorganismos em alimentos que devem ficar permanentemente conservados a frio, como presuntos, queijos e iogurtes e inibindo a prática de levar alimentos saudáveis preparados em casa. Não há um refeitório equipado para que os alunos façam suas refeições em um ambiente adequado, o que também inibe o aluno de levar sua refeição de casa.

A residência universitária apesar de também ser uma realidade na UFF, possui um número de lugares muito limitado, que está indubitavelmente aquém do quantitativo de alunos que demandam uma vaga. O mesmo problema ocorre com as bolsas de estágio supervisionado que oferecem uma pequena recompensa financeira para os estudantes. Além disso, seu processo seletivo só ocorre uma única vez ao ano e não é muito bem divulgado em todas as unidades.

As disciplinas de educação física e artes, que poderiam afetar positivamente a qualidade de vida do estudante, além de um incentivo para a adoção de práticas saudáveis, são encaradas como disciplinas eletivas, isto é, seus créditos não são contabilizados como ECTS que o estudante precisa completar. Sendo assim, aquele aluno que precisa completar créditos em disciplinas optativas, precisa escolher dentro de um número limitado de disciplinas, onde são priorizadas aquelas com conteúdo biomédico. Poderá em qualquer momento realizar disciplinas eletivas sem recompensa de inclusão dos créditos, em seu tempo livre. Mas que tempo livre?

O Hospital Universitário Antônio Pedro e a rede de postos de saúde do Sistema Único de Saúde conveniada à universidade, enxerga o aluno como um profissional em treinamento, prestador de serviços e não como clientela. Por mais irônico que possa parecer, não há um enfermeiro lotado na escola de enfermagem! Quero dizer que não há um enfermeiro assistencial lotado na unidade, capaz de intermediar a acessibilidade dos alunos à rede de serviços de saúde conveniada à faculdade.

Apesar do aluno estar inserido quase que diariamente, seja no hospital ou nos postos de saúde, isso não significa dizer que ele conhece os caminhos para ser atendido. No meu caso, particularmente, nunca soube que caminhos o cliente precisou percorrer até chegar a ser atendido por mim. Ao entrar no hospital, sempre via filas, painés com numeração e salas de espera, e não saberia direcionar um cliente que viesse me pedir uma informação sobre o caminho a ser percorrido. Dessa maneira, a presença de um enfermeiro assistencial lotado para consultar os alunos, solicitar exames complementares e emitir encaminhamentos gerais para atendimento, facilitaria muito o acesso do aluno, que possui uma carga horária bastante complexa e acaba negligenciando sua própria saúde.

Expandir a rede de apoio ao estudante na própria faculdade seria muito interessante. Entretanto a

situação financeira das universidades públicas é sabidamente precária e cabe aqui propor sugestões possíveis, que possam de fato vir a ser implementadas e traduzidas em melhorias para os estudantes. Assim me parece muito pertinente a presença de um enfermeiro assistencial que facilite o acesso dos estudantes aos serviços de saúde, acordos entre os departamentos de outras faculdades como o de artes e linguagens, a fim de que o acesso a curso de idiomas, aulas de pintura, arte, dança, peças de teatro, sessões de cinema tornem-se mais acessíveis aos alunos de enfermagem e porque não, tomem espaço na própria a escola de enfermagem? Seria uma forma de proporcionar espaços de lazer, trazendo uma maior qualidade de vida aos estudantes de enfermagem e ao mesmo tempo, proporcionar treinamento aos alunos dos outros departamentos que poderiam ministrar os cursos livres, além de também terem a sua inteira disposição o enfermeiro da faculdade de enfermagem para também terem o acesso à saúde facilitado.

Organizar grupos de discussão com as mais variadas temáticas, como drogas, doenças sexualmente transmissíveis, ou seja, proporcionar um momento em que o aluno possa ser ouvido de igual para igual, além de válido, também me parece perfeitamente possível. Mais que uma questão de dinheiro, as sugestões propostas são uma questão de boa vontade, de profissionalismo e compromisso com o bem-estar do aluno.

Quando comparamos o estilo de vida do estudante de enfermagem de 1º e 9º período, buscávamos confirmar a hipótese de que o conhecimento absorvido pelo aluno durante os períodos anteriores causasse uma modificação nas práticas que refletisse positivamente nas suas ações, entretanto observamos que há uma piora significativa.

A análise quantitativa do questionário fantástico mostra que há uma queda de 7,82 pontos percentuais na soma total das categorias entre os alunos de 1º e 9º período, o que representa que os alunos do 1º período obtiveram em média um estilo de vida muito bom, enquanto os alunos do 9º obtiveram na média um estilo de vida bom.

Não só efetivamente a pontuação é mais baixa, como também os próprios estudantes apreciam seu atual estado de saúde como pior que os alunos do 1º período. Não é nenhuma surpresa, pois aqueles mesmos

estudantes estão menos satisfeitos com a carreira, possuem menos pessoas para conversar, realizam menos atividades físicas, consomem com maior frequência alimentos pouco nutritivos e ricos em gorduras, consideram estar no peso ideal ou a 2kg do seu peso saudável menos frequentemente, fumam mais cigarros, consomem mais álcool e bebidas que contém cafeína em sua composição, dormem pior, são menos capazes de lidar com o estresse do dia-a-dia, desfrutam menos de seu tempo de lazer, são menos adeptos do uso de preservativo nas relações sexuais, sentem mais raiva e hostilidade, pensam menos otimista e positivamente, sentem-se mais tensos e desapontados, tristes e deprimidos.

É interessante verificar que, face à descrição e análise das entrevistas efetuadas, podemos agrupá-las em três categorias:

- a) aqueles docentes (4) que são categóricos quando consideram que a progressão nos cursos contribui positivamente para uma melhoria dos estilos de vida dos alunos;
- b) outros tantos docentes que manifestam uma posição diametralmente oposta, considerando que a progressão nos estudos não determina estilos de vida mais saudáveis;
- c) finalmente, 4 docentes consideram que a influência que o currículo acadêmico é irrelevante na adoção de hábitos mais saudáveis.

Esta distribuição categorial levanta alguns problemas de análise, já que não existe concordância ou discordância plenas face à questão-chave colocada. Outras investigações mais alargadas poderão ajudar-nos a compreender melhor o problema.

Assim, conclui-se que os anos de faculdade não são capazes de causar uma alteração positiva no estilo de vida de estudantes. Não é discutível, porém, que os alunos tornem-se mais conscientes a respeito de práticas saudáveis conforme a evolução do curso. A exposição às disciplinas introduz embasamento científico ao que já é senso comum, como o fato de que o consumo de tabaco e álcool, entre outros determinantes, causam malefícios à saúde. Além disso, a inserção no campo de estágio em hospitais e centros de atenção básica mostra-lhes casos da vida real das implicações conseqüentes dos mais variados hábitos que determinam o estado de saúde de um indivíduo.

Por razões práticas e operacionais, apenas foi possível realizar a investigação em uma entidade universitária. Todavia, foi possível validar a hipótese previamente colocada, que não confirma o senso comum. De fato, poderia pensar-se que a formação acadêmica de futuros profissionais da enfermagem contribuiria para um estilo de vida mais saudável. Assim não acontece, pelas razões anteriormente expostas.

Como se sabe, um estudo de caso restrito, como é o apresentado, não é passível de generalização estatística. Será, por outro lado, generalizável do ponto de vista teórico. Nessas circunstâncias, outras investigações sobre a mesma temática realizadas noutras instituições universitárias poderão fornecer-nos informações mais alargadas e aprofundadas sobre a problemática em causa. A hipótese de um doutorado perfila-se no meu horizonte.

## 8. Bibliografia

Albarello, Luc *et al.*, 1997, **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva

Almeida-Filho, Naomar *et al.*, 2004, “Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil”. **Rev Saúde Pública**; 38(1):45-54

Almeida, L.M.; Coutinho, E.S.F., 1993, “ Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil”. **Rev Saude Publica**; 27(1):23-9

Alpar, Sule Ecevit *et al.*, 2008, “Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training” **Nurse Educ Praract.** 8 (6): 382-388

Bardin, Laurence, 2002, **Análise de conteúdo**; Lisboa: Edições 70

Bell, Judith, 2004, **Como Realizar um Projecto de Investigação. Um Guia para a Pesquisa em Ciências Socias e da Educação**; Lisboa: Gradiva

Bonita, R; *et al.*, 2010. **Basic Epidemiology**. Geneva: WHO Extraído de:

[[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9788572888394\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9788572888394_por.pdf)] Acesso em: [19 de março de 2010]

Brasil. Ministério da Saúde, 2005, **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**; Brasília: Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, 2004, **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**; Brasília: Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, 2008, **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para**

**doenças crônicas por inquérito telefônico;** Brasília: Ministério da Saúde

Can, Gulbeyaz, *et. al* 2008, “Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey” **Nurs Health Sci**; 10 (4): 273-280

Costa e Silva, VL; Koifman, S., 1998, “Smoking in Latin America: a major public health problem.” **Cadernos de Saude Pública**; 14: 99-108.

Freire, Paulo, 1979, **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Frida, Eek; P.-O. Ostergren, 2009, “Factors associated with BMI change over five years in a Swedish adult population. Results from the Scania Public Health Cohort Study” **Scand J Public Health**; 37 (5): 532-544

Levy, Sylvain Nahum *et al.*, 1996, **Educação em Saúde: histórico conceitos e propostas. In:** Conferência Nacional de Saúde On Line. 10., 1996. Anais. Brasília. Extraído de [<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>], acesso em [15 de dezembro de 2009].

Lima, Marinus Pires de, 1972, “O Inquérito Sociológico: Problemas de Metodologia” **Análise Social** 35-36: 558-628.

Matos, Margarida G. *et al.*, 1996, **Aventura Social e Saúde. Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses.** Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS. Extraído de [<http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/BrochuraHBSC96totalfinal.pdf>] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

Moraes, de Augusto César Ferreira et al., 2009, “Prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes”, **Rev Assoc Med Bras**; 55(5): 523-528

Moreira, Ana Cândida *et al.*, 2001, **Educação em Saúde. Planejando as Ações Educativas. Teoria e**

**Prática.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Pereira, Luciana *et al.*, 2003, “Obesidade: Hábitos Nutricionais, Sedentarismo e Resistência à Insulina”.

**Arq Bras Endocrinol Metab;** 47 (2): 111-127

Rodriguez Añez, Ciro Romélio et al., 2008, “Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida

Fantástico”: Tradução e Validação para Adultos Jovens” **Arq Bras Cardiol;** 91 (2):102-109.

Extraído de [<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n2/v91n2a06.pdf>] Acesso em [13 outubro de 2009]

Sabóia. Vera Maria, 2003. **Educação em Saúde: a arte de talhar pedras.** Niterói: Intertexto.

Stotz, Eduardo Navarro, 1993, Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V. V. e Stotz, E. N. (org).

Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: 11-22

The World Bank, 1999, **Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control.**

Washington, D.C: WDR World Development Reports. Extraído de

[<http://www1.worldbank.org/tobacco/book/html/cover2a.html>] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

\_\_\_\_\_, 2009, **WDR 2009: Reshaping Economic Geography.** Washington, D.C: WDR. Extraído de

[<http://con.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2009/0,,menuPK:4231145~pagePK:64167702~piPK:64167676~theSitePK:4231059,00.html>] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

Valla, Victor Vincent; Stotz, Eduardo Navarro (orgs.), 1994, **Educação, saúde e cidadania.** Petrópolis:

Vozes

Valla, Victor Vincent, Melo Jac, 1992, “Sem educação ou sem dinheiro?” In: Minayo Maria de C.

Souza, (org). **A saúde em estado de choque.** Rio de Janeiro: FASE/Espaço e Tempo: 21-35.

Wilsgaard, Tom *et al.*, 2005, “Determining Lifestyle Correlates of Body Mass Index using Multilevel

Analyses: The Tromsø Study, 1979–2001” **Am. J. Epidemiol**; 162 (12): 1179 - 1188.

World Cancer Research Fund, 1997, Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. American Institute for Cancer Research Extraído de [<http://www.dietandcancerreport.org/>] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

World Health Organization, 1969, **Planning and Evaluation of Health Education Services**. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO Extraído de [[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_409.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_409.pdf)] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

\_\_\_\_\_, 1993. **WHOQOL: study protocol**. Geneva: WHO

\_\_\_\_\_, 1998, **Obesity. Preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. WHO: Geneva. Extraído de [<http://www.iotf.org/publications/>] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

\_\_\_\_\_, 1999, International Consultation on Tobacco and Youth – What in the World Works? In: **Final Conference Report**. Singapore: WHO. Extraído de [[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_NMH\\_TFI\\_00.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_NMH_TFI_00.1.pdf)] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

\_\_\_\_\_, 2002, **World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO. Extraído de [<http://www.who.int/whr/2002/en/>] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

\_\_\_\_\_, 2004, **Tobacco and poverty: a vicious circle**. Geneva: WHO Extraído de [<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/en/>] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

\_\_\_\_\_, 2004a, **Building blocks for tobacco control: a handbook**. Geneva: WHO. Extraído de [[http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building\\_blocks\\_1.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf)] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

\_\_\_\_\_, 2006, **WHO Global Infobase**. Extraído de

[[http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/Reports/reportListCountries.aspx](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/Reports/reportListCountries.aspx)] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

\_\_\_\_\_., 2009, **Obesity and overweight**. Extraído de  
[<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>] Acesso em [15 de dezembro de 2009]

Yin, Robert K., 1994, **Case Study Research. Design and Methods**, London: Sage Publications.

## 9. Anexos

### 9.1. Sessão 1 – Questionário de Estilo de Vida Fantástico

Família e Amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Dou e recebo afeto.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação).	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável.	Mais (ou menos) de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
Cigarro e drogas	Fumo cigarros.	Mais de 10 por dia.	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos
	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas").	Mais de 10 por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Álcool	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	Durmo bem e me sinto descansado	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Uso cinto de segurança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Pratico sexo seguro (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase	Com relativa	Algumas	Raramente	Nunca

		sempre	freqüência	vezes		
Introspecção	Penso de forma positiva e otimista.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa freqüência	Quase sempre
	Sinto-me tenso e desapontado.	Quase sempre	Com relativa freqüência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
	Sinto-me triste e deprimido.	Quase sempre	Com relativa freqüência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Trabalho	Estou satisfeito com a carreira escolhida.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa freqüência	Quase sempre

### 9.1.1. Instruções

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

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

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

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



## 10. Apêndices

### 10.1. Sessão 2 – Questionário Sociodemográfico

1. Idade.....

2. Gênero

M  F

Estado Civil

Solteira(o)  Casada (o)  União Estável  Divorciada(o)  separada(o)

4. Número de filhos.....

5. Renda familiar aproximada

Até 2 salários mínimos  Até 4 salários mínimos  Até 6 salários mínimos  Mais de 6 salários mínimos

6. Quantas pessoas dependem dessa renda?.....

7. Escolaridade da mãe

Analfabeta  E. fundamental  E. Médio  Graduação  Pós Graduação

8. Escolaridade do pai

Analfabeto  E. fundamental  E. Médio  Graduação  Pós Graduação

9. Com quem residiu durante a maior parte do curso?

Pais  Colegas de universidade  Só  Outros. Qual?.....

10. Auto-percepção do próprio estado de saúde

Excelente  Muito bom  Bom  Regular  Péssimo

## 10.2 Entrevistas

### 10.2.1 Entrevista com M1

1. Que disciplina(s) leciona?

*Concepções, saberes e práticas do cuidar em saúde mental.*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Como enfermeira na assistência: 14 anos*

*Como docente: 10 anos*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Sim. Na disciplina é discutido entre outros, como o stress da vida cotidiana, do trabalho podem influenciar a saúde mental das pessoas. Sendo assim, trabalhamos conteúdos que podem auxiliar na percepção precoce do sofrimento psíquico das pessoas, auxiliando na autopercepção dos fatores desencadeantes e busca de auxílio.*

*Uma outra maneira que acredito ser importante para a melhoria do estilo de vida trabalhado na disciplina é o incentivo a leitura de uma forma geral, principalmente a literatura, poesia e a escrita como possibilidades de expressão.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Sim. Acredito que os estudantes passam por vários momentos difíceis durante o processo de formação acadêmica o que influencia de forma negativa os estilos de vida dos mesmos. Poderia localizar pelo menos três: o primeiro quando este aluno entra na universidade: muitos alunos residem em outro*

*município, o que implica num afastamento familiar, provocando ruptura de laços de convivência. Se vêem “sozinhos”, precisando tomar decisões, cuidar da casa, etc. O que pode causar, em alguns casos, uma piora no estilo de vida dos acadêmicos; o segundo quando este aluno se depara com o campo de prática pela primeira vez: a falta de conteúdo, a insegurança diante do paciente, a falta de habilidades técnicas para a execução de algum procedimento, o se deparar com situações de morte, etc. Também pode gerar sofrimento nos alunos, o que poderá acarretar em prejuízos para o estilo de vida dos mesmos. O terceiro está relacionado ao término do curso de graduação: quando o aluno se vê “lançado” ao campo do mercado de trabalho. O que provoca inseguranças relacionadas a nova etapa da vida.*

*Sendo assim, acredito que os desafios impostos pelo processo de formação acarretam uma piora no estilo de vida dos acadêmicos.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Que tivessem mais tempo para o lazer, que durante a faculdade não se afastassem das suas redes de amizade, que se dedicassem ao que realmente é prioritário na formação: o cuidado do outro. Parece simples, mas não é!!!*

### **10.2.2. Entrevista com H1**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Enfermagem em Saúde da Mulher I (Primeiro Nível de Atenção em Saúde)*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Enfermeiro – 11 anos*

*Professor – 3 anos*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Sim. São discutidas temáticas correlacionadas à saúde da mulher. Ressalta também discussão sobre atenção ginecológica (que aborda assuntos que fazem referência direta com as alunas em específico). Além disso trabalhamos discussões referentes às relações de gênero e paternidade, DSTs, Alcoolismo e Tabagismo de modo transversal, educação para a saúde, etc. Com isso alcançamos também os estudantes masculinos. Os encontros contribuem para o fomento de discussões sobre assuntos de interesse da vida cotidiana.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Sim. Pra melhor.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Grupos de reflexões.*

### **10.2.3. Entrevista com M2**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Atuo há 3 anos no Ensino Superior. Porém tenho formação para docência há 10 anos, em Ensino Médio.*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Acredito que a aproximação do conteúdo teórico com a prática de enfermagem, bem como a realização de atividades práticas, acompanhamento de estudos de caso, visitas técnicas etc, afetam diretamente a maneira como o aluno se posiciona, em relação a disciplina, num primeiro momento. Mas a consequência dessa mudança na elaboração do pensamento é que o aluno adquire uma nova postura também em sua vida, se torna mais articulado e mais independente. A maioria dos alunos é jovem e está na metade da jornada na faculdade. Observo que após passar pela disciplina, eles se tornam mais maduros, devido a carga de responsabilidade com horários e tarefas, realização de procedimentos e atenção ao paciente.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Acredito que há uma mudança para melhor. Vejo que o estudante no 1º período ainda está descobrindo o que de fato significa estar na universidade, e por mais que valorizem essa conquista, ( muitos) não tem discernimento para entender que aquilo é o início da vida profissional. Já no 9º período, o às vésperas da formatura, a maneira de pensar do aluno é outra, e a felicidade da graduação somada à ansiedade pela busca do emprego, levam a mudar estilo de vida.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Penso que seja complicado sugerir uma mudança para melhorar estilo de vida de qualquer pessoa. Como promotores da saúde, devemos sempre basear nossas orientações no entendimento da história de vida de cada pessoa, para que as propostas de fato signifiquem melhorias. No caso do estudante de enfermagem, o decorrer do curso, com a apropriação de conhecimento , a adoção de um estilo de vida mais saudável deveria ser natural. Porém, como sugestão, aponto a impotência do cuidado de si e do autoconhecimento, tanto fisiológico quanto emocional. É fundamental estar saudável ,sentir-se seguro,*

*conhecer suas limitações e potenciais, para trabalhar cuidado de outra pessoa.*

#### **10.2.4. Entrevista com M3**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Atualmente estou acompanhando acadêmicos de enf. no estágio da disciplina “Estágio Curricular I” em uma unidade básica de saúde.*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*25 anos.*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Sim, em relação ao equilíbrio das atividades, que são muitas para muitos alunos, no sentido de que eles devem avaliar bem o que é melhor, no momento, para eles, ou seja, equilibrar o tempo destinado a cada atividade para assim não se estressarem. dialogo com eles sobre a reflexão do que realmente querem pois a profissão deve ser encarada com seriedade para no futuro ser um profissional comprometido e que enquanto acadêmicos devem aproveitar todas as oportunidades de aprendizado.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Sim. Aqueles que realmente se encontram na profissão e almejam ser bons profissionais, observa-se um amadurecimento e com certeza uma mudança no seu estilo de vida.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Acredito que na vida temos muitas dificuldades e que estas variam de pessoa para pessoa dependendo tb de sua situação socioeconomica dentro de uma sociedade capitalista. portanto, creio que a melhoria do estilo de vida para cada um está relacionado com aquilo que ele crê que seja saudável para ele. assim fica difícil dizer, no geral, o que é melhor para os estudante. penso que uma alimentação saudável, vida social equilibrada, evitar o uso do fumo e do álcool e outras drogas, procurar realizar suas atividades de aprendizado com prazer, procurar atividade de lazer que tem afinidade.*

'A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que, esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade'. (Carlos Drummond de Andrade)

*Corroborando com o pensamento de nosso grande escritor Carlos D. de Andrade, creio que se não desperdiçarmos a vida com coisas fúteis estaremos vivendo com qualidade.*

#### **10.2.5. Entrevista com M4**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Saúde Coletiva; a Diversidade do Processo de Envelhecimento Humano.*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*23 anos*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Valorizando a revisão e reorientação dos hábitos de vida: alimentação saudável, lazer, exercícios físicos regulares.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*A vida nas sociedades urbanas modernas, nas metrópoles como o Rio de Janeiro, São Paulo, onde o tempo para o cuidado de si é reduzido, é geradora de hábitos de vida incorretos. Como os alunos vivem neste tipo de cidade acabam por reproduzirem estes hábitos inadequados: alimentam-se com dietas ricas em gorduras e carboidratos que ao longo de anos poderão produzir doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial. A alteração é para pior, a meu ver.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Penso que poderíamos oferecer ainda mais trabalhos educativos sobre ter um estilo de vida saudável. Oferecer filmes, debates. Também a Universidade deveria oferecer restaurantes com dietas equilibradas e a preços acessíveis, o que poderia reduzir o consumo de alimentos calóricos e pouco saudáveis.*

#### **10.2.6. Entrevista com M5**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Enfermagem na saúde do adulto e idoso I, Introdução a metodologia da pesquisa e introdução as terapias naturais em saúde (optativa).*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Como docente 25 anos; enfermeiro assistencial 5 anos*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Sim. Durante as aulas teóricas ao falar sobre adoecimento e estilo de vida e no dia a dia nas atividades de orientação, avaliação e trabalhos em grupo, articulando os problemas identificados nos clientes com o dia a dia dos acadêmicos e seus hábitos cotidianos, sempre na disciplina de introdução as terapias naturais em saúde enfatizando o cuidado de si como premissa para o cuidado com o outro.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Sim. Ao longo do curso os alunos tendem a alterar seu estilo de vida geralmente para se adaptar a rotina das atividades porém, a maioria já tem um estilo de vida pouco saudável quando entram na universidade.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Incentivo a espaços mais saudáveis durante a formação, projetos de suporte a saúde do aluno na instituição, atividades de lazer, melhoria na alimentação oferecida nas instituições, campanhas de promoção da saúde aos alunos e funcionários; ambiente institucional que estimule o cuidado de si.*

### **10.2.7. Entrevista com H2**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Legislação e Ética, Saúde da Mulher, Fundamentos de Nutrição Clínica e Coletiva*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Há aproximadamente 16 anos*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos

acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Sim. Sempre relaciono as informações apresentadas e discutidas não só para serem aplicadas com seus clientes e pacientes e sim em suas vidas no seu cotidiano....Faço sempre um momento de reflexão para que sintam introjetados na temática como possíveis usuários destes conhecimentos em seu estilo de vida.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Não há como medir de imediato o impacto das discussões em sala de aula...Mas creio que as respostas e indagações são bastante reflexivas sobre o seu estilo de vida atual...Por exemplo quando falo que anticoncepcionais hormonais trazem repercussões desastrosas sobre o Aparelho Cardiovascular das mulheres, muitas alunas ficam extremamente preocupadas e assustadas, mas não posso garantir que elas mudaram seus hábitos ou estilo de vida sobre a problemática em questão...assim como ocorre também em Nutrição, mas sob o ponto de vista da disciplina de Ética o retorno é bastante gratificante, pois nas avaliações contínuas, consigo observar como o aluno muda o seu comportamento e sua forma de pensamento em relação ao mundo e sua própria vida.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Creio que deveríamos construir instrumentos de avaliação para cada disciplina, onde o Aluno(discente) responderia de forma exata se estes conhecimentos apreendidos foram importantes e capazes de mudar seu estilo de vida e seu pensamento e comportamento frente ao assunto estudado*

#### **10.2.8. Entrevista com M6**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Atualmente: História da Enfermagem e Fundamentos de Enfermagem I, mas sempre lecionei Enfermagem em Saúde Coletiva I ( no terceiro período do curso de graduação em enfermagem) e Enfermagem em Saúde Mental.*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Desde 1983 (docência) em cursos para auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, depois de 1992 (cursos de graduação e de pós graduação).*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Sim, é comum que eu faça comentários sobre hábitos de vida, de como eles devem ser estimulados, da importância da higiene do ambiente em que vivemos, dos hábitos de higiene oral. Costumo fazer comentários relacionando a alguns fatos do cotidiano, que tenha aparecido na imprensa local, por aí.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Sim, mas não é uma questão de crença, é o que eu tenho observado mesmo. Pois durante um longo período, tanto trabalhei com alunos no terceiro período quanto no último, e isto foi muito bom, pois tive o privilégio de observar mudança no comportamento, melhor orientação sobre alimentação, exercícios, penso que estas mudanças são diretamente influenciadas pelo que os estudantes aprendem conosco em sala de aula.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*A prática da educação em saúde pode ser desenvolvida no âmbito de todas as disciplinas no curso de enfermagem, quanto mais colocamos nossos alunos para realizarem atividades de educação em saúde*

*para a comunidade, mais eles vão também assimilando estes conceitos básicos e modificam progressivamente seu comportamento.*

### **10.2.9. Entrevista com M7**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Enfermagem no Gerenciamento da Assistência em Saúde II (7º período) e Relações de Trabalho em Saúde: ética, bioética e legislação profissional (3º período).*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Sou enfermeira há 25 anos. Professora de enfermagem há 12 anos (04 anos na Faculdade de Enfermagem da UNIGRANRIO e 8 anos na EEAAC/UFF).*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Sim. Quando menciono relações interpessoais sinceras e justas, quando há enfoque na humanização como estratégia de satisfação no trabalho e organização do trabalho, pode facilitar nos trabalho em equipe e desenvolver lideranças. Outro ponto é aconselhar para manter os estudos em dia, evitando estudar na véspera das provas até tarde da noite, ou seja, planejar suas atividades. No ensino teórico-prático da disciplina de Enfermagem no Gerenciamento II há ênfase na organização de uma escala individual por parte dos alunos com acordo dos enfermeiros que os acompanham no ETP, que permite que cumpram as 60 horas de prática de forma a conciliar outras atividades que exerçam como monitoria, estágio extra-curricular e eventos. Acho que dessa forma os acadêmicos de enfermagem cumprem a carga horária do ETP, com mais flexibilidade e menos estresse. Ainda, o envio por e-mail das aulas, diminuindo a necessidade de cópias favorece a atenção e participação em sala de aula, como também dinâmicas de grupo, que ao meu ver, favorecem o processo ensino-aprendizagem e melhora a condição para recordar os conteúdos.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1º e 9º períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Acho que há mudança sim. Entretanto, alguns alunos ficam mais tensos, seu comportamento fica menos expansivo, parece que perdem um pouco da alegria e/ou ingenuidade que chegam no curso, o que é negativo para mim. Esses alunos dizem que estão com saudades de casa (quando são de outro estado), estão cansados, pois têm que ajudar os pais para se manterem estudando, outros tem dúvidas quanto à profissão, alguns queriam ser médicos e não conseguiram. Sabemos que muitos se alimentam mal. Sentem-se sozinhos e um tanto quanto desamparados, principalmente quando adoecem. Tem muitas dificuldades financeiras. Por outro lado, outros alunos parecem desabrochar e crescem como pessoas e conseguem se definir como profissionais e essa mudança é positiva no meu entendimento. Parece que essa vivência acadêmica, que se constitui num desafio, traz para eles uma segurança de que estão vencendo e essa sensação os fortalece. Nesses percebemos falas otimistas, a qualificação com mestrado é sempre uma possibilidade forte e eles vêem o seu futuro como algo promissor e de provável sucesso.*

*Assim, o meu entendimento é que as pessoas são diferentes e o estilo de vida muda do que se tem até ir para a faculdade e durante o curso, também muda, porque muda o status do indivíduo na família, pois ele passa a ser um universitário, alguns passam a morar sozinhos, com outro padrão de liberdade e decisão, vivenciam situações que enfrentam dificuldades inerentes ao próprio curso (cuidar de doentes, enfrentar situações que sentem “nojo”, por exemplo). Essas situações repercutem de forma própria em cada indivíduo, com sua história de vida e subjetividade e afetam para melhor ou para pior esses jovens de maneira diferenciada.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Que os estudantes tivessem um horário melhor de almoço, para que pudessem almoçar no “bandejão”, pois tenho informações que atualmente está com boa qualidade e por preço baixo, mas as filas são grandes e se você tem um período curto no almoço fica difícil de aproveitar essa possibilidade de alimentar-se direito com baixo custo. Horários flexíveis em algumas disciplinas mais ao final do curso*

*para facilitar o desenvolvimento de outras atividades. Atualmente, na EEAAC existe uma psicóloga lotada e me parece que a presença dela já é uma iniciativa de apoio ao corpo social. Outro ponto, seria que os estudantes da UFF pudessem tratar seus problemas de saúde no HUAP, sem as dificuldades de acesso e atendimento de qualidade que existem rotineiramente.*

#### **10.2.10. Entrevista com M8**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias – 6º período*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*De professora – 13 anos*

*De enfermeira – 25 anos*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Sim, quando falamos de agravos à saúde relacionados com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, reforçamos hábitos de vida saudáveis, etc.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Acho que a mudança é para pior, pela qualidade da alimentação durante o dia, já que o curso funciona em horário integral, e os alunos tem que se alimentar fora de casa. Em geral comem salgados e refrigerantes.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de

enfermagem?

*É difícil obter mudança de comportamento, mas acho que um programa de exercícios físicos antes, nos intervalos ou após as aulas seria bastante saudável. Também um programa de reeducação alimentar, com disponibilidade de alimentos “mais saudáveis” nas cantinas, ou mesmo vendidos pelos próprios estudantes.*

### **10.2.11. Entrevista com M9.**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Atualmente ministro a disciplina de Farmacologia no curso de graduação em Enfermagem.*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Trabalho como docente desde de 2006.*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Na disciplina que ministro tento traçar um paralelo da farmacologia com a prática diária do enfermeiro. Dando ênfase a questões importantes como: o preparo e administração dos fármacos, os cuidados de enfermagem inerentes a cada fármaco, as reações adversas características de cada fármaco (para que o enfermeiro seja capaz de identificar e intervir) e as principais interações medicamentos (entendendo que cabe ao enfermeiro o aprazamento da prescrição médica).*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Acredito que haja uma grande mudança no estilo de vida para pior, pois o aluno quando chega ao último período está focado em concluir o trabalho de conclusão de curso e estudar para prestar os concursos públicos vigentes, desvalorizando o ensino e o docente.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Sugeriria que o aluno tivesse a oportunidade de repensar várias vezes durante a graduação se realmente ele gostaria de ser enfermeiro, visto que, “jogamos” no mercado de trabalho cada vez número maior de profissionais despreparados e desestimulados. Tal fato, reflete diretamente na qualidade da assistência prestada.*

#### **10.2.12. Entrevista com M10**

1. Que disciplina(s) leciona?

*Na graduação leciono a disciplina Fundamentos de Enfermagem.*

2. Há quanto tempo exerce a profissão?

*Sou professora há 17 anos e enfermeira há 27 anos.*

3. Na(s) disciplina(s) que leciona, transmite informação para a melhoria do estilo de vida por parte dos acadêmicos de enfermagem? De que maneira?

*Educação vai além de informação. Assim, procuro durante as aulas fomentar a reflexão e a crítica sobre diferentes situações do cotidiano dos jovens alunos como sedentarismo, alimentação inadequada, uso de bebidas alcoólicas e/ou drogas, relações interpessoais, a falta de leitura entre outros temas.*

4. Acredita que haja alteração nos estilos de vida dos estudantes entre os 1o e 9o períodos? Se sim, para melhor ou para pior?

*Penso que há um amadurecimento natural durante este tempo. Acredito que a educação formal na*

*academia contribui para o fortalecimento e aprofundamento de conceitos e atitudes mais positivas mas ressalto que outros aspectos como ambiente familiar e as características pessoais também interferem fortemente para construção do estilo de vida de cada estudante.*

5. Na qualidade de enfermeira(o) e de agente promotor da saúde, o que você sugeriria para a melhoria dos comportamentos que refletissem em um estilo de vida mais saudável por parte dos estudantes de enfermagem?

*Acredito que o exemplo de pais e professores, mostrando o que foi alcançado por meio de condutas dignas, do conhecimento e da qualificação profissional. Buscar ter o jovem sempre próximo, mostrando-se acessível e disponível, sem autoritarismo e preconceitos. Desta forma estaremos fortalecendo valores esquecidos ,estreitando a relação entre educadores e educandos e favorecendo a formação de profissionais e de cidadãos.*

### **10.3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS)**

Título do Projeto: **Estilos de vida: Um Estudo de Caso com Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense**

Pesquisadora Responsável: Monike Marques D'Alencar Araripe Costa

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Universidade de Évora e Linköping Universitet

Telefones para contato: +55 21 85268144

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G.: \_\_\_\_\_

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Estilos de vida: Um Estudo de Caso com Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense**, de responsabilidade da pesquisadora Monike Marques D'Alencar Araripe Costa. Os objetivos do estudo são estabelecer a relação entre a frequência no curso de enfermagem e os estilos de vida adotados pelos estudantes, caracterizar a atividade docente no sentido da transmissão dos saberes face a estilos de vida mais adequados e propor estratégias estruturais e comportamentais que possibilitem uma melhoria nos estilos de vida desses jovens. O estudo justifica-se porque os estilos de vida são determinantes do estado de saúde do indivíduo. Atualmente observa-se em todo o mundo um grande número de doenças e mortes conseqüentes de doenças influenciadas pelos hábitos de vida das pessoas que poderiam ser evitados ou diminuídos a partir da adoção de estilos de vida mais saudáveis. Além disso o jovem estudante do curso de enfermagem será o profissional do futuro e seus hábitos poderão influenciar a comunidade que enxerga no enfermeiro como um modelo a seguir. Somando a isso, é inexistente um estudo desse tipo envolvendo faculdades de enfermagem nas regiões do Rio e Grande Rio. Sua participação será feita através de entrevista contendo cinco questões. Seu nome será mantido anônimo. A presente pesquisa não oferece riscos ou danos físicos, econômicos ou sociais. Quanto aos benefícios, o estudo visa proporcionar a reflexão sobre o estilo de vida de estudantes de enfermagem e aumentar o nível de consciência dos sujeitos e de todos aqueles que dele tomarem conhecimento de que através dos estilos de vida que adotam tornam-se responsáveis pela sua própria saúde e a da coletividade. Além disso, pretende-se propor estratégias que visem a melhoria do comportamento de jovens, partindo-se do pressuposto de que este pode ser sempre melhorado. Participando desta pesquisa, você estará contribuindo para ampliar as informações a respeito do tema em questão tanto para os profissionais quanto para os acadêmicos. Sua participação é voluntária, de maneira que está livre para retirar este consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Eu, \_\_\_\_\_ R.G. nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável

por obter o consentimento

---

**Testemunha**

**Testemunha**

#### **10.4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDANTES)**

**Título do Projeto: Estilos de Vida: Um Estudo de Caso com Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense**

Pesquisadora Responsável: Monike Marques D'Alencar Araripe Costa

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Universidade de Évora e Linköping Universitet

Telefones para contato: +55 21 85268144

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G.: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidada(o) a participar do projeto de pesquisa **Estilos de vida: Um estudo de Caco com Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense**, de responsabilidade da pesquisadora Monike Marques D'Alencar Araripe Costa. Os objetivos do estudo são estabelecer a relação entre a frequência no curso de enfermagem e os estilos de vida adotados pelos estudantes, caracterizar a atividade docente no sentido da transmissão dos saberes face a estilos de vida mais adequados e propor estratégias estruturais e comportamentais que possibilitem uma melhoria nos estilos de vida desses jovens. O estudo justifica-se porque os estilos de vida são determinantes do estado de saúde do indivíduo. Atualmente observa-se em todo o mundo um grande número de doenças e mortes conseqüentes de doenças influenciadas pelos hábitos de vida das pessoas que poderiam ser evitados ou diminuídos a partir da adoção de estilos de vida mais saudáveis. Além disso o jovem estudante do curso de enfermagem será o profissional do futuro e seus hábitos poderão influenciar a comunidade que enxerga no enfermeiro como um modelo a seguir. Somando a isso, é inexistente um estudo desse tipo envolvendo faculdades de enfermagem nas regiões do Rio e Grande Rio. Seu nome será mantido anônimo e o termo de ciência que está lendo agora não estará ligado aos questionários, servindo somente para ciência e autorização de sua participação na pesquisa, o que quer dizer que nem mesmo eu ligarei seu nome ao questionário respondido por você. A presente pesquisa não oferece riscos ou danos físicos, econômicos ou sociais. Quanto aos benefícios, o estudo visa proporcionar a reflexão sobre o estilo de vida de estudantes de enfermagem e aumentar o nível de consciência dos sujeitos e de todos aqueles que dele tomarem conhecimento de que através dos estilos de vida que adotam tornam-se responsáveis pela sua própria saúde e a da coletividade. Além disso, pretende-se propor estratégias que visem a melhoria do comportamento de jovens, partindo-se do pressuposto de que este pode ser sempre melhorado. Participando desta pesquisa, você estará contribuindo para ampliar as informações a respeito do tema em questão tanto para os profissionais quanto para os acadêmicos. Sua participação é voluntária, de maneira que está livre para retirar este consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Eu, \_\_\_\_\_ R.G. nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

---

Nome e assinatura do entrevistado

---

Nome e assinatura do responsável  
por obter o consentimento

---

**Testemunha**

---

**Testemunha**

## 10.5. E-mail de convite

Caro (a) professor (a)

Fui aluna da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, graduando-me em 2008/01. Atualmente estou no meu primeiro ano de residência em Saúde Pública pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e ao mesmo tempo, estou concluindo o meu mestrado.

Tomei a liberdade de lhe enviar este e-mail, porque estou trabalhando em uma dissertação de mestrado duplo em Políticas de Bem-Estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores da Universidade de Évora, Portugal e em Saúde e Sociedade, da Universidade de Linköping, na Suécia, sob orientação do professor Francisco Ramos e co-orientação do professor John Carstensen.

O presente trabalho tem como alvo, além dos estudantes de enfermagem do primeiro e último semestres, enfermeiros que trabalham como docentes no curso de graduação e licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Neste estudo pretende-se estabelecer a relação entre a frequência no curso de enfermagem e os estilos de vida adotados pelos estudantes, caracterizar a atividade docente no sentido da transmissão dos saberes face a estilos de vida mais adequados e propor estratégias estruturais e comportamentais que possibilitem uma melhoria nos estilos de vida desses jovens.

O questionário e informações adicionais encontram-se em anexo.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento do questionário e no reenvio desta mensagem para os endereços de e-mail dos colegas do seu conhecimento, de forma a criar uma rede informal de respondentes, que permita recolher uma amostra significativa. Sua resposta deve ser enviada para esse mesmo endereço de e-mail em até uma semana: [monikedalencar@yahoo.com.br](mailto:monikedalencar@yahoo.com.br)

Com os maiores agradecimentos pela colaboração,

Cumprimentos,

Monike D'Alencar

Obs: Para qualquer dúvida ou esclarecimento adicional, poderá contactar-me através do e-mail [monikedalencar@yahoo.com.br](mailto:monikedalencar@yahoo.com.br) ou pelo telefone 85268144.