



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TAMYRIS GOMES MAIA

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES DO  
SEXO MASCULINO DO MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

CAJAZEIRAS – PB  
2013

TAMYRIS GOMES MAIA

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES DO  
SEXO MASCULINO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CAJAZEIRAS – PB

2013



M217f      Maia, Tamyris Gomes.  
Fatores de risco para hipertensão arterial em  
adolescentes do sexo masculino no município do Alto Sertão  
Paraibano / Tamyris Gomes Mais. - Cajazeiras, 2013.  
71f. : il.

Não disponível em CD.  
Universidade Federal de Campina Grande.  
Contem Bibliografia e Apêndice.

1. Hipertensão Arterial- adolescentes. 2. Fatore de  
Risco. 3. Adolescentes. I. Dantas, Rosimery C. Oliveira.  
II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de  
Formação de Professores. IV. Título

CDU 616.12-008.331.1

**TAMYRIS GOMES MAIA**

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB.**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Banca examinadora:

---

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
(Orientadora)

---

(Membro – UFCG)

---

(Membro – UFCG)

CAJAZEIRAS - PB  
2013

*“Se eu vi mais longe foi por está de pé sobre ombros de gigantes...” (Isaac Newton)*

Dedico esta conquista a Deus, pelo amor infinito, bem como aos meus pais, que, com amor incondicional, ensinaram-me amar e reconhecer os principais valores da vida, sempre foram exemplos de garra, coragem e confiança e o motivo do meu esforço diário. Sei que tudo que alcancei e sou é reflexo de seus ensinamentos. A vocês, a quem muito amo, e a quem devo tudo que eu sou, ofereço essa vitória.

## AGRADECIMENTOS

A Deus todo poderoso, antes de tudo, pelo dom da vida, por me guiar pelos caminhos de amor e de retidão, por nunca desistir de mim, amparando-me nos momentos de dificuldade, bem como me fazendo acreditar que nada é impossível àquele que crê.

A meus pais, Francisco (Maia) e Francisca (Neta), por representarem a presença de Deus da forma mais forte em minha vida, pelo amor incondicional, por tudo o que sou, por acreditarem e por compartilharem dos meus sonhos como ninguém, não medindo esforços para que eu chegasse até aqui, apoiando-me e orientando-me sempre.

À minha irmã, Tassila, pela amizade e pelo companheirismo, além de ser, para mim, um grande exemplo de força de vontade e de perseverança.

A meu avô e à minha avó de coração, Luiz Dutra e Sônia Dutra, por serem exemplos de pessoa e por ajudarem a mim e a minha família a conseguir grande parte do que possuímos até hoje.

Aos demais familiares, como avós, tios, primos e outros, pelo estímulo e pelo apoio.

A meus amigos de turma, em especial aos que fazem parte do “grupo dos nove”, Adenusca, Fransuelio, Fernanda Leite, Kariny, Isadora, Patrícia, Juliana, Pollyana e Conceição pela amizade, pelo companheirismo, pela paciência e pela ajuda mútua, o que tornaram essa caminhada mais leve.

A meus amigos que, mesmo não fazendo parte da minha vida acadêmica e mesmo estando longe, torceram e acreditaram nessa minha conquista.

Às amigas que fiz na cidade de Cajazeiras, que farei questão de preservar.

À professora Rosimery, pela orientação, pelo comprometimento, pela dedicação e pela confiança depositada na formação desse trabalho científico, além de ter se mostrado sempre disponível a ajudar.

À professora Mônica Paulino, por considerá-la um exemplo de profissional de enfermagem, de mestre e de pessoa e que muito acrescentou no meu conhecimento, merecendo e possuindo minha total admiração

Aos professores que compõe a banca examinadora, pela disponibilidade em avaliar meu trabalho e por transmitir sugestões e críticas construtivas, nos quais aumentarão meu conhecimento científico.

A todos os outros docentes da Unidade Acadêmica de Enfermagem, por compartilharem dos seus conhecimentos na minha formação profissional.

A todas as pessoas que me ajudaram durante a academia.

. Reconheço-os bastante em minhas orações.

## RESUMO

MAIA, Tamyris Gomes. **Fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes do sexo masculino no município de Cajazeiras - PB.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Cajazeiras – PB. Universidade Federal de Campina Grande, 2013. 75 p.

A adolescência é considerada um período onde o desenvolvimento de bons hábitos alimentares, prática de atividade física e manutenção do peso adequado são essenciais. Um estilo de vida saudável quando iniciado em idades jovens, tende a perdurar no decorrer da vida, evitando o surgimento de doenças crônicas, a exemplo a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que se constitui um grande problema de saúde pública. O objetivo principal foi investigar os fatores de risco para HAS em adolescentes do sexo masculino no município de Cajazeiras – PB. Para isso, adotou-se como metodologia um estudo exploratório de abordagem quantitativa, com uma amostra de 47 alunos adolescentes do sexo masculino da escola Estadual Monsenhor Constantino Vieira, do município de Cajazeiras-PB. Para coleta de dados aplicou-se um questionário com questões objetivas, além de conter medida da pressão arterial (PA), peso e altura. Como análise usou-se estatística descritiva. Os resultados revelaram que a grande maioria dos participantes tinha entre 16 e 17 anos (57,4%), de raça branca (46,8%) e parda (48,9%), e com boa escolaridade, moravam com os pais, que eram predominantemente casados. Sobre os antecedentes patológicos familiares que tem relação com a HAS, o mais freqüente foi à própria HAS (38,3%), com maior prevalência entre seus avós. Os adolescentes praticavam atividade física com freqüência de três a cinco dias na semana (86,4%), consumiam, com baixa freqüência, frutas, verduras e legumes e apresentaram elevado consumo de massas, frituras e carnes vermelhas. O cuidado com a saúde se dá com a ida ao médico somente quando adocece (87,2%) e realizam exames quando necessário (95,7%). A PA estava entre limítrofe ou elevada (53,2%), a maioria estava com a estatura e o peso adequados para idade, porém, a prevalência de sobrepeso/obesidade entre eles foi considerável (17%). Conclui-se, portanto, que há a necessidade valorizar medidas de prevenção e detecção precoce dos principais fatores riscos ao desenvolvimento de HAS entre os adolescentes, realizando monitoração contínua da PA desse contingente populacional, aproveitando do ambiente escolar para fazer orientações e investigações quanto ao estilo vida, desenvolvendo programas grupais voltados para os adolescentes e seus familiares, bem como palestras e campanhas que sirvam de orientação quanto alimentação saudável, prática de atividade física e a recusa aos apelos do álcool e ao tabaco.

**Palavras-chave:** Adolescente. Fatores de Risco. Hipertensão.



## ABSTRACT

MAIA, Tamyris Gomes. **Risk factors for hypertension artery in adolescent for male gender in the city Cajazeiras – PB.** .Completion of Course Work Bachelor of Nursing. Cajazeiras – PB. Universidade Federal de Campina Grande, 2013. 75 p.

Adolescence is a period considered the development of good eating habits , physical activity and the maintaining appropriate weight are essential. A healthy lifestyle when started at young ages, it tends to persist throughout life, avoiding the emergence of chronic diseases, like high blood pressure (HBP), which constitutes a major public health problem. The main objective was to investigate the risk factors for hypertension in male adolescents in the city of Cajazeiras - PB. It was adopted as methodology an exploratory study with a quantitative approach with a sample of 47 students male adolescents from State School Monsignor Constantino Vieira, in the municipality of Cajazeiras -PB. For data collection, it was applied a questionnaire with objective questions, and contain as blood pressure (BP), weight and height. As analysis it was used descriptive statistics. The results revealed that the vast majority of participants were between 16 and 17 years (57.4 %), White (46.8 %) and mixed (48.9 %), and well educated, lived with parents, who were predominantly married. About the family history of disease that is related to HBP, the most common was the very HBP (38.3 %), with higher prevalence among their grandparents . Adolescents frequently practiced physical activity three to five days a week (86.4 %), consumed with low frequency, fruits and vegetables and showed high consumption of pasta, fried foods and red meat. For health care the frequency who them go to the doctor only when sick was (87.2 %) and made examinations just when necessary (95.7 %). The PA was among borderline or high (53.2 %) , most were with height and weight appropriate for age , however, the prevalence of overweight / obesity among them was considerable ( 17 % ) . It was conclude, therefore, that there is a need to value the prevention and early detection of risk factors leading to the development of hypertension among teenagers such as performing continuous monitoring of these PA, taking advantage of the school environment to make inquiries as to the guidelines and lifestyle adolescents, by developing these targeted group and their families, as well as lectures and campaigns as a guide as healthy eating.

**Keywords:** Teenager. Risk Factors. Hypertension.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perfil sócio-demográfico dos participantes.....	38
<b>Tabela 2</b> – Caracterização do histórico familiar dos participantes.....	39
<b>Tabela 3</b> – Caracterização dos participantes quanto o prática de atividade física.....	41
<b>Tabela 4</b> – Características dos hábitos alimentares dos participantes.....	42
<b>Tabela 5</b> – Continuação da caracterização dos hábitos alimentares dos participantes.....	44
<b>Tabela 6</b> – Distribuição do consumo de álcool e tabaco entre os participantes.....	45
<b>Tabela 7</b> – Caracterização dos cuidados com a saúde pelos participantes.....	47
<b>Tabela 8</b> – Avaliação do desenvolvimento pômdero-estatural dos participantes.....	48
<b>Tabela 9</b> – Distribuição dos participantes quando a pressão arterial.....	49

## **LISTA DE SIGLAS**

CEP - Comitê de Ética na Pesquisa  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
HA – Hipertensão Arterial  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PA - Pressão arterial  
PAD – Pressão Arterial Diastólica  
PAS – Pressão Arterial Sistólica  
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde Escolar  
PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente  
PSE - Programa Saúde nas Escolas  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>14</b>
2.1 ADOLESCÊNCIA.....	15
2.2 POLÍTICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE NO BRASIL.....	16
2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA.....	19
2.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	21
<b>2.4.1 Fatores de risco para hipertensão arterial.....</b>	<b>23</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	29
3.5 COLETA DE DADOS.....	31
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	31
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>33</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>65</b>



A adolescência é um período de transição da infância para a vida adulta, marcada por uma série de mudanças biopsicossociais e que possui características próprias. Ainda que a adolescência apresente suas peculiaridades típicas, cada indivíduo vivência de forma diferente, de acordo com o seu tempo histórico, em sua sociedade e cultura. Diante disso, nota-se a necessidade de um olhar especial voltado para essa fase (IBGE, 2013).

As transformações sofridas pelo adolescente colaboram para que o mesmo torne-se mais vulnerável aos riscos a saúde, a exemplo da alimentação desregrada, inatividade física, o uso de álcool, tabaco e outras drogas, que associados à carência de ações destinadas a ele e a precariedade de profissionais de saúde especialistas nessa área, os conduz a desenvolver certos agravos (VIEIRA et al., 2008).

Nessa perspectiva, insere-se na agenda de saúde pública do Brasil a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem, associada à nova visão ampliada de saúde formada a partir da Constituição de 1989 e nos preceitos proposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essa política incentiva ações e estratégias que atendam ao adolescente em todas as suas particularidades, vendo-o com um novo olhar (RAPOSO, 2009).

Com a exposição a situações de risco centradas em estilo de vida inadequado, o adolescente acaba por desenvolver doenças que podem acompanhá-lo por muito tempo, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que apresentam duração de aproximadamente três meses ou mais, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo (SOUSA et al., 2012). As doenças cardiovasculares correspondem à maior parte das DCNT, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais predominante delas (BRASIL, 2012b).

A HAS é entendida como uma condição clínica multifatorial, determinada pelo aumento dos níveis pressóricos estabelecidos, relacionado a transformações no aparelho cardiovascular. Quando desenvolvida secundária a outra patologia é classificada como hipertensão secundária. A hipertensão primária possui causa desconhecida, resultado de inúmeros fatores, todavia, difícil identificar apenas um fator causador, sendo 95% de prevalência entre os casos de HAS (FERREIRA; AYDOS, 2010).

Embora, a maioria dos casos de HAS prevaleça na população adulta, à população infantil e adolescente não merecem uma menor preocupação, visto que o estilo de vida desenvolvido nessa fase tende a manter-se no decorrer da vida, contribuindo para o desenvolvimento desse agravo (MAGLIANO, 2012). Vários estudos mostram que o desenvolvimento de HAS em

adultos tem início na infância, bem como uma elevação considerada dessa doença em crianças e adolescentes, o que responde a necessidade da avaliação de pressão arterial continuamente (MARIATH; GRILLO, 2008).

A partir do que foi ressaltado, é imprescindível atentar-se aos fatores de risco que predis põem o adolescente a HAS, sugerir necessárias mudanças no estilo de vida, prevenindo o adoecimento nessa idade e em idades futuras, bem como evitar e controlar morbidades e comorbidades a ela associadas.

O interesse inicial pelo referido tema despertou-se a partir das primeiras aulas de enfermagem clínica I, onde foi estudada a patologia HAS, bem como pela experiência adquirida como monitora dessa disciplina no período 2012.1 e 2012.2. Outro fator que reforçou o interesse foi o conhecimento da alta prevalência de pessoas com HAS, visto que a maioria dos casos pode ser evitada, através do reconhecimento de fatores de risco e mudança no estilo de vida. Hábito de vida saudável é papel fundamental na prevenção da HAS e quando são orientados na fase jovem tende a perdurar pelo resto da vida. Assim, surgiu o desejo de desenvolver o estudo com adolescentes, já que essa fase é crucial e importante para a constituição de hábitos e valores na determinação da HAS e que tendem a permanecer na vida adulta. E, por fim, destaca-se o fato dos adolescentes darem pouca importância à saúde e aos cuidados com a mesma.

O presente estudo é de grande relevância para a criação de estratégias que atendam a população adolescente visando à redução dos fatores de riscos e, conseqüentemente, o adoecimento da população; permitirá também ampliar o conhecimento de acadêmicos e profissionais da saúde sobre o tema proposto, uma vez que se considera insuficiente o número de trabalhos que trate de fatores de risco para HAS na adolescência; Possibilitará maior importância no âmbito social, pois a HAS é um problema preocupante de saúde pública.

Considerando que o grau de exposição do adolescente aos diferentes fatores que levam a HAS, tem-se como objetivo geral desse estudo: investigar os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial em adolescentes do sexo masculino de uma escola estadual do município de Cajazeiras – PB. Especificadamente, busca-se construir o perfil sócio-demográfico dos adolescentes do sexo masculino; identificar os principais antecedentes familiares patológicos; e identificar o padrão alimentar de adolescentes do sexo masculino.





## 2.1 ADOLESCÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) caracterizam a adolescência como o período compreendido dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade, sendo que de 10 a 14 anos encontra-se a pré-adolescência. Essa caracterização é apenas relacionada a razões estatísticas. No ECA, conforme disposto no art.2º, o período padronizado como adolescência vai de 12 anos completos até 17 anos completos (DAVIM et al., 2009; BRASIL, 2010a).

A adolescência corresponde a um processo de transição na vida do ser humano, caracterizado pelo surgimento de idéias, formação de conceitos e novas atitudes. Destaca-se como a passagem da infância para a vida adulta, congregado a mudanças físicas e psíquicas, conhecida como o período crítico da vida, onde, diversas vezes, desenvolve-se conflito com o próprio eu e atitudes de rebeldia (REIS; SANTOS, 2011; FONTES; UZEDA, 2012). O processo de adolescência vai muito além da passagem da escola para o trabalho. É um processo multifatorial, como: fatores macrossociais, que cabem aos dispositivos institucionais; e fatores biológicos, que condizem as particularidades de cada indivíduo (BRASIL, 2010b).

Durante a adolescência ocorre uma série de mudanças: biológicas, físicas, psíquicas, emocionais, sociais e cognitivas, e junto com elas surge a indecisão e as dúvidas que são características desse período. Por vezes, é possível que aconteça o desenvolvimento da maturidade corporal mais rápido que o desenvolvimento da maturidade psíquica, contribuindo, nesse caso, para o detrimento da saúde do adolescente (VIEIRA et al., 2008).

As várias mudanças biopsicossociais que ocorrem durante essa fase estão associadas ao aumento da produção hormonal, caracterizando a puberdade, fase na qual acontece o desenvolvimento físico, a maturação sexual, as alterações nos órgãos reprodutivos, as mudanças na auto-imagem, bem como ao que se refere às questões emocionais, sensitivas e psicológicas (RODRIGUES, 2012).

Os conflitos do adolescente surgem porque ele se encontra em um período que não é possível assumir as funções totais de um adulto e, por outro lado, não responde às suas atitudes como criança, portanto, participa de um abismo entre uma atitude bem pensada e um insucesso gerado pela inexperiência e a dúvida de como agir (BRASIL, 2008). A dúvida e a indecisão

aumentam a vulnerabilidade do adolescente ao uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, atos de violência e gravidez indesejadas (JESUS et al., 2011).

No decorrer das transformações biopsicossocial e da busca pela identidade, o adolescente resgata característica do meio em que vive, fazendo do ambiente familiar o principal alicerce para o seu desenvolvimento e estruturação de suas atitudes e valores. O vínculo sólido entre pai e filho, a presença de diálogo, a imposição de regras, a orientação ao jovem quanto ao seu arbítrio e o controle dos responsáveis sobre as atitudes agem como fonte de segurança contra os riscos existentes nessa fase (MORENO et al., 2009). Esse referencial é de suma importância na construção da mentalidade e do comportamento do adolescente, pois busca a participação em grupos de amigos, que possuem características semelhantes as suas. Nesses grupos o adolescente pode tornar-se mais vulnerável aos riscos à saúde (DAVIM et al., 2009).

Além da vulnerabilidade que cada adolescente já traz consigo relativo a essa fase de vida, existem aquelas referentes à questão social e institucional, onde, respectivamente, uma exige maturidade das ações do adolescente e, a outra, é evidenciada pela deficiência de práticas que trabalhem com essa faixa etária, assim como a precariedade de profissionais da saúde voltados para essa área (VIERA et al., 2008). Neste sentido, ressalta a necessidade do aumento de ações e de políticas públicas designadas a esse grupo populacional, a fim de prevenir, orientar e diminuir os riscos e a vulnerabilidade (JESUS et al., 2011; PESSALACIA et al., 2010).

## 2.2 POLÍTICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE NO BRASIL

A fase da adolescência é composta por diversas mudanças, isso torna o adolescente mais vulnerável e favorável a fatores de riscos que a população predominante em outra faixa etária de vida. O aumento do número de morbimortalidade por causas externas e de outros fatores, como gravidez na adolescência, consumo de drogas lícitas e ilícitas e presença de DSTs/AIDS demonstra o quanto é importante a valorização dessa fase e a urgência de estratégias que ajudem a essa população (HENRIQUES et al., 2010).

Até final da década de 80 não havia políticas específicas e ações voltadas aos adolescentes e aos jovens. Por meio da Constituição promulgada em 1988 surge à criação de Leis de proteção para cada segmento populacional e, dessa forma, atua como o pontapé inicial na Saúde do

Adolescente no Brasil (RAPOSO, 2009; MACÊDO, 2010). Mediante a isso, destaca-se a normativa no Art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação e exploração, crueldade e opressão (BRASIL, 2012, p.128).

Como reflexo da progressão relacionada à atenção a infância e a adolescência, o ECA, nasce em 1990, desmistificando a visão antiga da idéia de adolescente, entendendo-os como sujeitos, com necessidades próprias e específicas, onde assegura saúde, alimentação, cultura, lazer, esporte, profissionalização, dignidade, respeito e convívio social como direito da criança e do adolescente, semelhante à escrita do artigo 4º presente no Estatuto (EDUARDO; EGRY, 2010).

Raposo (2009) lembra que o Estatuto resguarda a criança e o adolescente em todos os aspectos, sejam físicos, psíquicos, culturais, biológicos e/ou espirituais. A evidência da ligação com o Sistema único de Saúde (SUS) é mostrado acentuadamente no Artigo 11º do Título II: “É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2010a, p.15).

No âmbito da saúde oficializou-se o Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD, no final da década de 80, criado pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de implantar ações e estratégias que atendam a essa parte da população, realizando também o trabalho de promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, através da integração de uma equipe multidisciplinar e da participação de outras instituições e da comunidade (BRASIL, 1996; HENRIQUES, 2010).

O PROSAD foi criado no meio do acontecimento da Reforma Sanitária e do nascimento do SUS, com a perspectiva de extinguir o modelo biomédico de atendimento, focando-se no modelo assistencialista e preventivista, sobre isso, é visto, nesse período, como um programa inovador, pois, integraliza o trabalho da Atenção Básica com outros setores. Vale salientar, que esse programa ainda é válido e já foi renovado atualmente (MACÊDO, 2010).

Em 1993, houve a criação das Normas de Atenção a Saúde Integral do Adolescente, baseada e fornecendo suporte ao SUS, indicado à orientação de profissionais que executam trabalho com adolescentes. Apenas em 2005, iniciou-se o processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem onde ainda encontra-se na forma preliminar. A última atinge uma nova etapa de prestação a Saúde do Adolescente, conciliando as necessidades da assistência e suas especificidades com os princípios dos SUS, valorizando a promoção da saúde, e a atuação do trabalho intersetorial e interdisciplinar. Destaca-se a Atenção Básica como essencial ao desenvolvimento das ações prestadas a Saúde do Adolescente (RAPOSO, 2009).

Ainda no ano de 2005, o MS publica o “Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes”. Esse documento coliga todos os instrumentos legais que asseguram os direitos do adolescente, sejam nacionais e internacionais, bem como a fiscalização e a monitoração das exigências que satisfazem os demais direitos (BRASIL, 2005; OLIVEIRA; LYRA, 2008).

Apoiada na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem, o MS lança as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, reconhecendo os maiores riscos e vulnerabilidades que atingem a essa etapa da vida, bem como os diversos fatores que atingem a sua saúde (BRASIL, 2010b).

Segundo o MS, a intersetorialidade é determinante para o cumprimento das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, confirmando a necessidade da articulação da saúde com outras áreas, governamental ou não, que possuam a interação com adolescentes e jovens, como exemplo principal as escolas (BRASIL, 2010b).

O Programa Saúde nas Escolas (PSE), criado em 2007, pela iniciativa do Ministério da Educação e MS, é um modelo de ligação da área da saúde com outros setores, a fim promover a promoção da saúde. A escola, como um lugar de grande importância para educação e formação de pensamento crítico, participa fortemente nessa questão. Notadamente, o PSE é um avanço para o trabalho de intersetorialização contido como indispensável na atenção a Saúde do Adolescente (BRASIL, 2009).

Concomitante a todos os avanços que ocorreram na Saúde do Adolescente no Brasil, existe a dificuldade de desenvolver estratégias da política de atendimento a essa faixa etária, devido à precariedade de recursos humanos capacitados, materiais, financeiros e de gerenciamento. Por

vezes, as estratégias realizadas a essa parte da população restringem apenas a palestras e grupos de conversa para a entrega de preservativos (PESSALACIA et al., 2010; RAPOSO, 2009).

Com isso, constata-se a deficiência da atenção a outros aspectos, bem como os envolvidos na prevenção de DCNT.

### 2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA

As DCNT representam as mais potentes cargas de adoecimento no Brasil, compreendendo, no ano de 2007, aproximadamente 72% das mortes totais no país. A OMS, em 2011, calcula que aproximadamente 36 milhões de mortes anuais são equivalentes a essas doenças, com os maiores índices presentes nos países de baixa e média renda. Também são vistas como consequências desvantajosas da globalização, da urbanização, do sedentarismo, do consumo de alimentos calóricos, assim como de tabaco e álcool (SCHMIDT et al., 2011; MALTA; SILVA JR, 2013).

Doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças músculo esqueléticas são as DCNT que mais atingem a população. Todas elas possuem fatores de risco modificáveis e não modificáveis, sendo os primeiros apresentados em estudos epidemiológicos os responsáveis pela grande parte dos óbitos por DCNT e colaborador principal para toda a carga de doença relacionada a essas enfermidades (ISER et al., 2011).

As DCNT em sua maioria, são originárias por inúmeros fatores, instala-se de forma gradativa e permanece por tempo relativamente longo ou não tem cura. Pode ocorrer em todas as fases da vida, independente de nível socioeconômico e cultural, sendo seu prognóstico é questionável e o tratamento é longo. Pressupõe que cerca de 7% a 10% da população enquadrada nesse segmento populacional apresenta algum distúrbio crônico importante (MALTA et al., 2010; BRASIL, 2008). Em alguns casos há fases de agudização da doença, como também de desenvolvimento de incapacidade. O modo de vida insalubre iniciado durante a infância, a adolescência e a fase adulto jovem atua como forte predisponente no desenvolvimento desses distúrbios, necessitando do auxílio da tecnologia e mudança de estilo de vida estabelecida de forma continuada para prevenção e tratamento (BRASIL, 2012b; BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

As mudanças ocorridas no tipo de alimentação da população infantil e adolescente têm antecipado prejuízos à saúde por meio da existência do maior número das DCNT (BRAZ, 2011). Segundo o MS, adolescentes e jovens por possuírem uma tendência menor ao adoecimento preocupam-se pouco com a saúde, voltando-se apenas para as questões sociais e reprodutivas. Nesse sentido, observa-se o esquecimento por parte dos profissionais de focar o cuidado com a saúde do adolescente na linha de educação em saúde no sentido de instruí-los a adoção de um estilo de vida saudável, a fim de lentificar e evitar o aparecimento das doenças crônicas em idade mais jovens (BRASIL, 2010b).

O surgimento de novas vivências e comportamentos na fase da adolescência facilita a entrada do mesmo em um estilo de vida não saudável, associado ao uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação desregrada e falta de atividade física, que são fatores de risco contribuintes para o desencadeamento de DCNT (BRAZ, 2011).

Costa et al. (2011) detectaram em seu estudo que os adolescentes mantêm uma dieta com elevado teor calórico, diminuído valor nutricional, enriquecida em açúcares e gordura e deficiente em fibras, além disso, estão cada vez mais sedentários, questão justificada pelo longo período em frente à televisão, computador e vídeo-game. Essas condições colaboram para o surgimento da obesidade, que é fator de risco para doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais e doenças osteoarticulares, ocorrendo nessa fase ou somente como seqüela na vida adulta.

O processo de adolescência acompanhado do adoecimento crônico gera uma crise ao indivíduo, situada em cima de outra crise, este resultado do impasse que a enfermidade causa a sua vida normal, por ser, repetidas vezes, incurável e exigindo tratamento continuado, o que, geralmente, são causas das alterações no crescimento e desenvolvimento, pois significam hospitalizações, medicações, tratamentos invasivos e dietas rigorosas. Os danos físicos, emocionais e psicológicos causados ao adolescente interferem nas suas atividades de vida diária, o que dificulta a adesão do mesmo ao tratamento. A assistência ao adolescente com DCNT deve ser prestada de forma integral, não só visando os aspectos clínicos da patologia, mas atentando-se também para os efeitos que a última provoca no crescimento, desenvolvimento e no desempenho afetivo e social (BRASIL, 2010b; ARAUJO et al., 2011; SOUSA et al., 2012).

A partir do diagnóstico, para o controle da doença, o adolescente é instruído a algumas mudanças comportamentais que interferiram no seu cotidiano. As limitações impostas por essas

mudanças impossibilitarão o mesmo de manter hábitos e realizar tarefas antes permitidas, transformando, assim, todos os aspectos da sua vida, o que principia a não aceitação da doença. (ARAÚJO et al., 2011). Contudo, é essencial que o adolescente tome consciência da importância de seguir o regime terapêutico, com o objetivo de evitar os danos causados por um possível agravamento da doença, bem como os entraves no caminho para a cura e estabilização (SOUSA et al., 2012).

## 2.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Estima-se que cerca de 30% da população mundial adulta apresenta hipertensão. Aproximadamente, 140 milhões de pessoas do continente americano são portadoras dessa doença e desconhece o fato devido a não presença de sintomas e a busca diminuída pelos serviços de saúde. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão determina que a HAS afeta de 22,3% a 43,9% da população nacional adulta (GOMES; ALVEZ, 2009; PINTO et al., 2011). Embora tenha maior prevalência em adultos e idosos, é necessário reconhecer a sua manifestação em idades precoces, que está em torno de 3% a 11% (FREITAS et al., 2011).

Segundo as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, a HAS é uma situação clínica caracterizada pelo aumento permanente dos níveis pressóricos arterial, que concerne com alterações estruturais e funcionais no coração, vasos sanguíneos e outros órgãos, assim como alterações no metabolismo, levando ao desenvolvimento de algumas doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, que tem como principal fator a hipertensão arterial. Esse considerado um fator de risco pouco controlado pela população (SBC, SBH, SBN, 2010; PINTO et al., 2011; TELES et al., 2012).

As doenças cardiovasculares são as responsáveis pela maior parte da morbimortalidade no Brasil, o que está diretamente proporcional a elevação progressiva da Pressão Arterial (PA), com valores a partir de 110/75 mmHg. Essas doenças também correspondem ao maior número de internações, gastos médicos e impactos socioeconômicos altos. Atualmente estão afetando idades cada vez mais jovens, resultando na conseguinte redução da vida ativa (SBC, SBH, SBN, 2010; PINTO et al., 2011).

As principais razões que ocasionam o aumento da PA são o acúmulo de líquido extracelular e a diminuição da luz e da flexibilidade das artérias, fazendo com que a HAS se

desenvolva de forma silenciosa e assintomática. Os sintomas geralmente aparecem quando estão associados a complicações e essas por sua vez podem comprometer a qualidade de vida e ocasionar restrições as atividades normais do indivíduo (SANTOS et al., 2010).

De acordo com o MS, considera-se com hipertensão arterial o indivíduo que apresente a PA maior ou igual a 140/90 mmHg sem estar fazendo uso de medicação anti-hipertensiva e com várias aferições em eventos diferentes apresentando esse valor. O quadro abaixo mostra a análise da PA em indivíduos adultos maiores de 18 anos (BRASIL, 2006).

Classificação	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré- hipertenso	130 – 139	80 – 89
Hipertensão		
Estágio 1	140- 159	90- 99
Estágio 2	> ou igual 160	> ou igual 100

Fonte:BRASIL, 2006

Para adolescentes, os níveis pressóricos são determinados associando-se altura, sexo e idade, logo, a PA desses é classificada como normal quando tiver valores menores que o percentil 90, contando que a PA sistólica se apresente menor que 120 mmHg e a PA diastólica menor que 80 mmHg; limítrofe quando a PA apresentar-se com percentil 90 a 96 ou se a pressão ultrapassar valores de 120 mmHg para PA sistólica e 80 mmHg para PA diastólica; hipertensão estágio I a medida que o percentil mostra-se entre 95 a 99; hipertensão estágio II quando a PA for acima de percentil 99 (SOARES et al., 2011).

A hipertensão arterial pode significar uma doença, um fator de risco, ou pode ser secundária a outras patologias, e está classificada em primária e secundária, onde, a primeira, não possui uma causa específica que determine o desencadeamento da enfermidade, e, a última, existe uma causa específica conhecida, que geralmente é outra doença. A forma secundária acontece mais na infância e as formas primárias prevalecem nos adolescentes e adultos, esse fato é resultado do estilo de vida insalubre que muitas vezes tem início na infância, com manutenção no decorrer da vida, tornando-se um fator de risco para HAS (BRUNNER; SUDDARTH, 2009; GOMES; ALVES, 2009; SILVA, 2010; MAGLIANO, 2012). Estudos epidemiológicos têm mostrado uma elevação na quantidade de casos de hipertensão arterial primária ou essencial em



crianças e reforçam a idéia de que a hipertensão em adultos é causa direta do aumento dos níveis pressóricos durante a idade pediátrica (CHAVES et al., 2010).

A mudança de estilo de vida associada à prevenção de fatores de risco desde idades menores até a fase adulta pode diminuir e evitar a ocorrência de hipertensão arterial, bem como suas complicações. Além disso, atua sobre os fatores de risco que são modificáveis no tratamento e controle da PA.

#### **2.4.1 Fatores de risco para hipertensão arterial**

Os fatores que favorecem o aparecimento da hipertensão arterial são classificados como modificáveis e não modificáveis e de forma geral os principais a serem citados são: a obesidade, a falta de atividade física regular, a alimentação inadequada, a ingestão excessiva de álcool, o tabagismo, idade e o histórico familiar.

O excesso da gordura corporal independente da sua distribuição e a obesidade está intimamente associado à hipertensão arterial. Para Hoffmann et al. (2010), a obesidade é vista como uma doença multifatorial e um distúrbio metabólico, que atinge cada dia mais a população, podendo ocorrer nas diversas faixa etárias de vida, e por isso considerada um problema de saúde pública pela OMS.

A obesidade não ocorre de forma isolada, por vezes está associada ao desenvolvimento de outras morbidades. Como ela ocorre em qualquer idade, é imprescindível a atenção ao estado nutricional de adolescentes, visto que, nessa faixa etária, condiciona ao surgimento mais cedo de doenças como hipertensão, diabetes tipo II, dislipidemias, entre outras (ENES; SLATER, 2010).

Índices recentes de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade publicados pelo MS revela que no grupo de crianças até oito anos de idade 52% têm sobrepeso, de 9 a 11 anos este índice é de 44% e nas acima de 12 anos chega a 47%. No tocante a obesidade 45% de crianças e adolescentes já têm esse agravo instalado, sendo 18% entre 0 a 8 anos, 13% entre 9 a 11 anos e 14% acima de 12 anos (TELES et al., 2012).

A prevenção de obesidade em crianças e adolescentes tem como impacto positivo a prevenção de obesidade na vida adulta, assim como de desenvolvimento de DCNT (SANTOS et al, 2013). Destaca-se que as ações de prevenção da obesidade recaem principalmente na reeducação alimentar e no combate ao sedentarismo.

O sedentarismo conceitua-se de maneira objetiva como a inatividade física ou sua prática diminuída. De forma mais abrangente, pode significar o gasto insuficiente de calorias por semana com exercício físico (SILVA, 2012). A inatividade física é considerada um problema de saúde pública, pois estudos recentes mostram que a população dos últimos anos usa menos calorias ingeridas do que se usavam há 100 anos e gastam menos ainda, resultando no surgimento de várias doenças relacionadas ao sedentarismo, principalmente o aumento das doenças cardiovasculares e da pressão arterial (SBC, SBH, SBN, 2010; SILVA, 2012).

A perda de peso reflete na adequação dos níveis da pressão arterial, e com a prática da atividade física pode-se chegar mais facilmente a esse objetivo. Durante a infância e adolescência existe uma tendência a esses tornarem-se obesos quando sedentários e mais sedentários quando obesos (CHAVES et al., 2009).

Pode-se inferir que o sedentarismo leva a obesidade que por sua vez favorece a instalação da hipertensão, porém é necessário destaca-se que a dieta inadequada tem forte impacto sobre essas duas condições.

Uma dieta rica em sódio, açúcar e gordura, enquadra-se no padrão de nutrição da população brasileira e apresenta impacto positivo na elevação da pressão arterial. A base alimentar de adolescentes geralmente resume-se a esses alimentos, que na sua grande maioria é dotada de baixo valor nutricional e pouca quantidade de fibras (SBC, SBH, SBN, 2010; COSTA et al., 2011). A OMS recomenda que na infância e adolescência os hábitos alimentares sejam saudáveis, estendendo-se essa condição durante toda a vida. Para atender a este propósito deve estar incluído na dieta o consumo de frutas e hortaliças, que atuam na prevenção da obesidade e doenças cardiovasculares (IBGE, 2013).

Como fatores de risco modificáveis a dieta inadequada e o sedentarismo devem ser alvos de atuação de medidas preventivas, como está proposto pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b).

Além da dieta inadequada e do sedentarismo, outro fator de risco é o tabagismo que desponta como um forte fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. Ademais, o consumo de álcool e outras drogas estão associados ao tabagismo. Segundo a OMS, o uso do cigarro tem início na adolescência e a maioria dos adultos fumantes, aos 18 anos de idade, já eram tabagistas (IBGE, 2013). Informações colhidas no período de 1999 até 2002 em adolescentes de 13 a 15 anos de vários países, mostram que há uma prevalência de tabagismo de

15% em jovens do sexo masculino e 6,6% em jovens do sexo feminino. Estudo atual desenvolvido em algumas capitais brasileiras expôs que a prevalência do tabagismo em adolescentes revelou-se de 14,3% em Natal - RN e 21% em Belém – Pará (GRANVILLE-GARCIA et al., 2008). Com esses dados percebe-se que os adolescentes, mesmo diante de tantas propagandas midiáticas apontando os malefícios do fumo ainda estão fazendo muito uso do mesmo.

Quanto mais precoce for o uso do cigarro, mais cedo e mais grave será sua dependência e conseqüentemente a dificuldade de abandonar o fumo será maior, bem como os danos a saúde (VITÓRIA et al., 2011). Geralmente o uso do tabaco em adolescentes está associado ao uso do álcool e mesmo com as políticas voltadas para a proibição de venda em menores de idade, essa prática é muito comum entre os jovens.

A ingestão de álcool é um dos mais significantes indicadores de risco para a saúde no mundo e está associado a mais de 60 problemas distintos de saúde, tornando-se uma importante questão para a população (IBGE, 2013). O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) destaca que 48,3% de jovens na faixa etária de 12 a 17 anos já ingeriram álcool pelo menos uma vez na vida, onde destes 14,8 bebem com uma freqüência regular e 6,7 são considerados dependentes (FREITAS et al., 2011). É descrito em estudos a redução da pressão arterial associada à redução do consumo de álcool por pessoas que ingerem bebidas alcoólicas em quantidades excessivas. Segundo Souza et al. (2007) pessoas que consomem bebidas alcoólicas diariamente ou semanalmente são mais propensas a ter elevação na PA do que indivíduos que não apresentam esse costume. Aconselha-se que o consumo de álcool não ultrapasse a 30 ml de etanol por dia em indivíduos do sexo masculino e, em indivíduos do sexo feminino, a metade disso (BRASIL, 2006).

Além desses fatores, também se associa a ocorrência da hipertensão arterial os fatores de risco não modificáveis como idade, hereditariedade e raça. A elevação dos níveis pressóricos é diretamente proporcional ao aumento da idade. Essa alteração constitui um fato fisiológico normal determinado pelo envelhecimento. Considera-se a prevalência de 60% de hipertensão arterial em idosos (SBC, SBH, SBN, 2010).

O histórico de hipertensão na família é apontado em estudos epidemiológicos como causador de 30% da variação da pressão arterial na em todas as faixas etárias. Ainda observa-se que a tendência em desencadear hipertensão em indivíduos com pelo menos um de seus

progenitores hipertensos é duas vezes maior do que em outros que não estão incluídos nessa característica (MARIATH, GRILLO, 2008). Com relação à raça, a prevalência de HAS na população não-branca é aproximadamente duas vezes maior (SBC, SBH, SBN, 2010). Segundo Soares et al. (2012), o estudo desenvolvido em Pelotas – RS mostrou que prevalência de HAS em população de raça negra chega a ser 25% maior que pessoas com raça branca.



### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem por finalidade a busca pela informação de específico objeto, demarcando, dessa forma, o campo de trabalho, mapeando as situações de manifestações desse objeto (SEVERINO, 2007).

Para Rodrigues (2007), o estudo descritivo é desenvolvido sem interferência do pesquisador, a partir de técnicas padronizadas para coleta de dados, com questionário e anotação sistemática, de modo que os eventos sejam percebidos, registrados, analisados, considerados e, por fim, interpretados. Logo, o estudo transversal caracteriza os sujeitos de uma população em vista de suas particularidades e suas histórias de exposição a fatores eventuais suspeitos, vistos em um único momento.

Com a abordagem quantitativa, utiliza-se de técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras amplas para classificação e análise da pesquisa, avaliando a importância, o risco, a gravidade e a propensão a agravos e ameaças através da quantificação (MARCONI; LAKATOS, 2010).

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Cajazeiras-PB, cidade do alto sertão paraibano, que se encontra a 477 km da capital – João Pessoa-PB, ocupa uma área de 565,8 km<sup>2</sup>. Conforme os últimos dados do censo (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cajazeiras têm uma população total de 58.446 habitantes, sendo 27.938 homens e 30.508 mulheres. Conforme dados do DATASUS, a população do município de Cajazeiras está estimada em 59.130 habitantes, dos quais 28.263 são homens e 30.867 são mulheres (BRASIL, 2011). Deste quantitativo, 6.387 são adolescentes, que são distribuídos em 3.205 homens e 3.182 mulheres.

A pesquisa foi desenvolvida na Escola Estadual Monsenhor Constantino Vieira, referência municipal do ensino público para alunos do ensino fundamental e médio. A escola situa-se no centro da cidade de Cajazeiras e funciona em três horários (matutino, vespertino,

noturno), atendendo a um público diversificado. É mantida pelo Estado e considerada como de grande porte quando comparada com o número de habitantes da cidade.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é considerada um conjunto de seres inanimados e animados, que tem em comum, no mínimo, um atributo. Amostra conceitua-se como sendo a parte ou fração de um todo, tal qual é vista como a mais significativa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa foi desenvolvida com os estudantes do sexo masculino do ensino fundamental e médio, que estavam dentro da faixa etária de 12 a 17 anos completo de idade, do turno vespertino, sendo distribuídos em salas do nono ano até o terceiro ano do ensino médio, constituindo a população do estudo 246 estudantes do sexo masculino, assim distribuídos: 178 no turno da manhã, 50 à tarde e 18 à noite. A amostra inicial foi constituída dos 50 alunos do turno da tarde, perfazendo 20,32% da população de alunos do sexo masculino da referida escola, porém, houve a perda de três alunos (6,4% da amostra) por terem desistido dos estudos, sendo a amostra final de 47 alunos. A escolha da amostra foi intencional, por atender aos critérios da pesquisadora, como compatibilidade de horário e mais facilidade de acesso.

Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar na faixa estabelecida; estar regularmente matriculado; ser capaz de responder ao questionário. Foram definidos como critérios de exclusão: alunos das referida série que não estavam na faixa etária de 12 aos 17 anos completos; estudantes dos turnos vespertinos e noturno; portador de deficiência física que interferiria no cálculo da curva de crescimento e desenvolvimento.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado (APÊNDICE D), sendo composto por questões objetivas, que foram respondidas pelos próprios participantes. Além disso, o instrumento serviu para registro da pressão arterial (PA), peso, estatura. Esses dois últimos dados para o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal).

O questionário foi composto por quatro partes: a primeira, formada por identificação e dados sociodemográficos; a segunda, por questionamentos sobre o histórico familiar; a terceira,

com fatores de riscos, como hábitos alimentares, prática de atividade física, consumo de álcool, uso de cigarro; e, por fim, a quarta, sobre como cuidam da saúde.

Quanto ao histórico familiar, foi questionado se parentes de primeiro e segundo grau apresentam caso de hipertensão, cardiopatias, obesidade, diabetes.

Foi considerado tabagista e etilista aquele que faz uso de cigarro e do álcool, independente da quantidade e da frequência. Quanto ao uso de sódio, interessou saber se os participantes comem alimentos com pouco ou muito sal, e se acrescentam sal além do contido no cozimento. Sobre o sedentarismo, foi questionado se havia prática de atividade física por no mínimo três vezes por semana, esta podia ser: jogar bola, caminhada, musculação, andar de bicicleta entre outros. No tocante ao consumo de frutas e hortaliças, foi investigada a ingestão dessas de forma isolada ou misturado a outros alimentos, desde que seu consumo fosse diário.

O peso foi aferido em uma única ocasião, sem jejum prévio, através de balança digital, com o participante descalço, possuindo o mínimo de roupa possível e sem a presença de acessórios, a exemplo de bolsa, carteira, entre outros. Para a estatura, foi usada uma fita métrica não distensível de 150 cm, afixada na parede de superfície plana, sem rodapé e em ângulo de 90° com o chão. Colocou-se o indivíduo sem sapatos, com os pés paralelos e com os calcanhares, nádegas, tórax posterior, ombros e porção posterior da cabeça encostados-se à parede. Para a avaliação do desenvolvimento altura/peso foi utilizado o gráfico de controle de evolução pômbero estatural do MS (ANEXO B).

A PA foi verificada através de esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio auricular devidamente testado e calibrado. A prática anterior de atividades físicas, esvaziamento da bexiga e o tempo decorrido desde a última alimentação foram investigados antes da verificação. Os adolescentes permaneceram sentados em um ambiente tranquilo e silencioso por, no mínimo, cinco minutos. A PA foi verificada sempre no braço direito, duas vezes com intervalos de um minuto entre cada verificação e calculado a média aritmética, sendo esse o valor considerado para a análise.

A interpretação dos valores pressóricos dos adolescentes baseou-se na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. De acordo com esta classificação, a PA dessa faixa etária é considerada normal quando o percentil está menor que 90. Entre percentil 90 e 95 é considerado limítrofe; percentil 95 a 99 mais 5 mmHg, quer dizer hipertensão estágio 1 e hipertensão estágio



2 quando a PA for maior que 99 mais 5mmHg. No estudo, foram julgados como valores alterados de PA aqueles com percentiis maiores que 95.

### 3.5 COLETA DE DADOS

Após a aprovação pelo Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (CAAE nº 20805713.5.0000.5180, parecer nº 415.388), foi realizada a coleta de dados. Para isso, foi realizado o deslocamento até a escola, e os alunos foram abordados em suas respectivas salas de aulas. A cada um foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e após a autorização dos pares (aluno e responsável) realizou-se a pesquisa. Cada aluno respondeu o questionário e, depois de cinco minutos de descanso, foi aferido a PA, medido o peso e a estatura.

Vale ressaltar que todas as exigências éticas que envolvem pesquisas com seres humanos foram adotadas e explicadas aos mesmos. O pesquisador interveio o mínimo possível nas respostas dos participantes, e suas orientações corresponderam apenas à forma de responder o instrumento. Por fim, foram feitos os devidos agradecimentos aos participantes.

Os questionários foram manipulados para consolidação dos dados.

### 3.6 ANÁLISE DE DADOS

Após o termino da coleta, os dados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excell 2007. Para a análise dos dados foi utilizado estatística simples descritiva (frequência/percentual) e medidas de tendência central (média ou mediana de acordo com a necessidade).

Após a análise os dados foram apresentados em gráficos e tabelas, e analisados a luz da literatura pertinente.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada obedecendo todas as normas éticas regidas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013). Para tanto, foi submetida ao CEP da Faculdade Santa Maria.

Dessa forma, os participantes foram informados quanto à liberdade de participar ou não da pesquisa e que sua autorização não representaria nenhum dano ou custo, assim como sobre o anonimato que será mantido.

Para validar a pesquisa foi construído o TCLE, que foi assinado pelo responsável, no caso em questão o professor ou diretor da escola.



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para análise e discussão dos dados, os mesmos foram analisados em quatro blocos: perfil sociodemográfico, histórico familiar, fatores de riscos e cuidados com a saúde.

### 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

O primeiro bloco delinea o perfil sociodemográfico dos participantes (Tabela 1) através do qual foi possível caracterizar os adolescentes.

Dentre os adolescentes que participaram do estudo 6,4% (n=03) estavam na faixa etária de 12 a 13 anos, 36,2% (n=17) tinham idade entre 14 a 15 anos e 57,4% (n=27) encontravam-se entre 16 a 17 anos. Esses estão distribuídos em sua maioria no 1º ano do ensino médio com 40,4% (n=19), no 2º ano do ensino médio 23,4% (n=11), no 3º ano do ensino médio 19,1% (n=09) e cursando o 9º ano do ensino fundamental 17,1% (n=08).

Percebe-se que há uma maior concentração de indivíduos na faixa etária de 16 a 17 anos. Nessa faixa etária, os adolescentes estão mais vulneráveis a riscos a saúde, por terem mais vigor e ânsia de viver. E que por outro lado estão colocando os estudos como uma prioridade na sua vida, pois os mesmos apresentam uma escolaridade adequada em relação à idade, o que facilita um melhor esclarecimento sobre questões de saúde. E no tocante a hipertensão essa situação favorece um melhor entendimento das medidas preventivas.

Cipullo et al. (2009) mostram em seus estudos que existe maior prevalência de hipertensos com baixo grau de escolaridade em todas as faixas etárias. Já Nascente et al. (2010), confirmaram que a prevalência de HA é inversamente proporcional a escolaridade da população e que o nível de escolaridade é um dos mais importantes fator socioeconômico que influencia no estado de saúde, especialmente na saúde cardiovascular.

Quanto ao estado civil, 100% (n=47) dos adolescentes são solteiros. Isso é um dado relevante, pois permite ao adolescente vivenciar plenamente sua juventude sem as responsabilidades de uma família.

Quanto ao desempenho de algum trabalho, 17 % (n=08) responderam que sim e 83% (n=39) que não exercem nenhum trabalho. A prática de atividades laborais por adolescentes pode interferir na saúde dos mesmos. A necessidade de conciliar estudo e trabalho torna escasso o tempo para cuidados com a saúde e a indisposição para o desenvolvimento de uma atividade

física. Chehuen et al. (2011) corroboram afirmando que adolescentes que trabalham diminuem consideravelmente suas atividades físicas, e a prevalência de adolescentes inativos diminuem a medida que a idade avança, justificado pelo envolvimento desses com o trabalho e a necessidade de ter uma renda própria.

No tocante a raça 46,8% (n=22) consideravam-se branco, 48,9% (n=23) diziam-se pardos e 4,3% (n=02) declaram-se negros. A variável raça é importante para análise de fatores de risco, haja vista que a ocorrência da HAS é mais prevalente nos indivíduos negros. Essa afirmativa encontra respaldo no III Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial que destacou uma maior prevalência de hipertensão arterial (HA) entre os negros, apesar de se instalar mais cedo em pessoas de raça branca, que por sua vez mantêm os níveis pressóricos mais elevados (VERAS; OLIVEIRA, 2009). Ferreira et al. (2009) encontraram frequência de HAS maior em indivíduos de cor negra, seguido por pardos e brancos.

Observa-se diante dos dados que quase a totalidade dos participantes 97,9% (n=46) mora com o pai e/ou a mãe, sendo à situação conjugal dos genitores 70,4% (n=33) casados, 21,2% (n=10) encontram-se separados e 8,5 (n=4) possuem um dos pais ou os dois falecidos.

O fato dos pais serem casados e morarem na mesma residência com os participantes, evidencia a presença de um ambiente familiar seguro, que por sua vez influencia em comportamentos saudáveis na vida do indivíduo.

Costa et al. (2012) destacam que os adolescentes dependem do ambiente formado pela família e seus pares, para apresentarem condições favoráveis que implicam no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis. Sichieri e Souza (2008) fazendo uma avaliação de programa de hábitos saudáveis para prevenir obesidades em crianças e adolescentes mostraram que intervenções que possuíam maiores resultados incluíram a participação dos pais.

O estudo demonstrou que a renda mensal familiar em 53,2% (n=25) dos participantes encontra-se entre 1 a 3 salários mínimos, 40,4% (n=19) vivem com no máximo 1 salário mínimo e apenas 6,4% (n=03) vivem em uma família com renda acima de 3 salários mínimos. Nota-se que a maioria dos participantes está inserida em uma família de baixa renda, o que pode afetar diretamente na alimentação, na condição de estudo e lazer. No tocante a alimentação a baixa renda favorece uma alimentação mais rica em carboidrato (feijão, arroz, macarrão, pão), representando alimentos mais fáceis de serem adquiridos, podendo levar a distúrbios nutricionais.

Schmidt et al. (2011) apontam no seu estudo que o aumento do peso de adolescentes foi maior naqueles de renda familiar baixa. Em contraposição, no estudo de Farias Junior e Silva (2008) há maior prevalência de sobrepeso e obesidade em rapazes de classes socioeconômicas mais privilegiadas.

As diferenças socioeconômicas têm sido apontadas em alguns estudos como fator de risco para o desenvolvimento de doenças, pois essas influenciam na condição de saúde da população por diferentes motivos, como acesso aos sistemas de saúde, deficiência de informações, entendimento da condição clínica, além de dificultar por questões financeiras um estilo de vida adequado (CIPULLO et al.,2009).

**Tabela 1** - Perfil sócio-demográfico dos participantes

<b>Variável</b>	<b>Distribuição das variáveis</b>				
<b>Idade</b>	12 a 13 anos	14 a 15 anos	16 a 17 anos	-	Total
<b>f</b>	03	17	27	-	47
<b>%</b>	6,4	36,2	57,4	-	100
<b>Série</b>	9º ano	1º ano	2º ano	3º ano	Total
<b>f</b>	08	19	11	09	47
<b>%</b>	17,1	40,4	23,4	19,1	100
<b>Estado civil</b>	Solteiro	Casado	-	-	Total
<b>f</b>	100	0	-	-	47
<b>%</b>	100	0	-	-	100
<b>Trabalha</b>	Sim	Não	-	-	Total
<b>f</b>	08	39	-	-	47
<b>%</b>	17	83	-	-	100
<b>Raça</b>	Branco	Pardo	Negro	-	Total
<b>f</b>	22	23	02	-	47
<b>%</b>	46,8	48,9	4,3	-	100
<b>Convive</b>	Pais	Colegas	Sozinho	Outros	Total
<b>f</b>	46	-	-	01	47
<b>%</b>	97,9%	-	-	2,1	100
<b>Pais</b>	Casados	Separados	Viúvos	-	Total
<b>f</b>	33	10	04	-	47
<b>%</b>	70,2	21,2	8,5	-	100
<b>Renda familiar</b>	≤ 1 salário	> 1 e ≤ 3 salários	> 3 salários	-	Total
<b>f</b>	19	25	03	-	47
<b>%</b>	40,4	53,2	6,4	-	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

## 4.2 HISTÓRICO FAMILIAR

Na seqüência, avaliou-se o segundo bloco, no qual se investigou o histórico familiar dos parentes de primeiro e segundo grau dos participantes, que tem relação direta para o desenvolvimento da hipertensão conforme exposto na Tabela 2.

**Tabela 2** – Caracterização do histórico familiar dos participantes

<b>Parente</b> <b>Agravo</b>	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>	<b>Pai e mãe</b>	<b>Pai e avós</b>	<b>avós</b>	<b>Irmão</b>	<b>Nenhum</b>	<b>Total</b>
<b>Hipertensão</b>								
<b>f</b>	02	03	01	01	11	0	29	47
<b>%</b>	4,3	6,4	2,1	2,1	23,4	0	61,7	100
<b>Diabetes</b>								
<b>f</b>	01	0	0	0	12	03	31	47
<b>%</b>	2,1	0	0	0	25,5	6,4	66	100
<b>Cardiopatia</b>								
<b>f</b>	06	0	0	0	0	0	41	47
<b>%</b>	12,8	0	0	0	0	0	87,2	100
<b>Obesidade</b>								
<b>f</b>	0	04	0	0	01	02	40	47
<b>%</b>	0	8,5	0	0	2,1	4,3	85,1	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

A Tabela 2 demonstra que a maioria dos adolescentes referiu a não existência de agravos na família. Isso pode representar a não existência, mas pode evidenciar o desconhecimento desses agravos no seio familiar. Dos agravos investigados, o mais presente nos familiares dos participantes foi a HA. Sendo 23,4% (n=11) para os avós, 6,4% (n=03) mãe, 4,2% (n=02) pai, 2,1% (n=01) em ambos os pais, 2,1% no pai e avós. Vale ressaltar que o grupo familiar mais referenciado foi o dos avós, que por terem maior faixa etária e a doença instalada, normalmente em tratamento, é mais comum de serem reconhecidas pelos adolescentes.

A história familiar de HA desponta como um forte fator de risco para o seu desenvolvimento nos sujeitos, e a presença de hipertensão nos pais determina um grande risco para que seus filhos desenvolvam igualmente a patologia.

Araújo et al. (2008) ao pesquisarem a relação da hereditariedade com o desenvolvimento da HA, destacam que, além da família compartilhar do mesmo gene, também vivencia do mesmo ambiente cultural e doméstico. E o que fundamenta seus resultados foi o fato da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e da Pressão Arterial Diastólica (PAD) ser mais elevadas em filhos de hipertensos do que em filhos de normotensos. No estudo de Chaves et al. (2010) todos os participantes que apresentavam alterações na PA possuíam histórico familiar para HA.

Quanto a presença de diabetes 25,5% (n=12) responderam que existe acometimento da doença pelos avós, 6,4% (n=03) pelo irmão, 2,1% (n=01) pelo pai e 66% (n=31) referem que não há história de diabetes na família. Dos que referiram cardiopatia na família, 12,8% (n=06) relatam o pai como cardiopata, os demais 87,2% (n=41) não referiram nenhum caso na família. Relacionado à obesidade, 8,5% (n=04) dos participantes referem à mãe com obesidade, 4,3% (n=02) no irmão, 2,1% (n=01) nos avós e 85,1% (n=40) não existia o agravo entre seus familiares.

A história de diabetes, cardiopatia e obesidade na família dos participantes foram de pouca significância estatística, embora estas doenças estejam fortemente associadas ao aparecimento de HA e quando acompanhadas de outros fatores de riscos aumentam a predisposição. Todavia deve-se levar em consideração como é feita a inserção dos adolescentes nas questões familiares.

Silva e Souza (2004) mostraram que a hereditariedade aparece em 74% dos sujeitos com hipertensão e que a maior carga de fatores envolvidos na fisiopatogênese dessa doença está relacionada aos fatores genéticos.

Segundo Silva et al. (2011) o desenvolvimento de HA em diabéticos é duas vezes maior do que na população em geral. Estudo realizado por Fraga et al. (2012) mostra que a resistência à insulina pode desencadear a vasoconstrição e, por conseguinte, a HA.

O desenvolvimento da obesidade tem relação direta com a hereditariedade e hábitos alimentares inadequadas e sua associação com a HA tem sido largamente reconhecida, pois o excesso de peso é o principal fator isolado associado à elevação dos níveis pressóricos. No estudo de Teles et al. (2012) 58% de crianças e adolescentes obesos e pré-obesos tinham familiares com excesso de peso, fortalecendo a influência da genética e dos hábitos de vida dos pais, merecendo destaque a alimentação. Silveira e Abreu (2006) destacam que indivíduos de pai obesos têm 80%



de probabilidade de se tornarem também, e esta probabilidade cai para 7% em indivíduos de pais não obesos.

#### 4.3 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco para HAS são classificados em dois grupos: os não-suscetíveis à modificações, como hereditariedade e raça, e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças no estilo de vida, como tabagismo, sedentarismo e obesidade.

Para análise dos fatores de risco modificáveis associados a HA presentes nos participantes, os dados são apresentados divididos em quatro itens.

##### 4.3.1 Atividade Física

No tocante a atividade física foram investigados junto aos participantes a realização, o tipo de atividade e a frequência.

**Tabela 3** – Caracterização dos participantes quanto o prática de atividade física.

<b>Variável</b>	<b>Distribuição de variável</b>				
<b>Atividade física</b>	Sim	Não	-	-	Total
<b>f</b>	44	03	-	-	47
<b>%</b>	93,6	6,4	-	-	100%
<b>Tipo</b>	Jogar Bola	Caminhada	Musculação	Bola e outro	Total
<b>f</b>	24	05	04	11	44
<b>%</b>	54,5	11,4	9,1	25	100%
<b>Quantas vezes por semana</b>	Todos os dias	3 vezes por semana	1 vez por semana	-	Total
<b>f</b>	19	19	06	-	44
<b>%</b>	43,2	43,2	13,6	-	100%

Fonte: Própria Pesquisa/2013

No que concerne a prática de atividade física pelos participantes 93,6% (n=44) responderam que praticam alguma atividade física. Desse total 54,5% (n=24) jogam bola, 25% (n=11) jogam bola e realizam outra atividade física, 11,4% (n=05) realizam caminhadas e 9,1% (n=04) praticam musculação. Quanto a frequência em que realiza atividade física 43,2% (n=19)

relatam praticar todos os dias, esse mesmo valor, 43,2% (n=19), admitem realizar por três vezes na semana e apenas 13,6% (n=06) praticam uma vez na semana atividade física.

A prática de atividade física promove benefícios direta e indiretamente nos níveis pressóricos e na saúde cardiovascular, como também é uma das formas de se evitar a obesidade. Observa-se a quase totalidade dos adolescentes são fisicamente ativos, com uma frequência adequada às necessidades para produzir efeitos à saúde, corroborando com o estudo de Freitas et al. (2011), no qual 78,3% dos participantes são ativos.

#### 4.3.2. Hábitos Alimentares

Sendo a alimentação um fator de risco para a obesidade e a HA, faz-se necessário conhecer os hábitos alimentares dos participantes do estudo, cujos resultados se encontram dispostos na Tabela 4.

**Tabela 4 – Características dos hábitos alimentares dos participantes**

<b>Variável</b>	<b>Distribuição de variável</b>			
<b>Consumo de frutas</b>	Sim	Não	-	Total
<b>f</b>	42	05	-	47
<b>%</b>	89,4%	10,6%	-	100%
<b>Quantas vezes por semana</b>	Diariamente	De 3 a 5 vezes	De 1 a 3 vezes	Total
<b>f</b>	07	17	13	42
<b>%</b>	16,7	40,5	31	100%
<b>Consumo de verdura e legumes</b>	Sim	Não	-	Total
<b>f</b>	28	19	-	47
<b>%</b>	59,6	40,4	-	100%
<b>Quantas vezes por semana</b>	Diariamente	De 3 a 5 vezes	De 1 a 3 vezes	Total
<b>f</b>	07	12	09	28
<b>%</b>	25	42,9	32,1	100%

Fonte: Própria Pesquisa/2013

A tabela 04 mostra que 89,4% (n=42) dos participantes consomem frutas. Desse total 16,7% (n=07) consomem diariamente, 40,5% (n=17) consomem de três a cinco vezes por semana e 31% (n=13) consomem uma a duas vezes por semana. Quanto ao consumo de verduras e legumes, os resultados mostraram que 59% (n=28) referiram consumir verduras e legumes. Desse

quantitativo 25% (n=07) informam que consomem diariamente, 42,9% (n=12) consomem de três a cinco vezes por semana e 32,1% (n=09) consomem de um a três vezes por semana.

O presente estudo revelou que grande maioria dos participantes consome frutas e mais da metade consomem verduras e legumes. Por outro lado, a frequência de consumo desses alimentos prevalece de três a cinco vezes por semana. Apesar de ser consideravelmente positiva a frequência de consumo de frutas, verduras e legumes, os valores apresentados ainda não são ideais uma vez que estes alimentos são as principais fontes de vitaminas, sais minerais e fibras, fazendo-se necessário seu consumo diário. O MS (SBC, SBH, SBN, 2010), através do Guia Alimentar para a População Brasileira, recomenda que o consumo seja feito diariamente com três porções ao longo do dia.

Esse estudo vai de encontro ao de Munis et al. (2013) cujos resultados revelam que apenas um terço dos adolescentes consomem frutas ou legumes/verduras e menos de 7% consomem ambos os alimentos diariamente. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) 45% dos jovens do município de São Paulo, consomem frutas, verduras e legumes menos que cinco vezes por semana (BIGIO et al., 2011). Levy et al. (2010) encontraram resultados semelhantes aos estudos a partir de uma análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), no qual 21% dos escolares não consumiam frutas e 26,8% não consumiam hortaliças nenhum dia na semana.

Além das frutas e verduras, alimentos benéficos para a saúde, destacam-se a importância do consumo de sódio, massas, frituras e tipos de carnes, alimentos que ocupam ponto de destaque no desenvolvimento da HA e da obesidade (Tabela 5).

De acordo com os dados encontrados 61,7 % (n=29) referiram o consumo de alimentos com muito sal, desses participantes 27,6% (n=08) responderam que acrescentam sal além do presente no cozimento. Quanto ao consumo de massa 17% (n=08) relatam fazê-lo três vezes por dia, 83% (n=39) consomem de uma a duas vezes por dia. O consumo de frituras pelos participantes para 68,9% (n=32) ocorre de uma a duas vezes por dia. Quanto ao consumo de carnes 70,2% (n=33) refere mais frequência para a carne vermelha e 27,7% (n=13) carne branca.

O excesso de sódio é um dos fatores principais para o desenvolvimento de HA. O estudo mostrou que o consumo de alimentos com muito sal é alto e ainda há adolescentes que acrescentam o mesmo na comida, além do que já foi colocado no seu preparo. Além disso, existe

à despreocupação com o grande consumo de alimentos industrializados e embutidos, ricos em sódio, assim como a carência de medidas educativas para redução do seu consumo.

**Tabela 5** – Continuação da caracterização dos hábitos alimentares dos participantes

<b>Variável</b>	<b>Distribuição de Variável</b>			
<b>Comem alimentos com muito sal</b>	Sim	Não	-	TOTAL
<b>f</b>	29	18	-	47
<b>%</b>	61,7	38,3	-	100%
<b>Acrescentam sal além do cozimento</b>	Sim	Não	-	TOTAL
<b>f</b>	08	21	-	29
<b>%</b>	27,6	72,4	-	100
<b>Consumo de massa</b>	Mais de 3 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nenhuma vez por dia	Total
<b>f</b>	08	39	0	47
<b>%</b>	17	83	0	100
<b>Consumo de frituras</b>	Mais de 3 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nenhuma vez por dia	Total
<b>f</b>	03	32	12	47
<b>%</b>	6,4	68,9	25,5	100
<b>Tipo de carne</b>	Carne vermelha	Carne branca	Não come	Total
<b>f</b>	33	13	01	47
<b>%</b>	70,2	27,7	2,1	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Estimativas nacionais apresentam um consumo diário de sódio de aproximadamente 4g por pessoas, representando duas vezes mais que o recomendado (SCHMIDT et al., 2011). Costa e Machado (2010) revelam que jovens que fazem maior consumo de sal apresentam-se com PAS maior.

Observou também no estudo um elevado consumo de alimentos ricos em carboidratos, frituras e carnes vermelhas, que favorece o aumento da incidência de alterações nos níveis de colesterol e na ocorrência da obesidade, implicando no risco para doenças cardiovasculares e no aumento dos níveis pressóricos. Um motivo que pode favorecer o consumo demasiado desses alimentos pelos adolescentes é a facilidade de adquiri-los, dispostos em embalagens atrativas e

com preço acessível, representados nas cantinas escolares como salgadinhos, massas, refrigerantes.

Nota-se que os hábitos alimentares dos participantes são considerados poucos saudáveis, corroborando com o estudo de Levy et al. (2010), cujo estudo revela que o consumo de alimentos não saudável nas capitais brasileiras é superior àqueles saudáveis, que por sua vez apresentam indicadores inferiores ao recomendado e Neutzling et al. (2010) destacam a pouca frequência de alimentação saudável nos adolescentes de escolas públicas de Pelotas.

Pinto et al. (2011) estudando três padrões alimentares identificados entre crianças e adolescentes, encontraram um considerado saudável e dois potencialmente pertinentes aos fatores de risco para DCNT, justificado pela alimentação fora do domicílio, ao consumo de alimentos industrializados e a troca de refeições tradicionais pelos lanches. Essas condições associadas contribuem para o consumo excessivo de sal, alimentos gordurosos e diminuição no consumo de hortaliças e cereais.

Para Enes e Slater (2010) a alimentação desregrada entre os adolescentes, caracterizada pelo consumo de gorduras e açúcares simples, associada ao baixo consumo de frutas e verduras, colabora diretamente para o ganho de peso nessa população.

Considerado também um fator de risco para HAS o consumo de álcool e tabaco, o estudo investigou a prevalência desses entre os participantes.

#### 4.3.2 Hábitos tabagísticos e etilísticos

**Tabela 6** – Distribuição do consumo de álcool e tabaco entre os participantes

Variável	Consumo de bebida álcool e tabaco		
	Sim	Não	Total
<b>Bebida alcoólica</b>			
f	08	39	47
%	17	83	100%
<b>Cigarro de nicotina</b>			
f	02	45	47
%	4,3	95,7	100%

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Conforme mostra a tabela 6, o consumo de álcool é de 17% (n=08) e, associado ao uso de cigarro de nicotina, apresenta 4,3% (n=02) entre os participantes.

Importante ainda salientar, que dados colhidos no estudo mostram que todos que fumam também ingerem bebida alcoólica. Essa relação deixa claro que o consumo de álcool influencia ao consumo de outras drogas, corroborando com Silva e Padilha (2011), no qual notaram em seu estudo, que o álcool é a primeira droga com que os jovens entram em contato e, dependendo das formas de uso, pode abrir portas para o consumo de demais drogas.

Observa-se que o consumo de álcool e tabaco nesse estudo não apresentou quantidade significativa, embora, o experimento e o uso contínuo desses entre os adolescentes são amplamente descrito em algumas literaturas. É considerada a possibilidade de omissão do fato de ingerir bebidas alcoólicas e fumar pelos adolescentes. Dessa forma, a ocorrência pode ser maior do que a encontrada, tornando o resultado do estudo em conformidade com outros estudos.

Vieira et al. (2008) mostram que os adolescentes estudados referem experimentação de álcool e cigarro na faixa etária média de 11,5 anos. Vier et al. (2007) apontam em sua pesquisa o consumo de álcool com frequência média de uma vez por semana por parte de 59% dos participantes.

A experimentação do tabaco é bastante freqüente entre adolescentes, devido à curiosidade, bem como ao incentivo pela indústria de tabaco. Adolescentes fumantes têm grandes chances de se tornarem adultos fumantes, elevando assim o risco de doenças crônicas, como hipertensão, relacionado ao tabaco. Pesquisa realizada pela OMS ressalta que 30% dos jovens de 15 anos já haviam fumado antes dos 13 anos. Os dados do PeNSE revelam freqüência de 24,2% entre os adolescentes do país (MALTA et al., 2010). No estudo de Vier et al. (2007) 12% dos jovens fazia uso de tabaco. Reis e Silva (2009) também observaram um consumo de álcool e tabaco considerável entre os adolescentes, sendo relatado o uso de alguma vez na vida de bebida alcoólica por 41,4% deles e o uso de tabaco por alguma vez na vida de 20,3%. Dantas (2013) destaca a ocorrência da experimentação de cigarros e álcool em jovens a partir dos oito anos de idade decorrente da influência de amigos e da própria família.

#### 4.4 CUIDADOS COM A SAÚDE

Referente aos cuidados que os participantes mantêm com a saúde, buscou-se identificar junto aos mesmos a motivação que os levam a procurar assistência e a frequência (Tabela 7).

Em termos de frequência com que buscam assistência médica para cuidar de sua saúde 87,2% (n=41) relatam que só vão ao médico quando adoecem, 10,6% (n=05) uma vez ao ano e 2,1% (n=01) três vezes ao ano. Quanto à realização de exames 95,7% (n=45) o fazem quando é necessário e 4,2% (n=02) uma vez por ano. No tocante a ocorrência de doença 42,6% (n=22) refere raramente adoecer, 46,8% (n=20) algumas vezes ao ano e 10,6% (n=05) muitas vezes ao ano. A doença mais freqüente entre os participantes foi referida como gripe por 74,5% (n=35), seguida de febre por 14,9% (n=07), e outras doenças como alergias e asma por 10,6% (n=05).

A procura do adolescente pelos serviços de saúde se resume a condição de adoecimento, ou quando envolvem aspectos relacionados à sexualidade, mantendo um comportamento que se estende por toda sua vida, deixando de lado as medidas preventivas. Essa atitude é um respaldo da criação e cultura machista que criam a imagem de que homem é invulnerável.

Para o CONASS (2009) com esse pensamento ele rejeita a possibilidade de adoecer, e no futuro causará sobrecarga financeira à sociedade, além de sofrimento físico e emocional para si e sua família.

Diante de tantos atrativos sociais-midiático-tecnológicos os adolescentes estão ficando cada vez mais vulneráveis a obesidade, inatividade física e, conseqüentemente, a HA. A prevenção, por isso, é considerada uma das melhores formas de evitar a instalação da doença e seus danos, sendo necessário para sua efetivação o monitoramento e a vigilância de comportamentos de risco.

Segundo o MS (BRASIL, 2010b) na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis é de extrema importância que jovens de ambos os sexos, em especial adolescentes, sejam acompanhados pela equipe de saúde.

**Tabela 7 – Caracterização dos cuidados com a saúde pelos participantes**

<b>Variável</b>	<b>Distribuição de Variável</b>			
<b>Ida ao médico</b>	Quando adoece	1 vez ano	3 vezes ao ano	Total
<b>f</b>	41	05	01	47
<b>%</b>	87,2	10,6	2,1	100%
<b>Exames</b>	Quando necessário	1 vez ao ano	A cada seis meses	Total
<b>f</b>	45	02	0	47
<b>%</b>	95,7	4,2	0	100%
<b>Adoece com que frequência</b>	Raramente	Algumas vezes ao ano	Muitas vezes ao ano	Total
<b>f</b>	22	20	05	47
<b>%</b>	42,6	46,8	10,6	100%

<b>Doença mais frequente</b>	Gripe	Febre	Outras (alergias, asma...)	Total
<b>f</b>	35	07	05	47
<b>%</b>	74,5	14,9	10,6	100%

Fonte: Própria Pesquisa/2013

A tabela 8 traduz que 4,2% (n=02) estão com baixo peso, 78,7% (n=37) estão com o peso normal e 17% (n=08) estão acima do peso. Quanto à altura, 4,2% (n=02) estão com baixa estatura, 87,2% (n=41) dentro da normalidade e 8,5% (n=04) com alta estatura. Quanto à classificação percentilar do índice de massa corporal – IMC 10,6% (n=08) dos participantes apresentaram excesso de peso.

**Tabela 8 – Avaliação do desenvolvimento pômdero-estatural dos participantes**

<b>Variável</b>	<b>Distribuição de Variável</b>			
<b>Classificação do peso</b>	Baixo peso	Eutrófico	Sobrepeso/obesidade	Total
<b>f</b>	02	37	08	47
<b>%</b>	4,2	78,7	17	100
<b>Classificação da altura</b>	Baixa estatura	Normal	Alta estatura	Total
<b>f</b>	02	41	04	47
<b>%</b>	4,2	87,2	8,5	100
<b>IMC</b>	Baixo peso	Eutrófico	Sobrepeso/obesidade	Total
<b>f</b>	03	39	05	47
<b>%</b>	6,4	83	10,6	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Percebe-se que os valores estaturais e ponderais oferecem uma classificação mais precisa que o IMC, haja vista que se faz um comparativo real entre a relação idade/peso e idade/altura. Apesar do número de adolescentes com sobrepeso ser pequeno este estudo corrobora com Farias Júnior e Silva (2008) quando identificaram que um de cada dez adolescentes escolares da cidade de João Pessoa – PB tem sobrepeso e com Costa et al. (2012) que encontraram 9,0% dos adolescentes pesquisados com IMC elevado.

Sabe-se que alterações no peso e na estatura de adolescentes podem estar associadas a elevações nos níveis pressóricos. Pinto et al. (2011) mostram que adolescentes com excesso de peso possuem 3,03 mais chances de se tornarem hipertensos do que indivíduos eutróficos.



O excesso de peso (sobrepeso/obesidade) ocasiona malefícios na pressão arterial, no metabolismo dos lipídios e da glicose e, dessa forma, aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, como HA. A associação do excesso de peso com vários fatores de riscos cardiovasculares demanda a prevenção primária já em idades mais jovens (BECK et al., 2011).

A situação piora bem mais pela constatação de que as doenças cardiovasculares apresentam a principal causa de mortalidade da população no Brasil e a tendência da pressão arterial alcançar valores elevados varia de acordo com a duração da obesidade, o que quer dizer que o risco de desenvolver HA tornar-se maior conforme a permanência do estado de obesidade permaneça também prolongada (FERREIRA; AYDOS, 2010).

Estudos conduzidos no Brasil apresentam a relação do estado nutricional e a pressão arterial em adolescentes. Mariath e Grillo (2008) ao avaliarem a prevalência de obesidade em adolescentes do sexo masculino, notaram que estes possuem valores médios de pressão arterial sistólica e diastólica significativamente maior do que eutróficos e desnutridos. Hoffmann et al. (2010) investigando a correlação do índice de massa corporal com a pressão arterial, verificaram que 50% dos adolescentes com excesso de peso apresentaram HA.

Nesse estudo também, a partir da aferição da pressão arterial, buscou-se investigar as alterações na PA dos participantes, conforme exposto na Tabela 9. A aferição da PA foi realizada em dois momentos durante a entrevista, a partir dos valores obtidos foi tirada a média das duas.

**Tabela 9** – Distribuição dos participantes quando a pressão arterial

Variável	Pressão Arterial				Total
	Normal (percentil <90)	Limítrofe (percentil entre 90 a <95)	Hipertensão Estágio I (percentil entre 95 a 99)	Hipertensão Estágio II (percentil >99)	
<b>F</b>	22	13	03	09	47
<b>%</b>	46,8	27,7	6,4	19,1	100%

Fonte: Própria Pesquisa/2013

A prevalência de hipertensão em estágio I e II foi, respectivamente, de 6,4% (n=03) e 19,1% (n=09) e 74,5% (n=35) manteve-se dentro da normalidade.

A frequência de 25% (n=12) de adolescentes com valores hipertensivos é preocupante, e requer a adoção de medidas educativas e preventivas. O resultado desse estudo corrobora com outros estudos como Silva et al. (2010) cuja prevalência encontrada em adolescentes foi de

19,7%; Gomes e Alves (2010) q prevalência de 17,3% e Hoffmann et al. (2010) prevalência de 21,7%. Araujo et al. (2008) identificaram pressão arterial acima dos valores normais em 44,7% dos adolescentes e Pinto et al. (2011) a prevalência foi de 4,8%. Essa divergência apresentada acredita-se que está associada ao fato de a aferição de PA ter sido realizada uma única vez.

Vários estudos mostram que a prevalência de pressão arterial elevada é maior em adolescentes do sexo masculino (ARAÚJO et al., 2008; SILVA et al., 2010; CHAVES et al., 2010). Isso sinaliza a importância de se focar medidas para a saúde do homem.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma condição clínica multifatorial de alta prevalência na população nacional e mundial, sendo responsável pela grande carga de morbidade e mortalidade no mundo, assim, considerada um problema de saúde global. O mais importante quesito a ser evidenciado é a exposição aos vários fatores de riscos modificáveis e não modificáveis que estabelecem o aparecimento da doença, atingindo crianças e adolescentes de forma não menos preocupante. A PA elevada durante a fase jovem é fator preditor de HAS na vida adulta, tornando-se claro que o aumento dessa doença na infância e adolescência pode significar o aumento na vida adulta.

A adolescência é um período de intensas descobertas e vulnerabilidade, por esse motivo, objetivou-se investigar os fatores de riscos para hipertensão arterial em adolescentes do sexo masculino, e com os resultados verificou-se que o grupo estudado apresenta vários fatores de riscos, sendo o de com maior relevância os maus hábitos alimentares, o que pode estar relacionado à classe econômica baixa e aos níveis iniciais de pressão arterial limítrofes e elevados.

O perfil dos adolescentes estudados foi caracterizado como predominantemente na faixa etária de 16 a 17 anos, cursando o primeiro ano do ensino médio, de raça parda e que moram com os pais, cuja grande maioria são casados e possuem renda mensal entre um a três salários mínimos.

Com relação aos antecedentes patológicos familiares, que tem relação direta com a hipertensão, a mais frequente foi a própria HAS, seguida do diabetes, cardiopatias e obesidade, com maior prevalência entre os avós dos adolescentes. O que significa que em termos de hereditariedade os participantes têm certa tendência ao desenvolvimento da hipertensão.

Como a alimentação inadequada foi o fator de risco mais acentuado, observou-se que o consumo de frutas e verduras encontra-se presente na alimentação desses, porém, com baixa frequência, sendo uma minoria que os consome diariamente. Identificou-se também, com relação ao padrão alimentar, um elevado consumo de sal, massas, frituras e carnes vermelhas nessa população. O consumo deficiente de frutas e verduras, bem como de alimentos menos

gordurosos, podem estar associados à questão da renda e a disponibilidade dos mesmos nas cantinas escolares.

No tocante ao desenvolvimento pondero estatura, o grupo caracterizou-se essencialmente como eutrófico. Porém, destaca-se o fato de um percentual significativo apresentar-se com sobrepeso/obesidade. A utilização do gráfico proposto pelo MS é mais efetiva para fornecer uma avaliação fidedigna do crescimento e desenvolvimento do adolescente, haja vista que um adolescente e um adulta com a mesma altura e peso não apresentam o mesmo perfil lipídico.

Importante destacar que o grupo estudado mantém-se em constante atividade física, porém deve-se estar atento para os maus hábitos alimentares, que contribuem para o surgimento de distúrbios metabólicos e tem seu efeito potencializado quando associado. Assim, é importante focar as ações para o grupo que está com menos atividade física, já que, em crianças e adolescentes, a atividade física contribui para melhorar o perfil lipídico e metabólico e reduzir a prevalência de obesidade. A atenção para esse grupo possibilita o desenvolvimento de adultos ativos e com melhor qualidade de vida.

O perfil nutricional dos participantes demonstra um grupo majoritariamente eutróficos, porém é necessário evidenciar o quantitativo que está em sobrepeso/obesidade. Esse quadro pode ser resultado da ingestão de alto teor calórico e baixo valor nutricional, favorecendo maior susceptibilidade ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, em destaque a HAS.

O grupo estudado apresentou-se na sua maioria com os níveis pressóricos normais/limítrofe, mas vale destacar que um número significativo de adolescentes apresenta percentil superior a 95, caracterizando valores para hipertensão. Por constituir-se um grupo de adolescente isso se torna um quadro agravante, haja vista que, se não controlado, esses valores tendem a evoluir ao longo da vida, condição que aumenta a probabilidade de se tornarem adultos hipertensos.

Para que se possa pensar preventivamente em idades precoces, reduzindo o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares e suas complicações, é necessário o rastreamento de adolescentes com risco aumentado de se tornarem hipertensos, a fim de combater os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, evitando-se e retardando o aparecimento da mesma.

Sugere-se, portanto, a realização de ações educativas, terapêuticas e de vigilância, voltadas para o incentivo aos adolescentes na incorporação de hábitos saudáveis, como

alimentação adequada, principalmente com redução do consumo de sal e gordura, estímulo a prática de atividade física e para monitoração rotineira da pressão arterial. Para o desenvolvimento dessas ações pode-se utilizar o ambiente escolar, unindo educação à saúde, como base no Programa Saúde na Escola, bem como a equipe da ESF para formação de grupos que envolvam os adolescentes e familiares, orientando-os e esclarecendo-os quanto às doenças cardiovasculares. Orienta-se, portanto, que profissional de saúde e educador físico trabalhem com o gráfico pondero estatural do MS, deixando a utilização do cálculo do IMC apenas para os adultos, cuja formação física já está definida.

Com esses resultados o trabalho contribuirá para um maior conhecimento da população em geral sobre a HAS e sua influência na adolescência, servindo de estímulo para o desenvolvimento de políticas de promoção e prevenção de saúde por gestores e profissionais. E para os acadêmicos servirá de fomento para outros estudos, haja vista que o adolescente de hoje, será o homem de amanhã.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Y. B. et al. Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 281-6, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a10v64n2.pdf>>. Acessado em: 19 de junho de 2013.
- ARAÚJO, T. L. et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 120-6, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v42n1/16.pdf>>
- BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**. 35º ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a. 454p. ISBN 978-85-736-5934-4. Acessado em: <[http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1366/constituicao\\_federal\\_35ed.pdf?sequence=26](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1366/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=26)>. Disponível em: 13 de maio de 2013.
- \_\_\_\_\_. **Estatuto da criança e do adolescente**. 7º ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010a. 225 p. ISBN 978-85-736-5344-1. Disponível em: <[http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto\\_crianca\\_adolescente\\_7ed.pdf](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf)>. Acessado em: 20 de maio de 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Indicadores demográficos, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/a01.def>>. Acessado em: 15 de julho de 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2006. 58 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_06.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf)>. Acessado em: 13 de maio de 2013
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde na escola**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2009. 96 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passos\\_a\\_passos\\_pse.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passos_a_passos_pse.pdf)>. Acessado em: 23 de maio de 2013
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**, 2010b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)>. Acessado em: 12 de maio de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**, 2012b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento\\_norteador.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf)>. Acessado em: 21 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2a Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996. 32p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_05.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf)>. Acessado em: 13 de maio de 2013. . Acessado em: 10 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde, **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466\\_2012.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf)>. Acessado em: 10 de julho de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_adolescente.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf)> Acessado em: 15 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_legal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf)>. Acessado em: 21 de maio de 2013.

BECK, C. C. et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. **Rev Bras Epidemiol**, 2011; 14(1): 36-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/04.pdf>>. Acessado em: 10 de setembro de 2013.

BIGIO, R. S. et al. Determinantes do consumo de frutas e hortaliças em adolescentes por regressão quantílica. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 448-56, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2352.pdf>>. Acessado em: 05 de setembro de 2013.

BRAZ, M. **Doenças crônicas e problemas de saúde em adolescentes do município de Campinas**, 2011. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000816060&fd=y>>. Acessado em: 13 de junho de 2013.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara–Koogan. Vol. 3, p. 1293, 2009.

CHAVES, E. S. et al. Acompanhamento da pressão arterial: estudo com crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 2010 mar; v. 31,



n.1, p. 11-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/11.pdf>>. Acessado em: 24 de junho de 2013.

CHAVES, E. S. et al. Crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão arterial: indicadores de risco cardiovasculares. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 6, p. 793-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a11v22n6.pdf>>. Acessado em: 21 de junho de 2013.

CHEHUEN, M. R. et al. Risco Cardiovascular e Prática de Atividade Física em Crianças e Adolescentes de Muzambinho/MG: Influência do Gênero e da Idade. **Rev Bras Med Esporte**, Vol. 17, N. 4, Jul/Ago, 2011. Acessado em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v17n4/v17n4a03.pdf>>. Disponível em: 09 de setembro de 2013.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arq Bras Cardiol**, v.94, n. 4, São Paulo, abril 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/aop00810.pdf>>. Acessado em: 06 de setembro de 2013.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Notas técnicas. Conferências Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem**. Brasília, CONASS, 2009. 100 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_tecnica\\_qualificacao\\_af.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_qualificacao_af.pdf)>. Acessado em: 12 de setembro de 2013.

COSTA, F. P.; MACHADO, S. H. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1383-1389, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/048.pdf>>. Acessado em: 09 de setembro de 2013

COSTA, M. C. D. et al. Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 355-361, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n3/v20n3a10.pdf>>. Acessado em: 10 de junho de 2013.

COSTA, J. V. et al. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, 7 telas, mar.-abr. 2012. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acessado em: 05 de setembro de 2013.

DANTAS, R.C.O. **Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde**. 186 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Departamento de Estatística - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: <[http://www.de.ufpb.br/~mds/DissertacoesAprovadas/Dissertacao\\_Rosimery\\_Cruz\\_Oliveira-2013.pdf](http://www.de.ufpb.br/~mds/DissertacoesAprovadas/Dissertacao_Rosimery_Cruz_Oliveira-2013.pdf)> Acessado em: 12 de setembro de 2013.

DAVIM, R. M. B. et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun.2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/500/pdf>>. Acessado em: 16 de maio de 2013.

- EDUARDO, L. P.; EGRY, E. Y. Estatuto da criança e do adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 18-24, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v44n1/a03v44n1.pdf>>. Acessado em: 16 de maio de 2013.
- ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 1, p. 163-71, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v13n1/15.pdf>>. Acessado em: 23 de junho de 2013.
- FARIAS JUNIOR, J. C.; SILVA, K.S. **Sobrepeso/obesidade em adolescentes escolares da cidade de João Pessoa - PB**: prevalência e associação com fatores demográficos e socioeconômicos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 14, n. 2, Mar/Abr, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/04.pdf>>. Acessado em: 04 de agosto de 2013.
- FEREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p. 97-104, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a15v15n1.pdf>>. Acessado em: 02 de junho de 2013.
- FERREIRA, S. R. V. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, 2009, v. 43, n. 2, p. 98-106. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf>>. Acessado em: 08 de setembro de 2013.
- FONTES, B. C.; UZEDA, F. C. A. A adolescência: o processo de afastamento familiar versus tendência grupal e a construção da identidade. **Revista Letrando**, v. 1, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://revistas.ojs.es/index.php/letrando/article/view/v1a11/pdf>>. Acessado em: 15 de maio de 2013.
- FRAGA, P. L. et al. A interface entre o Diabetes Mellitus tipo II e a hipertensão arterial sistêmica: aspectos bioquímicos. **Cadernos UniFOA**, Edição nº 20, dezembro/2012. Disponível em: <<http://www.foa.org.br/cadernos/edicao/20/95-103.pdf>>. Acessado em: 10 de setembro de 2013.
- FREITAS, D. et al. Fatores de risco para hipertensão arterial entre estudantes do ensino médio. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 430-4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a17.pdf>>. Acessado em: 22 de junho de 2013.
- GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de Ensino Médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 375-381, fev, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/16.pdf>>. Acessado em: 13 de Junho de 2013.
- GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Ocorrência de tabagismo e fatores associados em escolares. **RFO**, v. 13, n. 1, p. 30-34, janeiro/abril 2008. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/317\\_Ocorrencia\\_de\\_tabagismo\\_e\\_fatores\\_associados\\_em\\_escolares.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/317_Ocorrencia_de_tabagismo_e_fatores_associados_em_escolares.pdf)>. Acessado em: 23 de junho de 2013.

HENRIQUES, B. D. et al. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev Med Minas Gerais**, 2010, v. 20, n. 3, p. 300-309. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/268/251>>. Acessado em: 18 de maio de 2013.

HOFFMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e inter-relações com sobrepeso, obesidade, consumo alimentar e atividade física, em estudantes de escolas municipais de Caxias do Sul. **Pediatria (São Paulo)**, v. 32, n. 3, p. 168-72, 2010. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1348.pdf>>. Acessado em: 21 de junho de 2013.

**IBGE**. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, 2012. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense\\_2012.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf)>. Acessado em: 10 de maio de 2013.

ISER B. P. M. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – Vigitel Brasil – 2009. **Rev Bras. Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 90-102, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v14s1/a10v14s1.pdf>>. Acessado em: 13 de junho de 2013.

JESUS, F. B. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 359-67, junho 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a21v32n2.pdf>>. Acessado em: 17 de maio de 2013

LEVY, R. B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 3085-3097, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a13v15s2.pdf>>. Acessado em: 09 de setembro de 2013.

MACÊDO, M. R. C. **Políticas públicas e promoção da saúde dos adolescentes e jovens do sexo masculino: saúde sexual e reprodutiva, masculinidades e violências**. 2010. 100 f. Dissertação (mestrado em ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/2327/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mac%C3%AAdo\\_Maria\\_Rita\\_de\\_C%C3%A1ssia.pdf?sequence=1](http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/2327/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mac%C3%AAdo_Maria_Rita_de_C%C3%A1ssia.pdf?sequence=1)>. Acessado em: 20 de maio de 2013.

MAGLIANO, E. S. **Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Adolescentes Brasileiros: Revisão Sistemática**. Dissertação (Mestrado) - UFRJ/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/posgraduacao/media/tese/1362851174.pdf>>. Acessado em: 19 de junho de 2013.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE),

Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 3009-3019, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a02v15s2.pdf>>. Acessado em: 09 de junho de 2013.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16.pdf>>. Acessado em: 08 de junho de 2013.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª Edição. São Paulo: Atlas, p. 149, 2010.

MARIATH, A. B.; GRILLO, L. P. Influência do estado nutricional, circunferência da cintura e histórico familiar de hipertensão sobre a pressão arterial de adolescentes. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 65-74, mar./abr., 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=509372&indexSearch=ID>>. Acessado em: 20 de maio de 2013.

MORENO, R. S. et al. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Rev Paul Pediatr.**, 2009, v. 27, n. 4, p. 354-60. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a02.pdf>>. Acessado em: 17 de maio de 2013.

MUNIS, L. C. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 393-404, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n2/11.pdf>>. Acessado em: 05 de setembro de 2013.

NASCENTE, F. M. N. et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arq Bras Cardiol.**, 2010, v. 95, n. 4, p. 502-509. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf>>. Acessado em: 10 de setembro de 2013.

NEUTZLING, M. B et al. Hábitos alimentares de escolares adolescentes de Pelotas, Brasil 1. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 23, n.3, p. 379-388, maio/jun., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n3/06.pdf>>. Acessado em: 10 de setembro de 2013.

OLIVEIRA, A. R.; LYRA, J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios a atenção básica. **Fazendo Gênero, Violência e Poder**. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST40/Oliveira-Lyra\\_40.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST40/Oliveira-Lyra_40.pdf)>. Acessado em: 11 de maio de 2013.

PESSALACIA, J. D. R. et al. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo -2010, v. 4, n. 4, p. 423-430. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos\\_423-430\\_.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf)>. Acessado em: 17 de maio de 2013.

PINTO, S. L. et al. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1065-1076, jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/04.pdf>>. Acessado em: 18 de junho de 2013.

RAPOSO, C. Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, v. 6, n. 23, julho de 2009. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/450/548>>. Acessado em: 20 de maio de 2013.

REIS, C. B.; SANTOS, N. R. Relações desiguais de gênero no discurso de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 3979-3984, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a02v16n10.pdf>>. Acessado em: 15 de maio de 2013.

REIS, F. C.; SILVA, A. A. Adolescência: consumo de álcool e outras drogas. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste-MG, v.2, n.1, Jul./Ago. 2009. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Franlin\\_cristiano\\_reis\\_e\\_anderson\\_aquiles\\_silva.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Franlin_cristiano_reis_e_anderson_aquiles_silva.pdf)>. Acessado em: 10 de setembro de 2013.

RODRIGUES, M. B. **O impacto da insuficiência renal crônica em hemodiálise e na família**. 2012. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Fernando Pessoa (Graduação em Licenciatura em Enfermagem). Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10284/3487>>. Acessado em: 17 de maio de 2013.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. Paracambi, 2007. Disponível em: <[http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia\\_cientifica.pdf](http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf)> Acesso em: 12 julho de 2013.

SANTOS, A. T. et al. Sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes. **Fiep bulletin**, v. 83 - Special Edition - ARTICLE II – 2013. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net>>. Acessado em: 07 de junho de 2013.

SANTOS, V. M. A. B. et al. Hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Revista Eletrônica Multidisciplinar**, v. 2, n. 3, 2010. Disponível em: <[http://revista.seune.edu.br/index.php/op/article/download/28/pdf\\_16](http://revista.seune.edu.br/index.php/op/article/download/28/pdf_16)>. Acessado em: 20 de maio de 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil 4**, 09 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COAGRAVOS/GT%20%C3%93bito%20Infantil/Revista%20Lancet%20-%20S%C3%A9rie%20Brasil/brazilpor4.pdf>>. Acessado em: 08 de junho de 2013.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 24, n. 2, p. 209-S234, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/02.pdf>>. Acessado em: 10 de setembro de 2013.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n.03, 2004. Disponível em: <[www.revistasufg.br/index.php/fen](http://www.revistasufg.br/index.php/fen)>. Acessado em: 12 de setembro de 2013.

SILVA, P. C. V. et. al. Pressão arterial de adolescentes de escolas particulares de Fortaleza-CE. **Acta Paul Enferm**, 2010; v. 23, n. 4, p. 512-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/11.pdf>>. Acessado em: 20 de junho de 2013.

SILVA, M. E. D. C.; **Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: uma contribuição para a enfermagem**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, 2010. Disponível em: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20\(Segura\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20(Segura).pdf)>. Acessado em: 19 de maio de 2013.

SILVA, D. B. et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 16-23, jan./mar., 2011. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2046>>. Acessado em: 08 de setembro de 2013.

SILVA, E. D. S.; PADILHA, M. I. Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; v. 45, n. 5, p. 1063-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a05.pdf>>. Acessado em: 10 de setembro de 2013.

SILVA, C. M. M. **A prática de exercícios físicos e hipertensão arterial**, Brasília, julho de 2012. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Licenciatura em Educação Física). Universidade de Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/4566/1/2012\\_CreudeMariaMouradaSilva.pdf](http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/4566/1/2012_CreudeMariaMouradaSilva.pdf)>. Acessado em: 20 de junho de 2013.

SILVEIRA, S.; ABREU, S. M. Fatores que contribuem para a obesidade infantil. **Rev Enferm UNISA**, n. 7, p, 59-62, 2006. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-11.pdf>>. Acessado em: 09 de setembro de 2013.

SOARES, C. A. M. et al. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 46-55, abr/jun 2011. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=273#](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=273#)>. Acessado em: 20 de junho de 2013.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; p. 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em:

<[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acessado em: 10 de maio de 2013.

SOUSA, M. L. X. F. et al. Déficits de autocuidado em crianças e adolescentes com Doença renal crônica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p.95-102, Jan-Mar, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a11v21n1.pdf>>. Acessado em: 21 de maio de 2013.

SOUZA, A. R. A. et al. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/13.pdf>>. Acessado em: 28 de junho de 2013.

TELES, J. A. et al. Índice de prevalência de obesidade e hipertensão em crianças e adolescentes no ensino público de Formiga – MG. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 15, n. 03, Set/Dez. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/5172/5180>>. Acessado em: 20 de junho de 2013.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 3, p. 132-138, jul./set.2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/550/pdf>>. Acessado em: 06 de setembro de 2013.

VIEIRA, P. C. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.11, p.2487-2498, nov, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/04.pdf>>. Acessado em: 15 de maio de 2013.

VIER, B. P. et al. Uso de álcool e tabaco em adolescentes. **Arq Mudi**, v. 11, n. 2, p.5-8, 2007. Disponível em: <<http://eduejojs.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/19995/10834>>. Acessado em: 09 de setembro de 2013.

VITÓRIA, P. D. et al. Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 343-54, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2137.pdf>>. Acessado em: 22 de junho de 2013.

**ANEXOS**







UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 108/2013-CCGE/UAENF/CFP/UFCG

Cajazeiras, 24 de julho de 2013.

**Da: Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (CCGE)**  
Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

**A: Coordenadora da 9ª Gerência de Educação – Cajazeiras-PB**  
Sra. Maria do Socorro Delfino Pereira

Ao tempo em que cumprimentamos V. senhoria, solicitamos permissão para a aluna Tamyris Gomes Maia, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, sob a orientação da professora Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.

Atenciosamente,

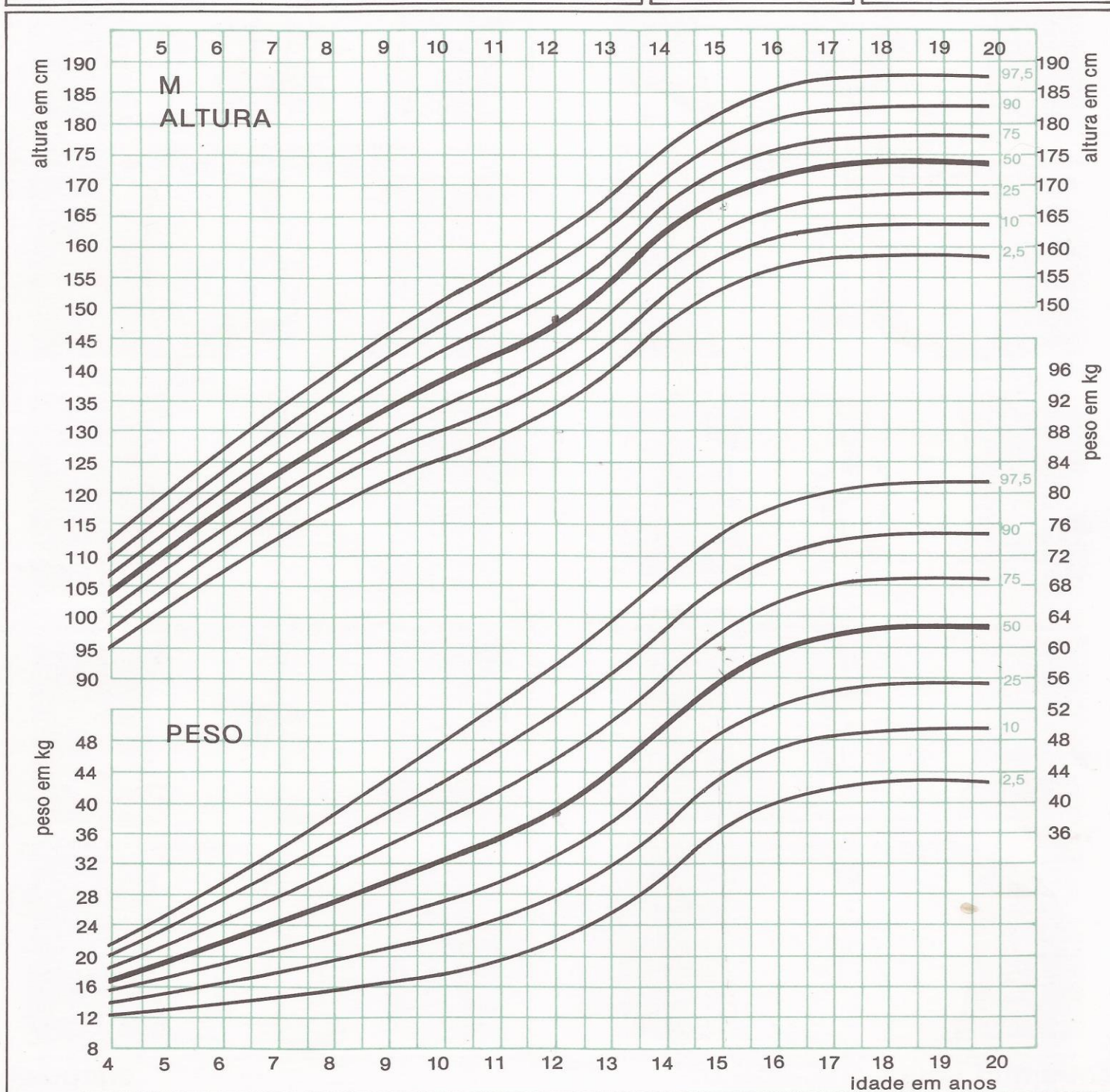
  
**Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas**  
Coordenadora do Curso de Graduação de Enfermagem

*Autentico*  
*25.07.13*  
Gerente Regional de Educação - CFP  
Mat.: 108.963-1

## ANEXO B

# • Gráfico de controle da evolução pôndero-estatural •

Nome:  Data do Nascimento:  Prontuário:



## FONTES

1 - MARQUES R.M.; MARCONDES, E.; BERQUÓ, E.; PRANDI, R. & YUNES, J. - Crescimento e Desenvolvimento Pubertário em Crianças e Adolescentes Brasileiros. II. Altura e Peso. São Paulo: Editora Brasileira de Ciências, 1992.  
 Para a Metodologia, consultar Marcondes, E.; Berquó, E.; Hegg, R.; Colli, A. & Zacchi, M.A.S. - Crescimento e Desenvolvimento Pubertário em Crianças e Adolescentes Brasileiros. I. Metodologia. São Paulo, Editora Brasileira de Ciência, 1982.

Proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer meios, sem a expressa anuência dos autores.

cortesia

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

**Pesquisa: FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

Eu, **ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS**, professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCG, portadora do RG 1.096.546 SSP/PB e CPF: 467125504-91 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela orientação do pesquisador colaborador, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
Pesquisadora

Cajazeiras, 12 de agosto de 2013.

**APÊNDICE B**

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE**  
**Pesquisa: FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM**  
**ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

Eu, **TAMYRIS GOMES MAIA**, aluna da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCEG, portadora do RG 002632084 SSP/PB e CPF: 082.471.124-69 responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas a desenvolver o projeto de pesquisa proposto, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande, e pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

Tamyris Gomes Maia  
Pesquisadora Participante

Cajazeiras, 31 de julho de 2013



## APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **1. INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE**

**1.1** Este termo de consentimento livre e esclarecido obedece às exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa.

**1.2** O consentimento livre e esclarecido do participante é uma exigência não só do Brasil, mas de todos os códigos internacionais e é, sem dúvida, um dos pilares da ética nas pesquisas científicas.

**1.3** No Brasil, a resolução CNS 466/2012 estabelece que o pesquisador deverá suspender imediatamente o experimento quando perceber a possibilidade ou a ocorrência de um risco ou dano ao sujeito da pesquisa, não previsto no termo de consentimento.

### **2. IDENTIFICAÇÃO**

**2.1 Título do Projeto de Pesquisa:** FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB.

**2.2 Nome do pesquisador Responsável:** MS. ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

**2.3 Nome do pesquisador participante:** TAMYRIS GOMES MAIA

**2.4 Instituição proponente:** Universidade Federal de Campina Grande, Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N – Casas populares - CEP 58900-000 - Cajazeiras – PB, Telefone: (83) 3532 00

**2.5 Finalidade:** Projeto de Pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem.

### **3. INFORMAÇÃO A CERCA DO PROJETO DE PESQUISA**

**3.1 Justificativa:** O interesse inicial pelo referido tema despertou-se a partir das primeiras aulas de enfermagem clínica I, onde foi estudada a patologia HAS, bem como pela experiência adquirida como monitora dessa disciplina no período 2012.1 e 2012.2. Outro fator que reforçou o interesse foi o conhecimento da alta prevalência de pessoas com HAS, visto que a maioria dos casos pode ser evitada, através do reconhecimento de fatores de risco e mudança no estilo de vida. Hábito de vida saudável é papel fundamental na prevenção da HAS e quando são orientados na fase jovem tende a perdurar pelo resto da vida. Assim, surgiu o desejo de desenvolver o estudo com adolescentes, já que essa fase é crucial e importante para a constituição de hábitos e valores na determinação da HAS e que tendem a permanecer na vida adulta. E, por fim, destaca-se o fato dos adolescentes darem pouca importância a saúde e aos cuidados com a mesma.

### **3.2 Objetivos:**

**3.1 Geral:** Investigar os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial em adolescentes do sexo masculino de uma escola estadual do município de Cajazeiras – PB.

### **3.2 Específicos:**

Construir o perfil sócio-demográfico dos adolescentes do sexo masculino; identificar os principais antecedentes familiares patológicos; e identificar o padrão alimentar de adolescentes do sexo masculino.

**3.3 Procedimentos:** O projeto será enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – campus Cajazeiras, assim como um ofício de solicitação de autorização a Instituição Coparticipante, para que, assim que a pesquisa for aprovada pelo referido comitê, a mesma possa ser iniciada. Nesta etapa será estabelecido contato inicial com a Instituição Coparticipante, Escola Estadual Monsenhor Constantino Vieira, e com alunos e professores. Após esse primeiro contato, será iniciada a coleta de dados através de um questionário elaborado pela própria pesquisadora, aferição de pressão arterial e medição de peso e estatura. Os resultados serão apresentados para uma banca composta por três avaliadores e será parte de uma monografia que estará disponível em sua versão final na biblioteca da Universidade Federal de Campina Grande.

**3.4 Riscos ou desconfortos:** Não será desenvolvido nenhum tipo de risco relacionado ao projeto, visto que, este não apresenta quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas.

**3.5 Benefícios Esperados** O presente estudo é de suma relevância para a criação de estratégias que atendam a população adolescente visando à redução dos fatores de riscos e, conseqüentemente, o adoecimento da população; permitirá também ampliar o conhecimento de acadêmicos e profissionais da saúde sobre o tema proposto, uma vez que se considera insuficiente o número de trabalhos que trate de fatores de risco para HAS na adolescência; Possibilitará maior importância no âmbito social, pois a HAS é um problema preocupante de saúde pública.

## **4. GARANTIAS AO PARTICIPANTE DE PESQUISA**

**4.1** Garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e



procedimento da mesma.

**4.2** Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado ou assistência (caso o voluntário esteja recebendo cuidado ou assistência no âmbito da instituição onde está sendo realizada a pesquisa).

**4.3** Garantia do sigilo que assegure a privacidade do participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome e dos seus.

**4.4** Garantia de que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível ao participante quando desejar.

**4.5** Garantia de que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo.

**4.6** Garantia de que poderá buscar informações junto ao pesquisador responsável para esclarecimentos e/ou dúvidas acerca do andamento, conclusão e publicação dos resultados, bem como, de que poderá buscar informações junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cajazeiras, rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n – Casas Populares, CEP 58900-000 - Cajazeiras – PB, Telefone: (83) 3532-2000, que avaliou o trabalho e aprovou o termo ora apresentado, ou a outras instâncias que podem esclarecer e defender caso manifeste esse desejo.

## **5.CONTATOS DISPONIBILIZADOS PELOS PESQUISADORES**

Os pesquisadores:

**5.1** Cientes da importância da participação do voluntário, o agradecem por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

**5.2** Se comprometem, reiteradamente, a cumprir a resolução 466/2012, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

**5.3.** Como prova de compromisso, disponibilizam seus dados para contato ao participante:

### **Dados completos do pesquisador responsável para contato:**

**Nome:** MS. ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

**Endereço completo:** Rua: Titico Gomes, 23, Bairro: Belo Horizonte. Patos – PB. CEP: 58704-380.

**Telefone(s) para contato:** (83) 88609974/99221129

**E-mail:** [rmercyco\\_dantas@hotmail.com](mailto:rmercyco_dantas@hotmail.com)

### **Dados completos do pesquisador participante para contato**

**Nome:** TAMYRIS GOMES MAIA

**Endereço completo:** Rua Manoel Dantas, 2667, Bairro: Penedo. Caicó - RN. CEP: 59300-000

**Telefone(s) para contato:** (83) 96552972

**E-mail:** [tamyrisgm@hotmail.com](mailto:tamyrisgm@hotmail.com)

## **6. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

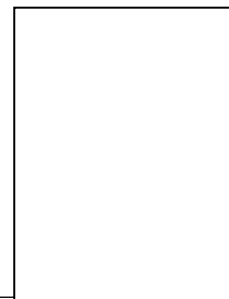
Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras - PB, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Participante



## APÊNDICE D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**1. Identificação**

Nome:	
Idade:	Turma:
Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Outros	
Exerce algum trabalho: ( ) Sim ( ) Não	
Raça: ( ) Branca ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Índio ( ) Outros	
Com quem reside: ( ) com meus pais ( ) com meus colegas ( ) em pensionato ( ) sozinho ( ) outros	
Qual a situação dos seus pais: ( ) casados ( ) separados ( ) pai ou mãe falecido	
Qual a renda familiar mensal da sua casa: ( ) menos que R\$ 670,00 ( ) Entre R\$ 670,00 a R\$ 2.010,00. ( ) Acima de R\$ 2.010	

## 2. Histórico Familiar

<p>2.1. Alguém na família tem ou já teve:</p> <p>2.1.1. Hipertensão: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó/avô ( ) Irmão</p> <p>2.1.2. Diabetes: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó/avô ( ) Irmão</p>
<p>2.1.3. Cardiopatia: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó/avô ( ) Irmão</p> <p>2.1.4. Obesidade: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó/avô ( ) Irmão</p>

## 3. Fatores de Risco

<p>3.1. Você pratica alguma atividade física: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>3.1.1. Se sim, qual: ( ) Jogar bola ( ) Caminhada ( ) musculação ( ) andar de bicicleta ( ) Outros _____</p> <p>3.1.2. Quantas vezes por semana: ( ) Todos os dias ( ) 3 vezes por semana ( ) 1 vez na semana</p>
<p>3.2. Costuma comer frutas: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>3.1.1 Se sim, com que frequência: ( ) diariamente ( ) de 3 a 5 vezes por semana ( ) 1 a 2 vezes por semana</p>
<p>3.3. Costuma a comer verduras e legumes: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>3.1.1. Se sim, com que frequência: ( ) diariamente ( ) de 3 a 5 vezes por semana ( ) 1 a 2 vezes por semana</p>
<p>3.4. Costuma comer alimentos com muito sal: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>3.4.1 Costuma acrescentar sal na comida além do que já é colocado no cozimento: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>3.4.2 Costuma comer massas (pão, biscoito, macarrão, pizza e etc): ( ) mais de 3 vez por dia ( ) De 1 a 2 vezes por dia ( ) Nenhuma vez por dia</p> <p>3.4.3 Costuma comer frituras (coxinha, pastel e etc) ( ) mais de 3 vez por dia ( ) De 1 a 2 vezes por dia ( ) Nenhuma vez por dia</p> <p>3.4.4. Qual o tipo carne costuma comer: ( ) Carne vermelha (carne de sol, filé, carne de porco e etc) ( ) Carne branca (frango, peixe e etc)</p>
<p>3.5. Costuma a ingerir algum tipo de bebida alcoólica: ( ) Sim ( ) Não</p>

3.6. Costuma a usar cigarro de nicotina: ( ) Sim ( ) Não

#### 4. Cuidados com a saúde

4.1. Com que frequência costuma ir ao médico:

- ( ) Só quando adoço ( ) Uma vez ao ano  
 ( ) De seis em seis meses ( ) De três em três meses

4.2. Com que frequência costuma realizar exames:

- ( ) De seis em seis meses.  
 ( ) Uma vez ao ano  
 ( ) Quando necessário

4.3. Costuma a adoecer com que frequência:

- ( ) raramente  
 ( ) algumas vezes ao ano  
 ( ) muitas vezes ao ano

4.4. Qual a doença mais freqüente: \_\_\_\_\_

#### Registro de medidas antropométricas e pressão arterial

Peso (Kg)	Altura (m <sup>2</sup> )	Pressão Arterial (mmHg)

Cajazeiras - PB, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Participante

