

Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel¹

Risks for chronic non-communicable diseases in the view of Vigitel participants

Erika de Azevedo Leitão Máximo

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta IV da Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Endereço: Rua Ernani Agrícola, 475, - Apto. 704, CEP 30492-040, Bairro Buritis, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: erikazevedo@pucminas.br

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Doutora em Ciências da Educação e Pós-Doutora em Sociologia da Saúde. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Endereço: Rua Ceará, 1015/302-B, CEP 30150-311, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: peninha@enf.ufmg.br

¹ Fontes de financiamento: Projeto Vigitel (2010/SVS/Ministério da Saúde); Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG) Programa Pesquisador Mineiro (PPM - 2009/2011).

Resumo

O objetivo do presente estudo foi interpretar reflexões de grupos da população, por faixa etária, sobre risco de adoecer pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como parte do eixo qualitativo do projeto Vigitel que monitora a prevalência de fatores de risco para DCNT no Brasil. Procedimentos metodológicos: a coleta de dados foi realizada por meio de grupos focais da amostra de Belo Horizonte, MG, de 2008, considerando que não existe, em estudos desse tipo, a necessidade de validação por amostragem abrangente. O interesse é aprofundar determinado assunto que poderá ser comparado, posteriormente, a outros estudos. Resultados: mostraram que jovens conhecem os riscos para DCNT, mas consideram que viver sem arriscar-se é impossível. Sujeitos de 31 a 50 anos estão informados e conscientizados, mas querem continuar vivendo sem preocupação com a saúde, negociando, consigo mesmos, medidas pessoais de risco. Pessoas acima de 51 anos consideram riscos para DCNT inerentes à condição humana, porém maiores, devido a uma vida “desregada”, e têm medo, buscando se cuidar centrados na assistência médica. Conclusões: as reflexões dos grupos apontam representações centradas na impossibilidade de se considerar a saúde em primeiro plano e constantemente, na vida cotidiana. Existe desejo de viver prazeres e satisfações, que, muitas vezes, não são coerentes com a determinação de ser saudável. Além disso, há a necessidade humana de transgressões para se sentir vivo e mais forte que a morte. Abordagens interdisciplinares que relativizem o peso dessas representações para a incorporação de modos de vida saudáveis, coletiva e autonomamente, são fundamentais.

Palavras-chave: Risco; Doença Crônica; Promoção da Saúde; Pesquisa Qualitativa, Saúde Pública.

Abstract

The aim of this study was to interpret reflexions of population groups divided by age on the risk of suffering from Chronic Non-Communicable Diseases (CNCDs) as part of the VIGITEL project qualitative axis, that monitors the prevalence of risk factors for CNCDs in Brazil. Methodological Procedures: Data collection was conducted through focus groups sampled at Belo Horizonte, Minas Gerais, in 2008, considering that there is not, in similar studies, the need for validation by comprehensive sample. The interest is to deepen this subject so that it will be possible to compare it to other studies afterwards. Results: Results showed that young people know the risks of CNCDs, but consider that living without taking risks is impossible. People from 31 to 50 years old are informed and become aware, but want to continue living without health concerns, negotiating with themselves their personal measures of risk. People above 51 years consider the risks of CNCDs inherent to the human condition, but they may grow larger due to an 'unruly' life; they are afraid and try to care for themselves searching for health care. Conclusions: The reflexions of the groups show representations that highlight the impossibility of placing health constantly in the foreground, in everyday life. There is a desire to live pleasures and satisfactions which often are not consistent with the determination of being healthy. Moreover, there is the human need of transgressions to feel alive and stronger than death. Interdisciplinary approaches able to relativize the weight of these representations in order to incorporate healthy lifestyles, collectively and autonomously, are essential.

Keywords: Risk; Chronic Disease; Health Promotion; Qualitative Research; Public Health.

Introdução

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), cujas características mais comuns são a ausência de infecção e/ou contágio clássico e cronicidade, encontram-se as doenças cardíacas e cerebrovasculares, além de diabetes, hipertensão arterial e câncer, entre outras. As doenças cardiovasculares (DCV) e de caráter metabólico, devido às altas taxas de morbimortalidade e ao caráter insidioso e grave dos adoecimentos, assintomático em grande parte dos indivíduos, tendo muitas vezes a morte súbita como o primeiro sintoma, respondem pela magnitude e elevada transcendência das DCNT na saúde coletiva no mundo (AHA, 2005; OMS, 2007). No Brasil, a situação não é diferente. Dados atuais revelam que 63% das mortes por causas conhecidas devem-se às DCNT, entre as quais as DCV são as mais importantes (Brasil, 2008a).

As investigações clínicas e epidemiológicas tornaram possível a identificação de diversos fatores de risco determinantes da situação de saúde do indivíduo e, especificamente, de adoecimento por DCNT (Santos, 2006), classificados em dois grupos específicos. No primeiro, encontram-se aqueles considerados não modificáveis: sexo, idade, história familiar. No segundo estão os fatores comportamentais, como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e consumo de álcool (Malta e col., 2006; Moura e col., 2008).

Esses fatores estão diretamente relacionados aos condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais, em um cenário contemporâneo de competitividade e individualismo, no qual o "ter" passou a suplantiar o "ser" de forma culturalmente aceita pela sociedade (Lipovetsky, 2000).

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas ao longo do tempo modificam as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Essas facilitam ou dificultam o acesso das populações a condições de vida mais favoráveis à saúde, repercutindo diretamente nos padrões de adoecimento (Brasil, 2008b).

Além disso, aspectos subjetivos relativos aos modos como o sujeito introjeta informações, valores e representações sobre saúde e doença em seu con-

texto psicossocial são, atualmente, considerados tão relevantes como os fatores de risco objetivos identificados e analisados por estudos epidemiológicos de relevância nacional, que respondem pela maior parte das publicações científicas (Freitas e col., 2009; Brasil, 2010; Velásquez-Meléndez e col., 2011).

O Brasil é um país de proporções territoriais gigantescas, grandes diversidades regionais, por vezes extremas, e desigualdades sociais que, refletidas nas diferenças de acesso à saúde, educação e oportunidades de trabalho, demonstram a necessidade contínua de elaboração de políticas específicas para seu enfrentamento. Nesse sentido, as políticas de promoção à saúde são definidas como de alta relevância para as respostas estratégicas no enfrentamento dessas desigualdades (Malta e col., 2009; Jesus e Assis, 2010). O trabalho exige foco em respostas rápidas, dada à magnitude das DCNT como grave problema de saúde pública (Machado, 2007; Brasil, 2008a; Malta e col., 2009; Brasil, 2010).

Com a finalidade de oferecer subsídios para a organização de ações públicas de saúde, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o projeto Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), em 27 capitais (Brasil, 2007). Ele tem sido fundamental para informações epidemiológicas sobre as DCNT e na melhoria da qualidade dessas informações, no país. Porém, aspectos subjetivos sobre as maneiras de agir e viver a saúde, individual e coletivamente, considerando-se o ponto de vista dos próprios sujeitos, ainda não foram incluídos sistematicamente nos dados e estudos dele provenientes. Para tal, foi proposta a inclusão de novas metodologias, de caráter qualitativo, nas quais este estudo se encontra. Nele, busca-se a compreensão da dimensão da escolha e da visão de risco que os sujeitos e a coletividade têm das DCNT no âmbito de seus contextos sociais de vida.

Nesse sentido, considera-se que os sujeitos têm visões de mundo e julgamentos que são construídos ao longo da vida pelas interações sociais com os outros e tomam decisões sobre o cuidado (consigo mesmo e com os outros), com base nesses julgamentos. Isso ocorre em tempos de heterogeneidade e fragmentação do social que reforçam posturas individualistas, ao mesmo tempo em que massificam

desejos e consumos, por vezes contrários à qualidade de vida e saúde.

Assim, re/constroem-se modos de ver e viver a saúde, a doença, os riscos e a promoção à saúde, tanto coletiva como individualmente, calcados em bases objetivas e subjetivas, que vão implicar em mais ou menos adesão a modos de vida saudáveis, em prevenção ou risco, bem como maior ou menor vulnerabilidade em face dos agravos e doenças (Brasil, 2008b; Freitas, 2010). Esses modos de ver e viver a saúde estão organizados em representações que a sociedade, grupos e sujeitos têm sobre os objetos, e que se explicitam em suas reflexões e ações.

Fundamentalmente, observa-se numa sociedade com informação sobre saúde, mais ou menos irrestrita, mas de acesso desigual à sua promoção, que os sujeitos assumem riscos, muitas vezes “negando” a necessidade de adesão a um modo de vida saudável (Giami e Veil, 1994; Gomes e col., 2002; Rique e col., 2002). Entende-se que há fatores objetivos e aspectos subjetivos que podem justificar as dificuldades para essa adesão. Porém, desconhecem-se, sobretudo, quais são esses fatores no que se refere às representações das doenças crônicas não transmissíveis, seus riscos e prevenção, incluindo aquelas sobre adoecimento e morte, presentes entre brasileiros.

Conhecer representações de sujeitos que experimentam socialmente uma situação que repercute no conjunto da sociedade permite desvelar o universo simbólico que influencia os seus modos de viver e a formação da consciência coletiva (Freitas, 1998; Herzlich, 1991), podendo subsidiar propostas de ações mais pertinentes e eficazes na área da saúde, fundamentadas em redes de corresponsabilização entre sujeitos e coletividades, na defesa e promoção de melhores condições de vida e saúde da população. Os estudos de cunho sociológico, nos quais o presente estudo se insere, justificam-se, ainda, pelo compromisso de se contribuir para a definição de estratégias operacionais de abordagem e enfrentamento das DCNT e naquelas referentes às prioridades de financiamento para as ações de promoção à saúde.

O objetivo deste estudo foi, então, interpretar as reflexões narradas pelos grupos de pessoas, por faixa etária, que participaram da amostra do Vigitel 2008, em Belo Horizonte, MG, para desvelar representações sobre proteção e riscos relacionados às

DCNT. Optou-se por esse recorte considerando que, em 2008, a pesquisa VIGITEL já estava consolidada e com sua base de dados organizada, já que o projeto iniciou-se em 2006, estando os dados disponíveis no grupo de pesquisa. Optou-se também por realizar grupos focais somente em uma das capitais participantes, considerando que pesquisas de cunho qualitativo não têm a pretensão de buscar resultados de caráter universal para uma determinada população que possa ser comparável com outras, mas de aprofundar o conhecimento sobre um objeto até que haja exaustividade das informações, o que lhe confere fidedignidade.

Além disso, no projeto Vigitel de Belo Horizonte, a partir de então, foram incluídas, na proposta, análises qualitativas, nas quais esta se inscreve. Considerou-se, ainda, a escolha de Belo Horizonte por ser a sede do grupo de pesquisas responsável pela coleta dos dados qualitativos (NUPESC - Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFMG). Espera-se que, a partir da avaliação dos resultados, possam ser incrementadas as pesquisas qualitativas nas demais capitais do Vigitel.

Métodos

Trata-se de estudo inscrito nas metodologias qualitativas em saúde, abordando aspectos não mensuráveis da vida das pessoas, que implicam em decisões sobre o cuidado consigo mesmas, com a família e a comunidade. Esses são valores culturais e significados sobre a vida e a morte, explicitados em representações que são compartilhadas e introjetadas pessoalmente acerca do consumo, das necessidades, do corpo, do risco, da saúde e da doença, na subjetividade dos sujeitos sociais (Freitas e col., 2008).

A subjetividade é aqui considerada tanto como uma construção individual relativa às características do sujeito quanto resultante da experiência forjada em grupos sociais, como a família, a escola, o trabalho, a comunidade e os amigos, nas suas diversas interações. Portanto, essa subjetividade significa que, mesmo tendo especificidades absolutamente individuais, contém o sujeito social, que se inquieta, busca respostas, pensa, emite opiniões e reage, compartilhando com os outros suas ideias e

sendo influenciado por eles. Nessa linha encontra-se a abordagem de Berger e Lukmann (1999), que apreende a sociedade como uma realidade ao mesmo tempo objetiva e subjetiva, pois ela é uma produção humana e o homem é uma produção social. A sociedade se constrói em um processo dialético de exteriorização, objetivação e interiorização. Os autores explicam a sociedade como realidade subjetiva, considerando que a socialização é o processo pelo qual ocorre a interiorização da realidade.

As reflexões dos grupos resultam em narrativas, relatos, pontos de vista e julgamentos sobre os objetos em pauta, sendo que tudo na narrativa tem significado, como afirma Barthes (2001, p. 34): “[...] compreendê-la [a narrativa] não exige apenas acompanhar o desenrolar da história, mas reconhecer ‘estágios’, encadeamentos horizontais do fio narrativo sobre o eixo implicitamente vertical; [...] uma vez que seu sentido não está ‘no fim’ da narrativa, ele a perpassa”. Para apreender o sentido das falas do grupo é necessário, pois, “desconstruir” o discurso, sendo as histórias, percepções e explicações acerca do mundo não ditas de forma linear, mas entre idas e vindas do processo discursivo, como propõem Demazière e Dubar (1997), apoiados em Barthes (2001), com o método da análise estrutural de narração. Existe, uma teia de construção argumentativa dos sujeitos, com suas coerências e contradições que são debatidas e nas quais essa subjetividade se explicita em fatos, explicações e julgamentos, desvelando representações sobre os objetos em pauta.

Nesse sentido, Giami e Veil (1994) afirmam que representações são uma atividade social e psicológica que consiste em construir um objeto, associando-lhe elementos de percepção exterior e elementos ligados a fantasias individuais, integrando ainda a posição ocupada pelo sujeito em relação ao objeto.

A construção das representações é, pois, um processo de sujeitos sociais para identificar e dar sentido aos objetos, tomando referências que são sempre resultantes de suas interações com o mundo, incluindo aquelas de seu “substrato psicossocial” (Freitas e col., 2008). Alguns autores consideraram, juntamente com Moscovici (1978), na fundação da teoria das representações sociais, que essas surgem a partir do conhecimento científico, enquanto outros, como Giami e Veil (1994) e Giami (1995), chamam a

atenção para o fato de que as representações sempre tiveram conteúdos provenientes não somente da ciência, mas também são obtidos “dos materiais presentes na sociocultura contemporânea e passa-da que funcionam como imaginário social” (Giami, 1995; Giami e Veil, 1994, 2004).

A sociedade contém a objetividade material da existência e o imaginário social-histórico que carrega a subjetividade humana, os dois se entrecruzam, o que faz Gilman considerar que “[...] não há ruptura entre expressões e significados individuais e coletivos das representações, mas homologia, o que se traduz em uma abordagem que considera que o social está contido e é observável no discurso individual...” (apud Giami e Veil, 1994, p. 42). Nesse sentido, como Giami, utilizamos o termo ‘representações’ ao invés de “representações sociais”, por considerar que o adjetivo é uma redundância, no sentido que ela é sempre social, mas introjetada pelo sujeito que tem sua própria carga psicoafetiva. A definição pertinente provém, então, de Morvan (1990, p. 78) que explicita que “[representação é]... um ponto de vista em relação a um objeto [...], conforme vivido e sentido pelo sujeito, em sua complexidade, suas contradições, sua singularidade. Delimitar uma representação é desenhar o objeto que ocupa um lugar (corpo) na experiência histórica e única do sujeito, a ponto de modificar a experiência e de orientá-la”. As pessoas em interação, ao dizerem ou esconderem o que pensam estão explicitando representações que podem ou não ser comungadas pelos outros envolvidos. Assim, pode-se considerar que, ao interagir, os sujeitos assumem suas diferenças e suas concordâncias, interpretando o mundo, e explicitando-o nas representações.

Sujeitos da pesquisa

Foram convidados, por telefone, adultos residentes no município de Belo Horizonte, MG, anteriormente entrevistados pelo Vigitel 2008. A listagem da amostra era composta de 2.000 habitantes, constando nome, idade e seus respectivos números de telefone. Essa foi reordenada em grupos por faixas etárias. Para o estabelecimento desse critério pressupôs-se a existência de características sociais e culturais intrínsecas, compartilhadas entre os sujeitos de cada

faixa, que contribuem para dar sentido às formas de viver, correr riscos e se proteger, promover saúde, cuidar-se e cuidar dos outros.

A delimitação etária - com grupos formados por pessoas de 18 a 30 anos de idade; de 31 a 50 anos; e de 51 anos ou mais - apoiou-se no pressuposto de que essas características sociais e culturais comuns e compartilhadas entre os sujeitos da mesma faixa facilitaríamos tanto a interação no grupo focal quanto a verbalização de ideias e opiniões, sem se desprezar possíveis inferências por gênero ou diferenças econômicas que pudessem existir entre os participantes. Porém, esses dois aspectos só foram considerados quando as diferenças por gênero ou econômicas foram detectadas nas análises, a *posteriori*, não se configurando pressuposto para dividir os grupos. Ressalta-se que as análises quantitativas realizadas pelo Vigitel consideram também outras faixas etárias, por meio de análises estatísticas fundamentadas no conhecimento científico sobre os agravos e doenças, bem como em dados epidemiológicos anteriores, utilizando variáveis objetivas, relativas às condições materiais de existência.

Foi prevista a realização de seis grupos focais, com 6 a 10 participantes por grupo, constituído por adultos de 18 a 30 anos, de 31 a 50 anos, e de 51 anos ou mais, totalizando-se entre 36 e 60 participantes. Para o fechamento da lista de convidados, por telefone, estabeleceu-se um número mínimo de 15 pessoas convidadas para cada grupo, considerando-se prováveis desistências no dia da realização do grupo focal.

Foram realizadas chamadas por ordem de aparecimento das listas, com três tentativas para cada número de telefone, em horários e dias diferenciados, até se atingir o número previsto de sujeitos por grupo. Para atingir o número final de convidados (n = 90 pessoas), foram contactadas 466 pessoas participantes do Vigitel 2008.

Nos três dias anteriores à coleta de dados, os convidados foram recontactados para confirmação da presença no dia do grupo - um sábado, para facilitar a participação dos mesmos.

Coleta de dados

Foi utilizada a técnica de grupo focal para tratar aspectos oriundos dos processos interativos (Morgan,

1996), reveladores de representações. Essa consiste em dinâmicas para reflexão e discussão das questões em pauta, em profundidade, possibilitando avaliação de opiniões relativamente consistentes e compartilhadas, como oportunidade de debate sobre os cuidados em saúde, resultando em material rico para a análise proposta.

O grupo é tomado como unidade de análise da narrativa, considerando que as ideias apresentadas por um participante propiciam a construção da teia argumentativa do conjunto, explicitando representações sobre os objetos em foco (Gondim, 2002; Bunchaft e Gondim, 2004). As discussões tiveram a seguinte questão indireta: *Vamos conversar sobre seus modos de cuidar da saúde e da doença. Falem-nos sobre o que pensam das maneiras de promover saúde, sobre os problemas de saúde, seus riscos e a existência de cuidados em diabetes, hipertensão arterial, colesterol alto e outras doenças crônicas.*

As discussões dos grupos foram gravadas em áudio, após assinatura do consentimento livre e esclarecido por participante; posteriormente, elas foram transcritas.

O estudo ocorreu de acordo com a Resolução 196/96 (Brasil, 1996), estando incluído no projeto “Estudo de fatores de risco, proteção e linha de cuidado para doenças crônicas em usuários do SUS e de planos de saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa no conjunto dos projetos relacionados ao Vigitel e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer ETIC 552/08).

Análise dos dados

A análise estrutural das entrevistas dos grupos focais, fundamentada em Demazière e Dubar (1997), constou de três etapas, conforme Blanchet e Gotman (1992), sendo as duas primeiras organizadas utilizando-se o software NVivo2007®.

A primeira etapa correspondeu à análise das falas de cada grupo, em dois momentos. O primeiro foi de leitura vertical, buscando-se o sentido global de cada uma. No segundo, de leitura horizontal, o texto foi numerado em sequências, fazendo surgir os enunciados que explicitam o campo de significados

em torno de cada objeto, como em um processo de desconstrução do “texto” de cada grupo. Em seguida, as sequências foram agrupadas por assuntos tratados, apontando categorias “empíricas” que foram nomeadas provisoriamente, tentando-se encontrar e reproduzir o trabalho de categorização que o grupo realizou (Demazière e Dubar, 1997).

A segunda etapa consistiu em encontrar o que era comum e discordante no conjunto dos grupos por meio de leitura transversal, resultando em reorganização das categorias pelo total dos grupos por faixa etária. Essas foram analisadas para explicitar as representações sobre os objetos da pesquisa (Blanchet e Gotman, 1992).

A terceira etapa da análise incluiu a interpretação final dos pesquisadores, na qual categorias empíricas foram confrontadas com leituras e reflexões teóricas. Desse processo emergiram as chamadas categorias analíticas (Demazière e Dubar, 1997).

Ressalta-se que os pesquisadores realizaram as análises separadamente, havendo, em seguida, comparação entre as análises para “triangulação de investigador”, conforme proposto por Denzin e Lincoln (2006), e o fechamento das categorias teóricas do conjunto dos achados.

Resultados e discussão

Do número previsto de 90 pessoas compareceram 61 participantes, divididos em seis grupos focais: dois grupos na faixa etária de 18 a 30 anos; dois grupos de 31 a 50 anos; dois com pessoas acima de 50 anos.

As categorias que se seguem estão apresentadas pelos objetos centrais relativos à promoção e prevenção das DCNT, resultantes da análise estrutural de narração. Elas explicitam as representações em torno do risco.

É preciso viver: entre o prazer, a aventura e o destemor em face dos riscos

De maneira geral, todos os jovens entre 18 e 30 anos conhecem os riscos para doenças crônicas não transmissíveis e sabem como devem preveni-las, representando os fatores de risco objetivos conhecidos

como desencadeantes das mesmas, afirmando que *uma vida não regrada é uma vida de risco*. Porém, regrar-se traz o significado de *deixar de fazer coisas* de suprimir prazeres para afastar-se dos fatores que podem levar ao adoecimento.

Assim, arriscar-se é, muitas vezes, inevitável, pois *já se nasce morrendo*, não havendo como se proteger de tudo, porque *não se pode escolher sempre*, sendo que *viver sem se arriscar não é possível*.

Vários estudiosos consideram a *sociologia do risco* uma esfera privilegiada das ciências sociais, pois aborda tanto a maneira pela qual os indivíduos se sentem ou não em perigo como a percepção que possuem do risco (Perreti-Watel, 2000; Beck, 2001).

Nessa vertente, Le Breton (2009) afirma que o risco é um aspecto inerente à condição humana, como os jovens da pesquisa. Para o autor, a vida cotidiana é multiplicadora de ocasiões de perigo, em razão das escolhas feitas, da distração, do esquecimento, da negligência ou da inépcia dos outros. Paralelamente, existem inúmeras precauções sociais ou pessoais que balizam a vida cotidiana, limitando a vulnerabilidade do sujeito e do coletivo.

Em situações nas quais há possibilidades de escolha, o grupo considera que os jovens, em geral, assumem posturas de risco de forma consciente. Relações sexuais sem preservativo, não ter cuidado com a alimentação e com a prática de exercício físico foram exemplos apresentados.

A representação de que “saber não é fazer” é corrente entre os jovens, pois ter conhecimento do perigo não quer dizer que se vá, necessariamente, afastar-se dele. Isso porque o “fazer” é também experimentar ou viver os perigos no limite máximo suportável. Ressalta-se que nos exemplos citados na narrativa do grupo sobre “maneiras arriscadas de viver” os personagens envolvidos eram sempre outros jovens que não aqueles ali presentes. Constrói-se, portanto, um discurso projetivo (Aiello-Vaisberg, 1995) para explicar certo risco na vida do jovem.

Para o grupo de jovens, que foi subdividido na coleta, quando o sujeito reconhece o perigo mas decide desafiá-lo, significa “tornar-se vulnerável a qualquer coisa”, mesmo acreditando em sua invulnerabilidade. As representações correntes são de que “nada de ruim vai acontecer comigo” e a de que “o jovem precisa correr risco para se sentir vivo”,

provando, para si e para os outros, ser mais forte do que a morte.

Pode-se constatar que o “mal estar da civilização” se revela e é compreendido pelos jovens entrevistados no mesmo sentido apresentado por Le Breton (2000). Para esse autor, condutas de risco de jovens apoiam-se em algum sofrimento pessoal, agudo ou difuso, sendo indicativas de uma desintegração, de ausência de suficiente gosto de viver ou, por vezes, um último esforço do sujeito para que “[...] ao nascer de dentro do sofrimento, alcance um significado de si mesmo e retome o controle da própria vida” (Le Breton, 2009, p. 31). Paralelamente, os jovens não possuem sobre a morte uma visão fatal e irreversível, tendendo a se sentirem especiais, diferentes dos outros, à margem da lei comum. Considerando que a morte não pode atingi-los, eles testam-na, jogam com ela como com um parceiro perigoso, mas susceptível de proporcionar a estima por si mesmos (Le Breton, 2009).

Os jovens entrevistados consideraram o risco como “necessário para que se aprenda a viver”, porque “sem risco, não há vida”, mas coexistindo com seu oposto, como vulnerabilidade e falta de cuidado face aos “perigos da vida”. As DCNT entram nessa linha com ambiguidades, tais como os jovens considerarem os exercícios físicos atividade puramente estética, vendo-os, muitas vezes, pejorativamente, como coisa de “rico”; ou alimentarem-se em *fast foods* mesmo considerando a alimentação perigosa.

Além disso, a representação original dos jovens sobre DCNT está relacionada à idade. Embora considerem que os hábitos sejam incorporados desde cedo, acreditam que os riscos de adoecimento são maiores para as pessoas idosas. Porém, afirmam que entre eles há posturas de descaso com a própria saúde, representadas como “perigo à espreita” que “acabará aparecendo” com o avanço da idade.

Posturas de precaução e prevenção, segundo os grupos, fazem os jovens sentirem-se mais “velhos”, “com a ideia de que a responsabilidade chegou”, colocando-os, por exemplo, como protetores de amigos ou de conhecidos, menos “ajuizados”. Ao mesmo tempo, persistem os desejos de transgressão, ou de viver aventuras ou prazeres sem pensar no amanhã, além do necessário sentimento de pertencimento ao grupo de amigos, o que pode levar a “abusos”, aciden-

tes e adoecimentos que foram raramente lembrados nessa fase da vida.

Para a maioria dos estudiosos (Perreti-Watel, 2000; Beck, 2001; Le Breton, 2009) o significado de risco vai se alterando, ora deixando de lado a ideia de que é resultado de uma paixão singular, de um prazer que inaugura um modo de vida, ora definindo-se como exterior ao sujeito. Assim, a precaução torna-se norma, sendo socialmente aceitas as duas formas.

Em relação às DCNT, os jovens sabem dos riscos, mas não os incluem em suas próprias vidas porque não conseguem subjetivá-los em seus cotidianos, uma vez que não os consideram como possíveis em sua faixa etária e não os relacionam a qualquer característica das chamadas classes sociais. Percebem a sociedade contemporânea como uma sociedade de risco, mas não integram esse saber e não modificam, ainda, as representações mais fortes sobre esse risco. Esse resultado está em acordo com estudos de Beck (2002). O autor afirma que a sociedade sofre rápida modernização, acompanhada de um imaginário social de relativização de diferenças e de barreiras sociais que multiplicam zonas de fragilidades, especialmente entre jovens.

Apesar disso, desde 2000 várias agências mundiais de saúde (HSFC, 1999) apontavam que os modos de vida e comportamentos aumentavam o risco de doenças crônicas. Considerando que as alterações fisiopatológicas, mesmo que permaneçam assintomáticas, devem iniciar-se precocemente é essencial que a prevenção dessas doenças comece desde a infância. Contudo, a maioria dos jovens entrevistados está distante dessa prática porque representam que esse risco não é deles.

Tornar-se adulto é viver contradições de forma (mais ou menos) consciente

Entre os participantes de 31 a 50 anos as análises mostraram que todos conhecem os riscos para DCNT e sabem como preveni-las, tal como o grupo de jovens entre 18 e 30 anos. Ressalta-se que houve a definição de uma forma mais relativizada de risco porque os adultos consideram que, de modo geral, são os jovens que correm maior risco na vida. A representação é de que o risco é uma conduta que coloca o indivíduo

mais próximo da morte ou que facilita a ocorrência de agravos.

A representação central que organiza o pensamento desse grupo, com disparidades entre o desejo e escolhas *versus* “os fatos como se apresentam na realidade da vida”, é a de que “tornar-se adulto é viver contradições de forma mais ou menos consciente”. Para esse grupo suas ações incluem prevenir-se, mas com zonas de incerteza, porque *não há como ficar longe de todo risco tendo uma vida normal*. Como exemplos de “possibilidades que não são necessariamente saudáveis” citam a falta de exercícios físicos, o consumo de bebidas alcoólicas, considerado “natural”, e a alimentação inadequada. Isso porque, na sociedade atual, há um grande apelo nas interações sociais para isso, nessa faixa etária. Justificam-se, afirmando serem situações esporádicas, *por não se querer pensar nisto* e pelo prazer advindo de *certa falta de controle* individual. Porém, o grupo concordou que a consciência dos riscos ocorre efetivamente no transcorrer dessa faixa etária, pois quanto mais jovem menor é o “controle” sobre “os perigos da vida”.

Nessa perspectiva, Castiel e colaboradores (2010) apontam a importância de reconhecer o risco como integrante das nossas subjetividades. Assim, à medida que o risco passa a ser inevitável e precisa ser incorporado ao cotidiano, o indivíduo o traz para dentro de si. Os resultados encontrados apontam para o fato de que a percepção de risco é uma questão de objetivação da subjetividade do sujeito e dos grupos. Porém, o “trazer” o risco existente para dentro de si não é um processo fácil. Os adultos da pesquisa mostram que há um desejo mais ou menos consciente de “continuar fazendo como quando se era jovem”, o que os faz também desafiarem os perigos.

Considerando, como Le Breton (2009), que a representação do risco é produto de aprendizagem sobre os limites percebidos pelo indivíduo e os impostos pela sociedade, verifica-se, nesse grupo, que a percepção de estar em risco se modifica e parece implicar uma mais forte conotação afetiva e intervenção do discurso social e cultural. O medo parece estar menos relacionado à objetividade do risco que ao imaginário produzido e induzido por ele, incluindo-se certo fatalismo em relação ao perigo.

No caso das DCNT, as representações explicitadas nesse sentido foram de que *corre-se risco o tempo todo enquanto se vivee as medidas preventivas são ineficazes se há fator genético predisponente*, o que pode resultar em baixa adesão a modos de vida saudáveis.

Consideram-se, então, pessoas que não abrem mão de certo desafio e querem conservar a representação de invulnerabilidade, mas incluem também as dificuldades de acesso aos bens sociais, como escola, lazer, trabalho, estrutura familiar e aceitação social como aspectos condicionantes de risco em saúde. Nesse sentido, a alimentação foi apontada como o cuidado maior para prevenir as doenças cardiovasculares, sendo considerada na diabetes obrigatória, mas difícil *porque não se pode ter vida social “normal”*. Para esse grupo a subjetividade em torno da alimentação parece “medir forças” com o conhecimento objetivo da necessidade de cuidado em torno dela.

Assim, a percepção do risco remete, profundamente, aos modos de vida, aos valores familiares e coletivos introjetados por cada um, sendo os riscos socialmente construídos, refletindo uma moral em ação e uma visão de mundo que fazem parte também da vida intrapsíquica (Perreti-Watel, 2000), ao mesmo tempo em que há reconhecimento da existência de um mundo externo, com seus riscos objetivos, como afirmam Latour (1993) e Beck (1999).

A representação do risco, apesar de vir do imaginário, não é uma “fantasia” do sujeito, mas sua medida pessoal do perigo, não havendo erro ou deformação no momento da decisão, e sim busca de uma significação própria, que sofre a influência também das trocas sociais. O sofrimento daquele que expõe regularmente sua vida ao perigo, em doses homeopáticas, é menos atribuível a uma situação concreta do que a um mal-estar difuso e estacionário, como identificado no grupo mais jovem e também presente entre os adultos. Essas são posturas consideradas como comportamentos limite, ocorrendo quando o sujeito não ignora o risco, mas declara não poder mudar seu modo de vida (Le Breton, 2009). Assim, termina por modificá-lo quando “se vê confrontado à eminência da morte”, como afirma o grupo dos adultos.

É preciso mudar de vida e saber se cuidar para ficar vivo

Para diminuir os riscos é necessário mudar de vida e saber se cuidar. Essas representações fundamentaram as discussões em torno do risco e das DCNT, no grupo dos maiores de 51 anos, sendo dada maior importância ao ato de modificar os hábitos de vida para prevenir ou controlar as doenças. Paralelamente, estão presentes representações de risco fortemente associadas à fatalidade e ao morrer “desde que se nasce”, além de excessos, representados como maior fonte de risco para a saúde, especialmente os relacionados à alimentação. No entanto, acreditam que “depois de velho” é muito difícil mudar hábitos, tornando-se “uma luta constante”.

Trata-se, nesses casos, segundo Le Breton (2009), de interrogar simbolicamente a morte para saber se vale a pena viver, sendo a resposta mais comum o desejo de continuar vivo mesmo que, às vezes, a vida seja representada como um “peso que se é obrigado a carregar”.

Castiel e colaboradores (2010) alertam sobre esse tipo de ordenação operada pelo discurso de risco no cotidiano das pessoas, focado mais no viver mais do que na reflexão da finalidade do viver. Vaz e colaboradores (2007) dizem, nessa linha, que o risco tornou-se uma forma simplificada e quase moral de dar sentido à vida, pois desvia o indivíduo de questionamentos sobre o que se quer e o que é a vida, apostando no controle para evitar a morte, enquanto o fato de ser mortal é exatamente o que pode levá-lo a construir um sentido positivo para a vida.

Sendo a vivência de doenças crônicas maior nessa faixa etária, as pessoas acima de 50 anos acreditam estarem mais expostas ao risco em situações como “quando o aparelho de aferir a pressão não funciona” ou não se tem adequados hábitos de higiene e condições de moradia. A tuberculose foi o exemplo geral dessa situação. Ao falar de riscos em DCNT, chamou a atenção o fato de que o grupo foi categórico em continuar discutindo a transmissão da doença mesmo sabendo que se tratava de uma forma transmissível, insistindo na obrigação de tratamento pelas pessoas com tuberculose, por serem elas que “passam a doença para os outros”. O medo de doença fundado no terror das antigas epidemias

são representações persistentes, independentemente do conhecimento científico e informações que circulam na mídia, serviços de saúde, famílias etc.

Um modo de vida insalubre, o *stress*, o desconhecimento do estado de saúde foram apontados como sérios riscos para o agravamento das DCNT, enquanto o uso correto de medicamentos e a prática de exercícios físicos representam sua prevenção.

Então, o risco é compreendido de forma mais acentuada pelas pessoas acima de 50 anos como contingência do mundo, inserido em uma trama difusa, ou como responsabilidade individual, diluída em um amplo espectro social (Beck, 2001).

As representações que relacionaram riscos em saúde com acesso aos bens sociais em um país com má distribuição das riquezas foram mais fortes nesse grupo, sem que houvesse um consenso sobre o assunto. Referências tanto à obrigação do Estado em prover com políticas públicas voltadas para as necessidades dos idosos de forma igualitária, como *cada um colhe o que planta* ou *desde cedo, cada um tem que se virar para ter o que precisa*, explicitando-se oposições ancoradas nas diferenças de renda e consumo, sendo que aqueles aparentando ter maior renda eram mais resistentes em aceitar que o outro pudesse ter o mesmo acesso que ele.

Apesar disso, pode-se afirmar, com os resultados desvelados, que há uma reconstrução que se faz sobre si mesmos e sobre os outros em relação ao risco, de acordo com as trajetórias de vida, que deve ser levada em conta para focar riscos em saúde, tanto do ponto de vista da individualidade do sujeito como coletivamente.

Frequentemente modelos centrados em comportamentos fracassam porque buscam convencer sujeitos a modificarem comportamentos considerados prejudiciais ou arriscados à saúde e à vida, acreditando-se que a informação está no centro, quando ela é somente parte de um processo para se reconstruir representações, em meio à subjetividade e uma racionalidade limitada quando se trata de riscos, especialmente de riscos em saúde.

Ressalta-se que a disposição de assumir riscos, de recusá-los ou ignorá-los parece mesmo depender da faixa etária. Essa disposição está inscrita nas experiências acumuladas dos sujeitos, e se relacionam com o imaginário social sobre o que se é permitido

ou proibido para cada faixa. A medida objetiva do risco aparece como uma ficção política e social nutrindo-se de um debate permanente entre os diferentes atores sociais, pois implica consequências econômicas e sociais por vezes consideráveis, sem, contudo, explicitar a implicação da subjetividade de cada um para mediar posturas de mais ou menos solidariedade, mais ou menos cuidado consigo mesmo ou com o outro, ou mais ou menos temor e desafio em face dos riscos reais e imaginários (Le Breton, 2009).

Assim, pode-se afirmar que a adesão a modos de vida saudáveis é uma construção social dependente das representações sobre risco em saúde, compreendidas nas trajetórias de vida porque os sujeitos acumulam uma “bagagem psicossocial”, pelas vivências e interações, que se renova e se reconstrói, sendo as representações expressão dessa bagagem (Freitas, 1998, 2010; Freitas e col., 2008).

Considerações finais

Os resultados apontaram, portanto, que a prevenção das DCNT depende das representações sobre risco, individuais e de grupos sociais, como daquelas por faixa etária. Entende-se que os riscos são parte e estão presentes nas diversas dimensões da existência humana, tanto aquelas de natureza interna ao sujeito como as externas do contexto de vida. Mas há imaginários e subjetividades que contribuem para modos de vida nem sempre saudáveis ou com menores riscos. Ao longo da trajetória do sujeito, as escolhas vão sendo realizadas e moduladas pelos contextos e pelos imponderáveis da vida, fundamentadas nas representações agregadas nesse mesmo percurso. Essas representações concentram as formas de lidar com a saúde, para todas as faixas etárias, dizendo respeito a alguma necessidade de transgressão ou desejo de viver prazeres e aventuras, que perduram mais ou menos ao longo da vida, e à impossibilidade de se pensar em saúde constantemente no cotidiano, o que se opõe, fundamentalmente, ao modelo prescritivo das ações de saúde ainda existentes.

Ao se apropriarem dessas expressões da subjetividade como as representações, as ações e políticas públicas poderão intervir para assegurar integralidade na promoção da saúde. O desvelamento de re-

apresentações permite novas reflexões e escolhas que podem resultar em modos de vida mais saudáveis, sem imposição de normas que não serão seguidas, mas respeitando-se o tempo e o percurso dos sujeitos, grupos e coletividade. Cuidados preventivos para uma vida saudável nem sempre são prioridade para as pessoas, porque podem ser opostos ao que se considera prazer. A culpabilização do sujeito como único responsável por sua saúde e a prescrição de normas “rígidas” por serem científicas, parecem ser mais favoráveis a uma maior transgressão do que ao alcance da autonomia prevista na promoção da saúde como política pública.

Agradecimentos

Aos professores da EEUFMG, Jorge Gustavo Velásquez Meléndez e Deborah Carvalho Malta, respectivamente, coordenador geral do Projeto Vigitel em Belo Horizonte e pesquisadora do referido projeto pelo Ministério da Saúde, por terem contribuído na definição de critérios para o convite aos participantes e na divisão das faixas etárias, bem como pelo apoio à coleta de dados. Aos bolsistas de iniciação científica que, ao exercitarem os primeiros passos para a pesquisa, contribuíram nas discussões de grupo para levantarmos novas questões e objetos de estudo do Projeto Vigitel.

Referências

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 103-127, 1995.

AHA - AMERICAN HEART ASSOCIATION. New guidelines for cardiopulmonary resuscitation. Dallas, 2005.

BARTHES, R. Introdução à análise estrutural das narrativas. In: _____. *A aventura semiológica*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 103-152.

BECK, U. *World risk society*. Cambridge: Polity, 1999.

BECK, U. *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion, 2001.

BECK, U. The terrorist threat: world risk society revisited. *Theory, Culture and Society*, London, v. 19, n. 4, p. 39-55, 2002.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. A sociedade como realidade subjetiva. In: _____. *A construção social da realidade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 173-241.

BLANCHET, A.; GOTMAN G. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis*. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2008b. (Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2010.

BUNCHAFT, A. F.; GONDIM, S. M. G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 63-77, 2004.

CASTIEL, L. D. et al. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. *Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion*. Paris: Nathan, 1997.

- DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. (Org.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FREITAS, E. D; HADDAD, J. P. A; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, J. G. Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.5 p. 1073-1082, 2009.
- FREITAS, M. I. F. *A gestão do segredo na vida de casais diante da soropositividade pelo HIV*. Belo Horizonte: EEUFMG, 1998. Publicação de Relatório Técnico - Divulgação Científica.
- FREITAS, M. I. F. et al. Projeto Pessoas: práticas e representações de pessoas com transtornos mentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a aids e suas formas de prevenção. In: GUIMARÃES, M. D. C. et al. (Org.). *Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 85-108.
- FREITAS, M. I. F. Projeto ATAR: abordagens qualitativas: entrevistas em profundidade: representações de homens sociais de homens infectados pelo HIV acerca da aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar*. Brasília, DF, 2010. p. 157-169.
- GIAMI, A.; VEIL, C. *Des infirmières face au SIDA, représentations et conduites, permanence et changement*. Paris: Inserm, 1994.
- GIAMI, A. Représentations de la sexualité et représentations des partenaires à l'époque du sida. In : BAJOS, N.; BOZON, M.; GIAMI, A. (Org.). *Sexualité et Sida*. Paris: ANRS, 1995. p. 131-142.
- GIAMI, A.; VEIL, C. *O anjo e a fera*. Sexualidade, deficiência mental, instituição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002.
- GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Revista Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002.
- HSFC - HEART AND STROKE FOUNDATION OF CANADA. *The changing face of heart disease and stroke in Canada 2000*. Ottawa, 1999.
- HERZLICH, C. The concept of social representation and its utility in the health care field. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.
- JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.
- LATOUR, B. *We have never been modern*. Cambridge: Harvard University, 1993.
- LE BRETON, D. *Passions du risque*. Paris: Métailié, 2000.
- LE BRETON, D. *Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver*. Campinas: Autores Associados, 2009.
- LIPOVETSKY, G. Sedução, publicidade e pós-modernidade. *Revista FAMECOS*, Porto Alegre, n. 12, p. 7-13, jun. 2000.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.
- MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

MORGAN, D. L. *Focus group as a qualitative research*. 2. ed. London: Sage, 1996. (Qualitative Research Methods Series 16).

MORVAN, J. S. Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations: itinéraire d'un concept et d'un objet de recherche. In: PAICHELER, H. ; MORVAN, J. S. *Représentations et handicaps: vers une clarification des concepts et des méthodes*. Paris: CTNERHI/MIRE, 1990. p. 77-98.

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOURA, E. C. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.11, p. 20-37, 2008. Suplemento 1. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500003>>. Acesso em: 5 fev. 2011.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Vigilância global, prevenção e controle das doenças respiratórias crônicas: uma abordagem integradora*. Lisboa, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2010.

PERRETI-WATEL, P. *Sociologie du risque*. Paris: Armand Colin, 2000.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 8, n. 6, p. 244-254, 2002.

SANTOS, A. C. Changing epidemics. *Arquivos de Medicina*, Porto, v. 20, n. 3, p. 75-77, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So871-34132006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 ago. 2010.

VAZ, P. et al. O fator de risco na mídia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. v. 11, n. 21, p. 145-163, 2007.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ J. G. et al. Mild but not light or severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian women. *The Journal of Nutrition*, Bethesda, v. 141, n. 5, p. 898-902, 2011.

Recebido em: 13/08/2012

Reapresentado em: 01/11/2012

Aprovado em: 13/12/2012