

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LETÍCIA ALVES DE AGUIAR RUBIO

**RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE ACADÊMICA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

UBERLÂNDIA – MG

2019

LETÍCIA ALVES DE AGUIAR RUBIO

**RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE ACADÊMICA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para conclusão do Curso e obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Valéria Nasser Figueiredo

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Patricia Magnabosco

UBERLÂNDIA – MG

2019

LETÍCIA ALVES DE AGUIAR RUBIO

**RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE ACADÊMICA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal
de Uberlândia como requisito parcial para
conclusão do Curso e obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Uberlândia, _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Dedico esse trabalho à minha família, obrigado
por estarem sempre ao meu lado me apoiando e
encorajando nos caminhos que escolhi.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a espiritualidade amiga, pelo amparo e proteção em minha jornada. Aos meus pais, Nilson e Fernanda por me proporcionarem primeiramente a vida, gratidão por se dedicarem na tarefa de pais amorosos, e principalmente por não poupar esforços para minha educação.

Ao meu irmão Heitor, por ser meu grande amigo e companheiro de todos os momentos. Tia Flávia pelo seu grande afeto, exemplos e auxílio. A vovó Helenita, pelos sábios conselhos que foram muito úteis diante dos obstáculos. Ao Valter, meu marido, pela sua paciência, amor e companheirismo, que me apoiou no término dessa etapa. Amo todos vocês do fundo do meu coração.

Em especial a Mayara, minha grande amiga, gratidão por me mostrar que é possível. Minha companheira de todos os dias, sua ajuda foi muito preciosa, indispensável e fundamental neste trabalho. Tenho certeza que um futuro grandioso a aguarda.

Às professoras Dra. Valéria Nasser Figueiredo e Dra. Patrícia Magnabosco, que acreditaram nesse trabalho, pelas orientações e acolhimento que contribuíram para elaboração e finalização deste. E também aos demais Mestres que se dedicaram no propósito de me tornar uma Enfermeira.

À UFU, que me proporcionou vivências que foram cruciais para meu crescimento interior e profissional, momentos que levarei na minha memória e em meu coração. E á todos que participaram mesmo que indiretamente da execução desse trabalho e de minha jornada. Obrigada!

*Temos de nos tornar na
mudança que queremos ver.*
Mahatma Gandhi

RESUMO

Introdução: Considerado um importante problema de saúde pública global, a hipertensão arterial sistêmica representa um fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Assim o rastreamento dos valores pressóricos é considerado uma medida efetiva para diagnósticos precoces. **Objetivos:** Rastrear valores pressóricos entre os discentes, docentes e técnicos administrativos do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem de caráter exploratório de campo, descritivo e transversal, de base populacional. Os participantes foram submetidos a um questionário sociodemográfico e clínico, contendo perguntas sobre doenças cardiovasculares. Avaliados dados antropométricos como peso, altura, circunferências braquial, abdominal, quadril e aferido os níveis pressóricos, seguindo as diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Resultados:** Foram incluídos nesse estudo 298 participantes, predominantemente: do sexo feminino (75%); faixa etária < 25 anos (78%); cor branca (50%); solteiros (84%); sem atividade profissional remunerada (72%); não tabagistas (94%); não etilistas (57%); com estresse (55%); sedentários (53%); que se alimentam em restaurante (59%); fazem refeições diárias entre 4 a 5 (47%); usa o sal (82%) e a não utilização do saleiro à mesa (77%). Os valores médios de PA obtidos nessa pesquisa foram: PAS = 113 ± 11 mmHg e PAD = 69 ± 7 mmHg. Quando comparados grupos com pressão arterial normal e pressão arterial alterada, houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis pressão arterial alta ($p = 0,016$), medicação para controle de pressão arterial ($p = 0,009$) e diabetes ($p = 0,001$). **Conclusão:** O rastreamento dos valores pressóricos deste estudo indicou uma média pressórica com classificação normal. Entretanto foram encontrados prevalência de sedentarismo, obesidade, estresse, uso de sal e de bebida alcoólica, fatores de risco que podem predispor o aparecimento da hipertensão arterial sistêmica. A reversão dos fatores de risco modificáveis pode acarretar a diminuição do desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Programas de Rastreamento, Pressão Arterial, Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

Introduction: Considered an important global public health problem, systemic arterial hypertension represents a risk factor for the development of cardiovascular diseases. Therefore, blood pressure monitoring is considered an effective measure for early diagnosis.

Objectives: To track pressure values among the students, teachers and administrative technicians of the Undergraduate Nursing Course of the Medicine School of Federal University of Uberlândia (FAMED-UFU).

Methodology: This is an exploratory, descriptive and transversal, population-based study. Participants were submitted to a sociodemographic and clinical questionnaire, containing questions about cardiovascular diseases.

Anthropometric data such as weight, height, brachial circumference, abdominal, hip and blood pressure gauges were measured, following the guidelines of Brazilian Hypertension.

Results: 298 participants were included in this study, predominantly: female (75%); age group <25 years (78%); white (50%); single (84%); without remunerated professional activity (72%); non-smokers (94%); non-alcoholic (57%); with stress (55%); sedentary (53%); who eat at a restaurant (59%); who make daily meals between 4 to 5 (47%); uses salt (82%) and non-use of the salt shaker (77%). The average BP values obtained in this study were: SBP = 113 ± 11 mmHg and DBP = 69 ± 7 mmHg. When comparing groups with normal blood pressure and altered blood pressure, there was a statistically significant difference for the variables high blood pressure ($p = 0.016$), medication for blood pressure control ($p = 0.009$) and diabetes ($p = 0.001$).

Conclusion: The blood pressure monitoring of this study indicated a blood pressure average with normal classification. However, the prevalence of sedentary lifestyle, obesity, stress, use of salt and alcoholic beverages, risk factors that may predispose to the appearance of systemic arterial hypertension were found. The reversal of modifiable risk factors may lead to a decrease in the development of systemic arterial hypertension.

Keywords: Mass Screening, Arterial Pressure, Cardiovascular Diseases.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 298 participantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, segundo pressão arterial normal e alterada. Uberlândia, Minas Gerais, 2019.....	20
Tabela 2 – Caracterização hábitos de vida dos 298 participantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, segundo pressão arterial normal e alterada. Uberlândia, Minas Gerais, 2019.....	22
Tabela 3 – Caracterização clínica dos 298 participantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, segundo pressão arterial normal e alterada. Uberlândia, Minas Gerais, 2019.....	24

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

7ª DBHA	7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial
ACC	<i>American College of Cardiology</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DVP	Doença Vascular Periférica
FAMED	Faculdade de Medicina
FC	Frequência Cardíaca
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICC	Insuficiência Cardíaca Crônica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Sistólica
PAS	Pressão Arterial Diastólica
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia.....	43
---	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	45
Apêndice B – Questionário de coleta de dados.....	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específico.....	16
3	METODOLOGIA.....	17
3.1	Tipo de pesquisa.....	17
3.2	Local e população.....	17
3.3	Procedimento de coleta de dados e questões éticas.....	17
3.4	Tamanho amostral.....	17
3.5	Delineamento do estudo.....	18
3.6	Metodologia de análise do estudo de dados.....	19
4	RESULTADOS.....	20
5	DISCUSSÃO.....	27
5.1	Caracterização sociodemográfica	27
5.2	Caracterização hábitos de vida.....	29
5.3	Caracterização clínica.....	31
5.4	Limitação do estudo.....	32
6	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34
	ANEXO I- Parecer de Aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa com	
	Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia.....	43
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	45
	APÊNDICE B- Questionário de Coleta de Dados.....	46

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), foram responsáveis no ano de 2016 por 41 milhões de óbitos no mundo, destes 17,9 milhões foram causados pelas doenças cardiovasculares (DCV). As DCV se destacam como as principais patologias do mundo, devido as taxas elevadas de morbimortalidade (44%), representando assim um dos principais desafios de saúde pública da atualidade (FREIRE A. K. S. et al., 2017; HORTENCIO et al., 2018; WHO, 2018).

O Cardiômetro, indicador de mortalidade cardíaca projetada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), contabilizou em seus registros mais de 1.000 mil óbitos por dia, cerca de 43 por hora, e uma a cada 1,5 minutos (90 segundos). Em 2017 foram estimados cerca de 383.961 mil óbitos no Brasil (SBC, 2017).

Dentre as principais DCV, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), consiste em um relevante problema de saúde pública, por ser considerado fator de risco independente relacionado à DCV e por se configurar em um fator de risco modificável, que ainda assim aumenta progressivamente, apesar do importante avanço no conhecimento da sua fisiopatologia e disponibilidade de métodos efetivos para o seu tratamento.

A HAS representam um influente fator de risco para as DCV e está presente em 69% dos pacientes acometidos com um primeiro infarto agudo do miocárdio (IAM), em 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral (AVC), em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e em 60% dos pacientes com doença arterial periférica (ARONOW, 2012).

A HAS afeta 70 milhões de americanos e 1 bilhão de pessoas em todo o mundo, continua ser o mais comum, facilmente identificável e reversível fator de risco para o IAM, AVC, ICC, fibrilação atrial, dissecção de aorta e doença arterial periférica (BONOW, 2013). Considerado um importante problema de saúde pública global, devido aos altos índices de prevalência da doença; dificuldade de controle; principal fator de risco para morte e mortalidade de cardiopatias; também é responsável por 40% casos de absenteísmo do trabalho e aposentadoria precoce (BRASIL, 1993; SPRITZER, 1996; CAMPBELL et al., 2014; MAGNABOSCO, 2015).

Em contrapartida, cerca da metade dos pacientes com HAS ainda não foi diagnosticada (MACHADO, 2012). Normalmente a HAS só apresenta sintomas quando já se encontra em

fase avançada, devido ao agravamento do quadro, dificultando assim o seu diagnóstico e consequentemente o tratamento adequado (MAGALHÃES et al., 2015).

A pressão arterial (PA) é uma característica quantitativa altamente variável (PARATI et al., 1999). Em estudos populacionais a PA tem distribuição normal com discreto desvio para direita, ocorrendo uma correlação contínua e positiva entre níveis pressóricos e risco de DCV, como AVC, ICC, IAM, doença renal e mortalidade mesmo na faixa de normotensão (CUTLER, 1996). Esta correlação é mais marcante com a pressão arterial sistólica (PAS) do que com a pressão arterial diastólica (PAD). Entretanto, não há nível específico de PA que determine o início das complicações cardiovasculares ou renais, uma vez que, a definição de HAS é arbitrária, mas necessária por razões práticas de diagnóstico e tratamento (LEWINGTON et al., 2002).

O valor pressórico normal da PAS e PAD, respectivamente é menor ou igual a 120 e 80 mmHg. Valores maiores ou iguais a 140 (PAS) e/ou 90 (PAD) mmHg são valores de referência para HAS. O diagnóstico da HAS é feito através da aferição da pressão arterial, quando as médias em duas ou mais aferições da PAS e/ou PAD em duas visitas consecutivas é maior ou igual a 140 mmHg, e/ou maior ou igual a 90 mmHg respectivamente. A HAS isolada ocorre quando a PAS é maior a 140 mmHg e a PAD menor que 90 mmHg (SBC, 2016).

Os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da HAS, tais como: sedentarismo, a obesidade, dieta pouco saudável, colesterol alto, estresse, uso de álcool e tabaco são fatores de risco modificáveis, sobretudo com a adesão de hábitos de vida saudável. Diabetes mellitus, cardiopatias e fatores genéticos, como o histórico familiar de doença cardiovasculares, sexo e idade são fatores não modificáveis (SBC, 2016).

Devido à dificuldade de rastrear valores de PA alterados, a Liga Mundial de Hipertensão (*Hypertension League*), estabeleceu como alta prioridade intensificar as avaliações regulares da PA e fortalecer o encorajamento dos programas de rastreamento da PA, amplamente vinculados ao diagnóstico e ao manejo clínico da HAS. Um comitê internacional foi formado durante os anos de 2013-2014, com o objetivo de contribuir com o desenvolvimento de programas de rastreamento da pressão arterial em todo o mundo (MANGAT et al., 2015).

Nesse sentido, a HAS representa uma epidemia, expondo a necessidade de identificar e implantar políticas públicas voltadas a conscientização da população e redução dessa comorbidade. Tais fatores podem ser verificados em diferentes populações, dentre elas os profissionais de saúde, professores e estudantes universitários.

Em sua rotina o profissional de Enfermagem exerce diversas atividades na equipe de saúde: participar ativamente, colaborar, coordenar, liderar, organizar, gerenciar a assistência,

as unidades de serviço, bem como os seus recursos materiais, físicos e humanos, podendo tais atividades acarretar em desgastes físicos e emocionais (SIMONETTI; KABAYASHI; BIACHI, 2010). Diante da extensa carga horaria destes profissionais e da alta demanda dos usuários, sobretudo aqueles atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), corrobora com a manifestação do desgaste físico e emocional, devido ao aumento das atividades laborais exercidas, se torna nítido a exposição destes profissionais aos fatores de risco para HAS (RODRIGUES; SILVA; CABRAL, 2016).

Estudos comprovaram a associação da HAS e a alta prevalência de fatores de riscos cardiovasculares em professores do ensino superior e estudantes universitários (CORREIA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010; MOREIRA et al., 2011). Estes dados sugerem a necessidade da avaliação e acompanhamento aprofundados do estado de saúde deste público, devido ao importante papel social desenvolvido por eles na comunidade. Desse modo, o rastreamento da PA elevada faz-se necessário para corroborar a elaboração de estratégias e políticas públicas de saúde.

Conforme exposto, o rastreamento dos valores pressóricos é considerado uma medida efetiva para diagnósticos precoces. Assim o projeto de rastreamento surge, não só para detectar níveis elevados de pressão, mas também como proposta de proporcionar hábitos de vida saudáveis e autocuidado em uma comunidade universitária. Não obstante, é um dado epidemiológico importante para definição de estratégias populacionais de promoção de saúde na universidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Rastrear valores pressóricos entre os discentes, docentes e técnicos administrativos do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

2.2 Específicos

- Caracterizar a população do estudo quanto as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e clínicas.
- Verificar se as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e clínicas estão associadas com valores pressóricos elevados.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo é de abordagem de caráter exploratório de campo, descritivo e transversal, de base populacional.

3.2 Local e população

O estudo foi realizado no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019, com docentes, discentes e técnicos administrativos do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMED-UFU. A FAMED constitui uma Unidade Acadêmica no âmbito da Universidade Federal de Uberlândia que tem por objetivo produzir, sistematizar e difundir o conhecimento científico e tecnológico na Área da Saúde para formação de profissionais éticos, autônomos, reflexivos e críticos, habilitados para a aplicação prática, ampliação e aperfeiçoamento dessa formação no ensino, pesquisa, extensão e assistência, visando à melhoria da qualidade de vida em seus múltiplos e diferentes aspectos humanos e sociais. Os critérios de inclusão foram: (i) indivíduos de ambos os sexos que concordaram em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, após claramente entendê-lo; (ii) vinculados a UFU, (iii) com idade igual ou maior 18 anos, (iv) hipertensos diagnosticados e em tratamento foram incluídos. Foram excluídos: os entrevistados que apresentaram déficit cognitivo ou que não quiseram participar por livre escolha.

3.3 Procedimento de coleta de dados e questões éticas

Foram adotados princípios éticos, garantindo a integridade física e emocional, a justiça, o respeito, a privacidade, a autonomia e o bem-estar de todos os participantes de acordo com o que é estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos de pesquisa selecionados para participar da pesquisa foram abordados no local do estudo, onde lhes foram apresentados os objetivos do estudo e em seguida foram convidados a participarem da pesquisa. Aqueles que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia sob o registro: Número do Parecer: 2.451.577 (ANEXO 1).

3.4 Tamanho amostral

O tamanho da amostra foi calculado com base na avaliação da proporção populacional do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMED-UFU. O tamanho amostral total foi estimado em 312 participantes, selecionados através do *Microsoft Excel* utilizando a função = ALEATÓRIOENTRE (n, N), amostragem aleatória dentre 14 técnicos administrativos vinculados a Faculdade de Medicina, 15 docentes vinculados ao Curso de Graduação em Enfermagem, e 283 discentes vinculados ao Curso de Graduação em Enfermagem, com correção para população finita e ajustamento de recusa de 20%, respeitando-se a densidade populacional dessa comunidade acadêmica. O nível de confiança foi fixado em 95% e o erro de delineamento em 0,5 %.

3.5 Delineamento do estudo

Os indivíduos selecionados para participar da pesquisa foram abordados no local do estudo/trabalho, onde lhes foram apresentados os objetivos do estudo e em seguida foram convidados a participarem da pesquisa. Após assinatura do termo o indivíduo iniciou a entrevista primeiramente com questões sociodemográficas, uso de anti-hipertensivos, estilo de vida e existência de doença cardiovascular conforme questionário de coleta de dados (APÊNDICE B). Após a entrevista iniciou-se o processo de medida da pressão arterial. O equipamento usado para a medida da PA foram aparelhos portáteis, semiautomáticos e ou automáticos e manguitos de diferentes tamanhos. O manguito foi colocado de 2 a 3 cm acima da fossa cubital. As verificações da PA foram realizadas com o indivíduo em posição sentada, em repouso por 5 minutos, pés apoiados no chão, pernas descruzadas, bexiga vazia, braço estendido na altura do quarto espaço intercostal, apoiado em superfície plana e sólida e a palma da mão voltada para cima e o braço direito foi o preferido, a fim de evitar falsas leituras.

Todos os participantes foram submetidos a três aferições da PA em repouso, com intervalo de um minuto entre elas, para fins do estudo foi considerado a média dos valores das duas últimas medidas. A classificação da PA foi de acordo com as orientações estabelecidas na 7ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (7ª DBHA) (SBC, 2016). Foram considerados hipertensos participantes com pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg, levando-se em conta a segunda medida de PA, e ou na abordagem onde foi considerado o relato de uso de anti-hipertensivos, mesmo quando a medida da PA se encontrava dentro dos parâmetros normais. Caso detectado durante a medida da PA, alterações nos valores de referências, acima ou abaixo do normal, descritos nas 7ª DBHA, o participante foi imediatamente orientado a procurar serviços de saúde disponíveis no município.

3.6 Metodologia da análise de dados

Todas as informações obtidas durante a coleta de dados de cada campanha foram respectivamente armazenadas no software Microsoft Excel. Posteriormente, os dados foram importados no Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0, onde foram realizadas as análises estatísticas. As variáveis quantitativas: faixa etária, índice de massa corpórea e valores pressóricos foram descritos através de média e desvio padrão. Para análise das variáveis, foram utilizado o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*, com nível de significância de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

Foram incluídos 298 participantes de ambos os sexos, sendo 270 discentes, 14 docentes e 14 técnicos administrativos do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMED-UFU.

Os valores médios de PA obtidos nessa pesquisa foram: PAS = 113±11 mmHg e PAD = 69±7 mmHg.

As variáveis sociodemográficas da população estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 298 participantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, segundo pressão arterial normal e alterada. Uberlândia, Minas Gerais, 2019.

Variáveis sociodemográficas	Pressão Arterial				Total		P
	Alterada		Normal				
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Feminino	3	1,3	222	98,7	225	75,5	0,417
Masculino	2	2,7	71	97,3	73	24,5	
Faixa etária (anos)							
<25	3	1,2	232	98,8	235	78,9	0,364
26-45	-	-	52	52,0	52	17,4	
46-59	2	20,0	8	80,0	10	3,3	
≥ 60	-	-	1	100	1	0,4	
Cor da pele							
Branca	4	2,7	145	97,3	149	50,0	0,453
Parda	-	-	109	100	109	36,6	
Negra	1	2,9	33	97,1	34	11,4	
Amarelo	-	-	4	100	4	1,3	
Outra	-	-	2	100	2	0,7	
Estado civil							
Solteiro	4	1,6	248	98,4	252	84,5	0,784
Casado	1	2,3	43	97,7	44	14,8	
Separado	-	-	2	100	2	0,7	
Trabalho							
Não	2	0,9	215	99,1	217	72,8	0,157
Sim	3	3,7	78	96,3	81	27,2	
Total	5	1,7	293	98,3	298	100	

Fonte: A AUTORA, 2019. * Estatisticamente significante para < 0,05.

Dos 298 participantes, o sexo feminino foi o de maior representatividade comparado com o masculino, respectivamente $n = 225$ (75%) e $n = 73$ (24%).

A média de idade na população total foi de $24 \pm 7,3$ anos, sendo que a faixa etária predominante encontrada foi ≤ 25 anos ($n = 235$; 78%), seguida por 26 a 45 anos ($n = 52$; 17%), 46 a 59 ($n = 10$; 3%) e ≥ 60 anos ($n = 1$; 0,4%).

A cor branca apresentou predominância ($n = 149$; 50%). Também houve predominância no estado civil solteiro ($n = 252$; 84%). Em relação à condição de trabalho, a maior parte não possuía atividade profissional remunerada ($n = 217$; 72%).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas entre os grupos PA normal e alterada ($p > 0,05$).

A Tabela 2 demonstra as variáveis hábitos de vida.

Tabela 2 – Distribuição da variável hábitos de vida dos 298 participantes da comunidade do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, segundo pressão arterial normal e alterada. Uberlândia, Minas Gerais, 2019.

Variáveis hábitos de vida	Pressão Arterial				Total		P
	Alterada		Normal		N	%	
	N	%	N	%			
Tabagismo							
Não	5	1,8	275	98,2	280	94,0	0,568
Sim	-	-	18	100	18	6,0	
Etilismo							
Não	2	1,2	170	98,8	172	57,7	0,848
Sim	3	2,4	123	97,6	126	42,3	
Estresse							
Não	1	0,8	132	99,2	133	44,6	0,265
Sim	4	2,4	161	97,6	165	55,4	
Atividade física							
Não	4	2,5	155	97,5	159	53,4	0,784
Sim	1	0,7	138	99,3	139	46,6	
Local da refeição							
Restaurante	2	1,1	176	98,9	178	59,7	0,380
Residência	3	2,5	117	97,5	120	40,3	
Refeições diárias							
1-3	2	1,5	134	98,5	136	45,6	0,156
4-5	2	1,4	138	98,6	140	47,0	
6-7	1	4,5	21	95,5	22	7,4	
Utilização de sal							
Não	-	-	53	100	53	17,8	0,295
Sim	5	2,0	240	98,0	245	82,2	
Utilização de saleiro							
Não	3	1,3	228	98,7	231	77,5	0,229
Sim	2	3,0	65	97,0	67	22,5	
Total	5	1,7	293	98,3	298	100,0	

Fonte: A AUTORA, 2019. * Estatisticamente significativa para $< 0,05$.

Apenas 6% dos entrevistados relataram ser tabagistas. Entre os 94% não tabagistas, $n = 5$ (1%) apresentaram PA alterada. Não houve diferença entre os grupos tabagistas e não tabagistas quando comparados com PA normal e alterada ($p = 0,568$).

O etilismo foi uma prática observada em 42% dos participantes, dos quais 2% apresentaram PA alterada. Em relação ao estresse, 55% consideraram-se pessoas estressadas, e dentre estes, 2% apresentou PA alterada.

Quanto à prática de atividade física, 53% dos participantes relataram ser sedentários, sendo que, 2% destes, apresentaram PA alterada.

De acordo com “onde faz sua refeição”, 59% relataram que ‘realizam em restaurante’, destes, 1% apresentou a PA alterada. Dentre os 40% que “faz sua própria refeição”, 2% apresentou PA alterada. As quantidades de refeições diárias realizadas pelos participantes foram predominantemente de 4 a 5 refeições/dia ($n = 140$; 47%).

Dos 82% que relataram a utilização do sal como tempero, 2% apresentaram PA alterada. Dentre os 22% que relataram utilização de sal durante as refeições, 3% apresentaram PA alterada.

Não houve diferença estatística entre as variáveis hábitos de vida, quando comparados entre os grupos PA normal e alterada ($p > 0,05$).

As variáveis clínicas dos participantes do estudo encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da variável clínica dos 298 participantes da comunidade do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, segundo pressão arterial normal e alterada. Uberlândia, Minas Gerais, 2019. (continuação)

Variáveis clínicas	Pressão Arterial				Total		P
	Alterada		Normal		N	%	
	N	%	N	%			
IMC**							
≤ 24	3	1,4	208	98,6	211	70,8	0,871
25-29	2	2,9	67	97,1	69	23,2	
≥ 30	-	-	18	100	18	6,0	
Pressão alta							
Não	4	1,4	286	98,6	290	97,3	0,016*
Sim	1	12,5	7	87,5	8	2,7	
Medicação para pressão alta							
Não	4	1,4	287	98,6	291	97,7	0,009*
Sim	1	14,3	6	85,7	7	2,3	
Diabetes							
Não	4	1,4	289	98,6	293	98,3	0,001*
Sim	1	20,0	4	80,0	5	1,7	
Colesterol							
Não	5	1,7	290	98,3	295	99,0	0,820
Sim	-	-	3	100	3	1,0	
AVC**							
Não	5	1,7	293	98,3	298	100,0	-
Sim	-	-	-	-	-	-	
DVP**							
Não	5	1,7	292	98,3	297	99,7	0,896
Sim	-	-	1	100	1	0,3	
ICC**							
Não	5	1,7	293	98,3	298	100,0	-
Sim	-	-	-	-	-	-	
Pneumopatia							
Não	5	1,7	276	98,3	281	94,3	0,580
Sim	-	-	17	100	17	5,7	
Nefropatia							
Não	5	1,7	290	98,3	295	99,0	0,820
Sim	-	-	3	100	3	1,0	
Histórico familiar de pressão alta							
Não	1	0,8	125	99,2	126	42,3	0,491
Sim	4	2,5	168	97,7	172	57,7	

Tabela 3 – Distribuição da variável clínica dos 298 participantes da comunidade do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, segundo pressão arterial normal e alterada. Uberlândia, Minas Gerais, 2019. (conclusão)

Variáveis clínicas	Pressão Arterial				Total		P
	Alterada		Normal		N	%	
	N	%	N	%			
Histórico familiar de DM**							
Não	4	2,1	183	97,9	187	62,8	0,904
Sim	1	0,9	110	99,1	111	37,2	
Histórico familiar de colesterol alto							
Não	3	1,5	199	98,5	202	67,8	0,724
Sim	2	2,1	94	97,9	96	32,2	
Histórico familiar de angina pectoris							
Não	4	1,4	274	98,6	278	93,3	0,890
Sim	1	5,0	19	95,0	20	6,7	
Histórico familiar de infarto							
Não	5	2,0	248	98,0	253	84,9	0,364
Sim	-	-	45	100	45	15,1	
Total	5	1,7	293	98,3	298	100,0	

Fonte: A AUTORA, 2018. * Estatisticamente significativa para $< 0,05$. **IMC = Índice de Massa Corporal; AVC = Acidente Vascular Cerebral; DVP = Doença Vascular Periférica; ICC = Insuficiência Cardíaca Congestiva; DM = Diabetes Mellitus;

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas: IMC, colesterol, AVC, doença vascular periférica (DVP), ICC, nefropatia, pneumopatia, Histórico Familiar de pressão alta, DM, de colesterol alto, de angina pectoris e infarto, quando comparados entre os grupos PA normal e alterada ($p > 0,05$).

O valor médio do IMC foi de $23,40 \pm 3,54$ kg/m². Observamos que nas variáveis: colesterol alto (n= 295; 99%), n= 5 (1%) apresentaram PA alterada; AVC (n= 298; 100%), n= 5 (1%) apresentaram PA alterada; DVP (n= 297; 99%), n= 5 (1%) apresentam PA alterada; ICC (n= 298; 100%), n= 5 (1%) apresentaram PA alterada; pneumopatia (n= 281; 94%), n= 5 (1%) apresentaram PA alterada; nefropatia (n= 295; 99%), n= 5 (1%) apresentaram PA alterada; e entre aqueles que afirmaram ter histórico familiar de: pressão alta (n= 172; 57%), n= 4 (2%) apresentaram PA alterada; DM (n= 111; 37%), n= 1 (0,9%) apresentou PA alterada; colesterol alto (n= 96; 32%), n= 2 (2%) apresentaram PA alterada; angina pectoris (n= 20; 6%), n= 1 (5%) apresentou PA alterada.

Constatou-se diferença estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas: diagnóstico de pressão alta ($p = 0,016$), medicação para controle da PA ($p = 0,009$) e diagnóstico de diabetes ($p = 0,001$), quando comparados entre os grupos pressão arterial normal x pressão arterial alterada.

Em relação à premissa sobre “pressão alta”, dos 97% que responderam não ter o diagnóstico, foi verificado PA alterada em 1%, já entre aqueles que afirmaram (2%) ter o diagnóstico, foi verificado PA alterada em 12%.

Nos resultados encontrados sobre o uso de medicação para pressão alta, dos 97% que afirmaram não fazerem uso, foi verificado PA alterada em 1%, os 2% que afirmaram utilizar a medicação, 14% verificou-se PA alterada.

Os participantes que relataram ter o diagnóstico de DM (1%), 20% apresentou PA alterada, aqueles não diagnosticados com DM (98%), 1% demonstrou PA alterada.

5 DISCUSSÃO

Os valores pressóricos rastreados nesse estudo se enquadraram na classificação normal. Também foi observado as predominâncias: o sexo feminino (75%); faixa etária < 25 anos (78%); cor branca (50%); solteiros (84%); sem atividade profissional remunerada (72%); não tabagista (94%); não etilista (57%); estresse (55%); sedentarismo (53%); alimentação em restaurante (59%); refeições diárias entre 4 a 5 (47%); utilização do sal (82%) e a não utilização do saleiro à mesa (77%). Quando comparado os grupos pressão normal e pressão alterada, observamos diferença estatisticamente significativa para as variáveis: diagnóstico de pressão alta ($p = 0,016$); uso de medicação para controle da pressão arterial ($p = 0,009$); e diagnóstico de DM ($p = 0,001$).

Cabe aqui ressaltar que neste estudo a aferição da pressão arterial foi realizada para fins de rastreamento, e não para caráter de diagnóstico clínico e/ou para avaliação da efetividade do tratamento.

5.1 Caracterização sociodemográfica

No Brasil a 7ª DBHA definiu HAS pela elevação sustentada da PA ≥ 140 e/ou 90 mmHg (SBC, 2016). Já na recente atualização do *Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high pressure in adults*, o American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) reduziu o valor de corte para classificar a HAS, admitindo um valor a partir de 130 e/ou 80 mmHg (WHELTON et al., 2017). Neste estudo, foi considerado a classificação estabelecida pela 7ª DBHA (SBC, 2016r). Os valores de PA aqui rastreados concentraram em sua grande maioria (98%) em níveis pressóricos normais (≤ 140 e ≤ 90 mmHg). Apesar de os valores pressóricos serem utilizados para detectar e classificar DCV o estudo de Lewes e col. (2008), evidenciou a ocorrência de 50% de casos de DCV entre PAS inferior a 145 mmHg, porém carece de estudos recentes, demonstrando a necessidade de aperfeiçoar e ampliar as produções técnico-científicas nesse campo de conhecimento.

Nesta pesquisa observamos uma prevalência do sexo feminino quando comparado ao sexo masculino. Pesquisas (SOUSA et al., 2015; ZANGI/ROLANI et al., 2018) de amostragem semelhante à desse estudo, também apresentaram prevalência do sexo feminino. Apesar da presente pesquisa não concluir elevação dos níveis pressóricos, a HAS é mais presente em mulheres do que homens devido ao período antes do climatério, no qual os hormônios ovarianos exercem efeito protetor para risco cardiovascular nas mulheres, no entanto após a menopausa

este risco torna-se elevado, sobretudo entre mulheres com idade superior a 50 anos (MAGALHÃES et al., 2015; MELO et al. 2018). Outros dados que comprovam a maior prevalência de HAS nas mulheres é pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, comprovam que na população acima de 18 anos a incidência de mulheres (26,4%) com HAS autorreferida foi maior ao ser comparada ao sexo masculino (21,7%) (BRASIL, 2018).

O trabalho de Sousa et al. (2015) que estudou a alterações dos níveis pressóricos entre universitários evidenciou resultados similares aos deste presente estudo. No presente estudo, em relação a idade, a faixa etária predominante foi de ≤ 25 anos, tendo em vista que grande parte desta amostra foi composta majoritariamente por universitários. Sabe-se que a frequência de HAS varia direta e linearmente em relação a idade, com prevalência superior a 60% na população > 65 anos (MAGALHÃES et al., 2015; SBC, 2016). Um inquérito realizado com 957 indivíduos, constatou aumento de diagnóstico de HAS em função da idade, sendo dez vezes maior na faixa etária de 50 a 59 anos, comparada com a de 20 a 29 anos (ZANGIROLANI et al., 2018). Resultados semelhantes foram encontrados em nosso estudo, no qual participantes com faixa etária entre 49 e 59 anos apresentaram PA alterada (20%).

No que diz respeito à cor autorreferida, a cor da pele branca foi a predominante, assim como nos achados de Magnabosco et al. (2017), e se contrapôs aos de Zangirolani et al. (2018), no qual a cor da pele preta foi a de maior predominância. Embora estudos apontam a prevalência entre a cor da pele negra com as altas taxas de morbimortalidade relacionada a HAS e DCV, ainda não existe um consenso na literatura (HOLANDA DA CUNHA et al., 2018; LIMA, 2018), uma vez que a complexidade dessa associação se traduz no fato de que fatores genéticos e socioeconômicos podem influenciar negativamente ou positivamente na adoção de hábitos de vida saudável (DUBOWITZ et al., 2011; ANDRADE et al., 2015). Neste estudo, mesmo a população negra sendo reduzida (11%), estes apresentaram níveis pressóricos alterados (2%).

O estado civil solteiro foi predominante nesse estudo, assim como pesquisas de (SOUSA et al., 2015; BRITO; GORDIA; QUADROS, 2016) com perfil semelhante da população representada nessa amostra.

A maior parte da amostra desta pesquisa relatou condição inativa de trabalho, semelhante aos resultados de Sousa et al. (2015). Uma hipótese sobre esse fator, justifica-se pelo fato de que a parte discente que compõem este estudo, além de ser representativa, também são graduandos de curso em horário integral, o que dificultaria a conciliação de trabalho e estudos.

5.2 Caracterização hábitos de vida

Quanto aos dados referentes aos hábitos de vida foram analisadas a associação da PA (normal x alterada) com as seguintes variáveis: tabagismo, etilismo, estresse, atividade física, local de refeição, refeições diárias, utilização de sal e de saleiro, que embora não tenham expressado diferença estatisticamente significativa neste estudo, ainda assim se configuram em importantes fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e demais DCV.

Sabe-se que o tabagismo é um fator de risco considerável para a DVP, assim como para o aumento da PA e da frequência cardíaca (FC), devido a ação da nicotina sobre o vaso sanguíneo, causando uma vasoconstrição (BENOWITZ et al., 1982; PRICE et al., 1999). Pesquisas identificaram que a relação do tabagismo e a PA se configura em um risco a saúde cardiovascular, sobre tudo a mortalidade por DCNT. (JOURNATH et al., 2005; IKEDA et al., 2012), e o cessamento do hábito gera benefícios imediatos e de longo prazo a saúde (OPAS, 2018). Porém quando comparados os dados acima com os dados coletados deste estudo, houve divergências, pois participantes que se autorelatarem tabagistas não apresentaram PA alterada. A justificativa pode estar relacionada com a frequência e quantidade do uso do tabaco, uma vez que a maioria dos participantes (94%) relataram não fazer o uso.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas, está associado ao aumento da PA (MUSSI et al., 2018). No estudo de Luo et al. (2013), constatou-se que consumo de álcool aumentou significativamente o risco de elevação da PA. Concluiu-se no estudo de Wakabayashi e Araki (2010), que a PA foi consideravelmente afetada pelo abuso de álcool. Observamos neste estudo que alguns participantes que afirmaram consumir bebidas alcoólicas, apresentaram PA alterada (2%).

Participantes que se autorrelatarem estressados, apresentaram níveis pressóricos alterados. Esse evento se justifica devido aos fatores relacionados ao estresse serem a principal condição ambiental/psicossocial que contribui para valores pressóricos elevados (JEAN et al., 2003). Diante disso o sistema nervoso autônomo pode favorecer crises hipertensivas, quando exposto ao estresse repetitivo (KAPLAN, 1997). Variações na pressão arterial em virtude do estresse psicológico também foram verificadas na pesquisa de Sheffield et al. (1997), que foi realizada na Inglaterra.

O estilo de vida sedentário é um problema de saúde pública, devido a sua associação a várias comorbidades (AZIZ, 2014). Em nosso estudo, a amostra predominante foi de sedentários, e alguns destes, apresentaram PA alterada. De acordo com a WHO (2010), a prática de atividade física regular é uma forma de prevenção e controle de HAS, reduzindo riscos

cardiovasculares. Uma meta-análise randomizada, comprovou que a regularidade do exercício aeróbico reduz PAS e PAD em repouso, respectivamente em 3,0 e 2,4 mmHg (CORNELISSEN e FAGARD, 2005), contudo necessita-se de estudos atuais na área. Segundo Medina et al. (2010), a atividade regular auxilia na prevenção e no tratamento da HAS e reduz o risco cardiovascular e mortalidade.

Segundo a frequência das refeições diárias, neste estudo observamos predominância em realizar de 4 a 5 refeições por dia, resultado similar ao estudo realizado com docentes de uma universidade pública de Silva e Souza (2004), onde foi evidenciado que 39% faz 4 refeições por dia, e o significativo não é a quantidade de refeições, e sim a qualidade destas. E sobre as refeições realizadas fora de casa, 59% dos participantes deste presente estudo autorelataram realiza-la em restaurante, e Mariath et al. (2007) afirma que estas refeições normalmente dispõem de grandes quantidades de sal, calorias, colesterol e gorduras. Contudo, ainda é necessário estudos na área para correlacionar diretamente o aumento pressórico com a alimentação em restaurantes.

A ingesta desregulada de sal, tem sido associada elevação da PA, além de ser um fator determinante na HAS e DCV (MALTA et al., 2013; SBC, 2016). Sobre a utilização do saleiro à mesa, um estudo de Stamler et al. (1989) denominado INTERSALT, constatou a relação direta entre o consumo de sal e a elevação da PA, ou seja, populações com ingesta de sal reduzida mantém os níveis pressóricos em normalidade, e aqueles que ingerem sal habitualmente resultam em aumento dos níveis pressóricos. Neste estudo, apesar de delineamento não experimental, observamos que participantes que relataram não consumir sal, não apresentaram níveis pressóricos alterados, e aqueles que relataram utilizar o saleiro durante as refeições apresentaram níveis pressóricos alterados.

Segundo o estudo de Yusuf et al. (2004), denominado INTERHEAT, as associações dos fatores de risco cardiovasculares foram observadas tanto em homens e mulheres, e jovens em todas as regiões do mundo. Podemos observar neste estudo que participantes com fatores de risco modificáveis (sedentarismo, a obesidade, dieta pouco saudável, estresse, uso de álcool) apresentaram PA alterada. Devido a isso, a mudança do estilo de vida, pode reverter os fatores de risco modificáveis, evitando a instalação de DCV. Além disso, o controle dos fatores de risco, reflete em um ganho potencial a saúde da população. E a população só será atingida a partir estratégias bem estruturadas de prevenção e promoção da saúde (IKEDA et al., 2012; SBC, 2016).

5.3 Caracterização clínica

Nesta categoria foram analisadas a associação da PA (normal x alterada) com as seguintes variáveis: IMC, diagnóstico de PA alta, medicação para PA, DM, colesterol, AVC, DVP, ICC, pneumopatia, nefropatia e histórico familiar de: PA, DM, colesterol alto, angina pectoris e infarto. Foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes nas variáveis autorreferidas de diagnóstico de PA alta, uso de medicação para controle da PA, e diagnóstico de DM.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida utilizada para avaliar o estado nutricional. A classificação de baixo peso é $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, normal de $18,5$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso de $25,0$ a $29,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade I de $30,0$ a $34,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade II de $35,0$ a $39,9 \text{ kg/m}^2$, e obesidade extrema $> 39,9 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 1997). Deve-se destacar que essa classificação apresenta limitações quando correlacionado com a estatura, massa de gordura livre e proporcionalidade corporal (GARN et al., 1986). Em nosso estudo a PA alterada foi predominante em sobrepeso, o que pode ser justificada pelo estudo de Guimarães et al. (2008), que revelou uma significativa associação entre o aumento do peso e concentração de gordura abdominal com a elevação da pressão arterial.

Níveis pressóricos similares aos nossos, foram encontrados nos estudos de Sousa et al. (2015) e Mukhtiar et al. (2015), no qual os níveis pressóricos acima dos considerados ideais (≤ 140 e $\leq 90 \text{ mmHg}$) no público universitário. Quando analisados os fatores de risco presentes entre os universitários, uma pesquisa realizada na Cisjordânia, concluiu que o fator prevalente é obesidade e sobrepeso, seguido por sedentarismo e história familiar (YASIN et al., 2012).

O tratamento farmacológico tem por objetivo reduzir os níveis pressóricos elevados, para níveis pressóricos normais (≤ 140 e $\leq 90 \text{ mmHg}$) (KOHLMANN et al., 1999). Embora os participantes do presente estudo afirmaram utilizar de tratamento farmacológico para controle dos níveis pressóricos, estes mantiveram PA elevada. E o estudo de Gus et al. (2004), justifica nossos achados, afirmando que de 40,5% dos hipertensos em tratamento, apenas 10,4% destes apresentam pressão controlada.

O presente estudo afirma que participantes com diagnóstico de DM, apresenta níveis pressóricos mais elevados, quando comparados com aqueles que não tem o diagnóstico. Achado semelhante no estudo de Paula et al. (2013), que concluiu que pacientes com diagnóstico de DM, a HAS é duas vezes mais frequente, sendo ainda a DM um dos fatores de risco importante na determinação de doença arterial coronariana, e a presença dessa patologia é considerada fator de risco semelhante ao infarto, ou seja, mesmo na ausência de qualquer

manifestação cardiovascular, o indivíduo diabético ainda é classificado como alto risco cardiovascular.

Neste estudo em relação ao colesterol, AVC, DVP, ICC e nefropatia, houve divergência com a literatura quando correlacionada com a PA alterada. Pois grande parte dos estudos afirmam essa correlação, sendo ela direta e/ou indireta.

No que tange a pneumopatia associada ao aumento da PA, nota-se a escassez de dados na literatura, pontuando desse modo à necessidade de aperfeiçoar e ampliar as produções técnico-científicas nesse campo de conhecimento.

O histórico familiar está relacionado com a genética, que por sua vez, aumenta as probabilidades de desenvolver estas doenças hereditárias. De acordo o autorelato de histórico familiar de DCNT e/ou DCV (PA alta, DM, angina pectoris e infarto) 57% afirma ter algum familiar com pressão alta e 37% de familiar com DM. Sabe-se que a HAS prematura na família compõe um fator de risco não modificável (SBC, 2016). Com isso é de suma importância a identificação precoce dos fatores de risco, sobretudo atentar-se para os antecedentes familiares e pessoais ligados HAS.

5.4 Limitação do estudo

Segundo os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2018), o público mais afetado pela HAS é a população idosa (60%) (BRASIL, 2019). No presente estudo observamos predominância da população jovem, sendo esta uma limitação desse estudo, devido não ser a população que apresenta predominância da HAS.

6 CONCLUSÃO

O rastreamento dos valores pressóricos deste estudo indicou uma média pressórica de classificação normal. Foi observado apenas 5 participantes (1%), que manifestaram níveis pressóricos elevados.

A amostra foi composta majoritariamente pelo sexo feminino, faixa etária ≤ 25 anos, cor da pele autorreferida branca, estado civil solteiro e condição inativa de trabalho. Quanto aos hábitos de vida, foram evidenciados fatores modificáveis que contribuem para alterar os níveis pressóricos, fatais como o estresse, sedentarismo, refeições realizadas em restaurante e ingestão de sal. Relativo aos fatores não modificáveis, foi expressivo o histórico familiar com pressão alta.

As variáveis clínicas quando comparado pressão normal x pressão alterada, revelou diferença estatisticamente significativa para: diagnóstico de PA elevada ($p = 0,016$), utilização de medicação para controle de PA ($p = 0,009$) e diagnóstico de DM ($p = 0,001$).

Como já dito anteriormente os fatores de risco estão presentes em todas as regiões do mundo, independente da idade e do sexo. A mudança do estilo de vida, pode reverter os fatores de risco modificáveis, gerando ganho a saúde e evitando a instalação de DCV. Portanto faz-se necessário que órgãos destinados ao bem-estar da comunidade acadêmica implemente ações e estratégias com objetivo de reduzir a prevalências dos fatores de risco modificáveis entre essa comunidade, consequentemente reduzindo a prevalência da HAS.

Diante deste pressuposto, esperamos que os resultados do nosso estudo possam subsidiar o planejamento de estratégias e abordagens para a promoção, prevenção e proteção a saúde do público universitário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, [S.I.], v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>. Acesso em: 13 jun. 2019.

ARONOW, W.S.; Treatment of systemic hypertension. **American Journal of Cardiovascular Disease**, [S.I.], v. 2, n. 3, p. 160-70, 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3427981/>. Access on: 12 feb. 2019

AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, [S.I.], v. 21, n. 2, p. 75-82, 2014. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881411/rbh-v21n2_75-82.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

BENOWITZ, N. L. et al. Interindividual variability in the metabolism and cardiovascular effects of nicotine in man. **Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, [S.I.], v. 221, n. 2, p. 368-72, 1982. Available from: <http://jpet.aspetjournals.org/content/221/2/368.long>. Access on: 14 june 2019

BONOW, R. O. et al. **Braunwald, Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 9. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle da Hipertensão Arterial: Uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDCV/Nunetes, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>. Acesso em: 21 jun. 2019

BRITO, J. Q.; GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B. Estilo de vida de estudantes universitários: estudo de acompanhamento durante os dois primeiros anos do curso de graduação. **Revista Medicina USP**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 4, p. 293-302, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i4p293-302>. Acesso em: 13 jun. 2019.

CAMPBELL, N.R.C., et al. Policy Statement of the World Hypertension League on Noninvasive Blood Pressure Measurement Devices and Blood Pressure Measurement in the Clinical or Community Setting. **The Journal of Clinical Hypertension**, [S.I.], v. 16, n. 5, 2014, p. 320-322. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jch.12336>. Access on: 12 feb. 2019

CORNELISSEN, V.A. N.; FAGARD, T. H. E. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms and cardiovascular risk factors. **Hypertension**, [S.I.], v. 46, n. 4, p. 667-75, 2005. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16157788>. Access on: 14 June 2019

CORREIA, B. R.; CAVALCANTE, E.; SANTOS, E. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, [S.I.], v. 8, n. 1, p. , 2010; 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=538840&indexSearch=ID>. Acesso em: 28 mar. 2019.

CUTLER, J.A., High blood pressure and end-organ damage. **Journal Hypertension Supplement**, [S.I.], v. 16, n. 6, p. 3-6, 1996. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9023707>. Access on: 12 feb. 2019

DUBOWITZ, T. et al. Racial/ethnic differences in US health behaviors: a decomposition analysis. **American Journal Health Behavior**, [S.I.], v. 35, n. 3, p. 290-304, 2011. Available

from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160170/pdf/nihms201737.pdf>. Access on: 13 june 2019.

FREIRE, A. K. S. et al. Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [S.I.], v. 11, n. 9, p. 22-44, 2017. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/776>. Acesso em: 12 fev. 2019.

GARN, S. M.; LEONARD, W. R.; HAWTHORNE, V. M. Three limitations of the body mass index. The **American Journal of Clinical Nutrition**, [S.I.], v. 44, n. 6, p. 996-7, 1986. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3788846>. Access on: 14 june 2019.

GUIMARÃES, C. B. et al. Blood Pressure: Effect of Body Mass Index and of Waist Circumference on Adolescents. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.I.], v. 90, n. 6, p. 429-33, 2008. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n6/a07v90n6.pdf>. Access on: june 2019.

GUS, I. et al. Prevalence, Awareness, and Control of Systemic Arterial Hypertension in the State of Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.I.], v. 82, n. 5, p. 429-33, 2004. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15543362>. Access on: 15 june 2019

HORTENCIO, M. N. S. et al. Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-9, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6631>. Acesso em: 13 fev. 2019.

IKEDA, N. et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. **PLoS Medicine**, [S.I.], v. 9, n. 1, 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22291576>. Access on: 14 june 2019

JEAN, P. F. et al. Neither perceived job estresse nor individual cardiovascular reactivity predict high blood pressure. **Hypertension**, [S.I.], v. 42, n. 6, p. 1112-5, 2003. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14597647>. Access on: 13 june 2019

JOURNATH, G. et al. Hypertensive smokers have a worse cardiovascular risk profile than non-smokers in spite of treatment--a national study in Sweden. **Blood Pressure**, [S.I.], v. 14, n. 3, p. 144-50, 2005. Available from: <https://doi.org/10.1080/08037050510034220>. Access on: 14 june 2019

KAPLAN, N. M. **Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis**. In: Braunwald E, editor. Heart Disease. Philadelphia: WB Saunders; Cardiovascular Medicine, 1997, p. 807-39.

KOHLMANN O. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-86, Aug. 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27301999000400004>. Acesso em: 15 jun. 2019.

LAWES, C. M.; VANDER, H. S.; RODGERS, A. Global burden of blood-pressure-related disease. **Lancet**, [S.I.], v. 371, n. 9623, p. 1513-18, 2008. Available from: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60655-8](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60655-8). Access on: 13 june 2019.

LEWINGTON, S., et al., Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, [S.I.], v. 360, n. 9349, p. 1903-13, 2002. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12493255>. Access on: 12 feb. 2019

LIMA, M. D. F. **Qualidade de vida relacionada à saúde no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca**. 2019. 92 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Uberlândia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/25403>. Acesso em: 13 jun. 2019.

LUO, W.; GUO, Z.; HAO, C.; YAO, X.; ZHOU, Z.; WU, M. et al. Interaction of current alcohol consumption and abdominal obesity on hypertension risk. **Physiology Behavior**, [S.I.], v. 122,

p. 182-6, 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23092555>. Access on: 13 june 2019

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; 3, LOBÃO, W. M. Concepções de hipertensos sobre os fatores de risco para uma doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1365-1374, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n5/1365-1374/pt>. Acesso em: 12 fev. 2019.

MAGALHÃES, C. C. et al. **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3. ed. Manole: São Paulo, 2015.

MAGNABOSCO, P. Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de Sacramento/MG: prevalência e não adesão ao tratamento medicamentoso. **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP**, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-29052015-193755/pt-br.php>. Acesso em: 13 fev. 2019.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/epidemiologia_servicos_saude_volume21_n3.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019

MALTA, D.C.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 jun. 2019

MANGAT, B. K., et al. Resources for Blood Pressure Screening Programs in Low Resource Settings: A Guide From the World Hypertension League. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 17, n. 6, p. 418-420, 2015. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jch.12499>. Access on: 14 june 2019

MARIATH, A. B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de Unidade de Alimentação e Nutrição. **Caderno de Saúde Pública**. v. 23, n. 4, p. 897-905, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400017. Acesso em: 14 jun. 2019

MEDINA, F. L. et al. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 2, p. 103-106, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/10-atividade.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019

MELO, J. B. Fatores de risco cardiovasculares em mulheres climatéricas com doença arterial, 2018. **International Journal of Cardiovascular Sciences**., v. 31, n. 1, p. 4-11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n1/pt_2359-4802-ijcs-20170056.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

MOREIRA, O. C. et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, [S.I.], v. 25, n. 3, p. 395-404, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-55092011000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 mar. 2019.

MUKHTIAR, B. et al. Prevalence of obesity and hypertension among University students and their knowledge and attitude towards risk factors of Cardiovascular Disease (CVD) in Jeddah, Saudi Arabia. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, [S.I.], v. 32, n. 4, p. 816-20, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590388/>. Access on: 15 june 2019.

MUSSI, F.C. et al. Consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, n. 1, 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c867/8d251599aa4c5917b58a2c24a195f612a1fe.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa – Tabaco**, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097. Acesso em: 14 jun. 2019.

PAULA, E. A. et al. Avaliação de risco cardiovascular em hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.I.], v. 21, n. 3, p. 8telas, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0820.pdf. Acesso em: 13 de jun. 2019

PARATI, G. et al. Cardiovascular regulation and analysis of blood pressure-heart rate variability interactions. **Fundamental & Clinical Pharmacology**, [S.I.], v. 13, n. 1, p. 11-5, 1999. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1472-8206.1999.tb00315.x>. Access on: 12 feb. 2019

PRICE, J. F. et al. Relationship between smoking and cardiovascular risk factors in the development of peripheral arterial disease and coronary artery disease: Edinburgh Artery study. **European Heart Journal**, [S.I.], v. 20, n. 5, p. 344-53, 1999. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10206381>. Access on: 14 june 2019

RODRIGUES, C.; Silva, J. P.; Cabral, C. V. S. Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem. **Revista Interdisciplinar**, [S.I.], v. 9, n. 2, p. 117-26, 2016. Disponível em: Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771898>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 6, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/abc.20160140>. Acesso em: 13 de jun. 2019.

_____. **Cardiômetro:** mortes por doenças cardiovasculares no Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SHEFFIELD, D. et al. The effects of blood pressure resting level and labiality on cardiovascular reactions to laboratory stress. **International Journal of Psychophysiology**, [S.I.], v. 27, n. 2, p. 79-86, 1997. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=SHEFFIELD%2C+D.%3B+SMITH%2C+G.D.%3B+CARROLL%2C+D.%3B+SHIPLEY%2C+M.%3B+MARMOT%2C+M.G.+The+effects+of+blood+pressure+resting+level+and+labiality+on+cardiovascu>. Access on: 13 june 2019

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.I.], v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/838/988>. Acesso em: 13 jun. 2019.

SIMONETTI, S. H.; KOBAYASHI R.M.; BIANCHI E.R.F. Identificação dos agravos à saúde do trabalhador de enfermagem em hospital cardiológico. **Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 7, n. 41, p. 135-39, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/47296986_Identificacao_dos_agravos_a_saude_do_trabalhador_de_enfermagem_em_hospital_cardiologico. Acesso em: 12 fev. 2019.

SOUZA, L. S. N. et al. Alteração dos níveis de pressão arterial em universitários. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1087-93, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003730014>. Acesso em: 13 jun. 2019.

SOUZA, et al. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 102, n. 6, p. 571-8, 2019. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2014/10206/pdf/10206007.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SPRITZER N. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Medicina**, [S.I.], v. 29, n. 2/3, p. 199-213, 1996. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/740>. Acesso em: 12 fev. 2019.

STAMLER J et al. INTERSALT study findings. Public health and medical care implications. **Hypertension**, [S.I.], v. 14, n. 5, p. 570-7, 1989. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2807518>. Access on: 14 June 2019

WAKABAYASHI, I.; ARALI, Y. Influences of gender and age on relationships between alcohol drinking and atherosclerotic risk factors. **Alcoholism Clinical & Experimental Research**, [S.I.], v. 34, n. 1, p. 54-60, 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18986376><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18986376>. Access on: 14 June 2019

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1997. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 14 Jun. 2019.

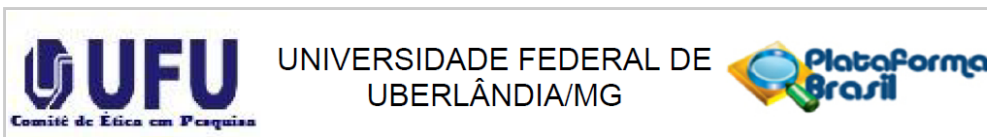
_____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/. Acesso em: 13 Jun. 2019.

_____. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, Geneva, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

YASIN, I. et al. Prevalence and risk factors of obesity and hypertension among students at a central university in the West Bank. **Libyan Journal of Medicine**, [S.I.], v.7, n.1, p. 1- 5, 2012. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ljm.v7i0.19222>. Access on: 14 June 2019.

YUSUF, S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet**, London, v. 364, p. 937-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364185>. Access on: 13 June 2019

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rastreamento da pressão arterial em uma unidade acadêmica da UFU

Pesquisador: Valéria Nasser Figueiredo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76727017.9.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.451.577

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.319.478, de 06 de Outubro de 2017.

De acordo com o protocolo:

"O tipo do presente estudo é de abordagem de caráter exploratório de campo, descritivo e transversal. O estudo utilizará dos meios da pesquisa quantitativa para analisar a prevalência de hipertensão arterial. [...]O estudo será realizado com a comunidade acadêmica (docentes, técnicos administrativos e discentes) da FAMED-UFU".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

"Rastrear valores pressóricos elevados entre uma comunidade de docentes, técnicos administrativos e graduandos da Faculdade de Medicina da UFU".

Objetivos secundários:

- Caracterizar e relacionar a população do estudo quanto as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas.
- Verificar se as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas estão associadas com valores pressóricos elevados.
- Identificar e encaminhar os participantes na busca de controle pressórico e como prevenir

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.451.577

UBERLÂNDIA, 20 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

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

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Rastreamento da Pressão Arterial em uma unidade acadêmica da UFU”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Valéria Nasser Figueiredo, Patrícia Magnabosco, Letícia Alves de Aguiar. Nesta pesquisa nós estamos buscando analisar o nível de pressão arterial em voluntários participantes, na sua participação você será avaliado o seu peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial. Você também responderá a uma entrevista onde responderá a um questionário socioeconômico e clínico, sobre doenças cardiovasculares. Considerando a realização do estudo, durante o processo, há o risco de vazamento das informações coletadas e risco de identificação dos participantes, no entanto, mesmo considerando o possível risco, a equipe executora se compromete a adotar todas as ações necessárias para preservar o seu anonimato, garantindo a sua privacidade, ou seja, não iremos colocar o seu nome no instrumento de coleta de dados e assim que os resultados da pesquisa forem publicados em revista científica, a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos consistem em demanda de um tempo dos participantes na sua produção diária para essa atividade, em detrimento de alguma outra atividade do cotidiano. Tal procedimento não aplicará nenhum dano à saúde por ser apenas uma medida indireta da PA sendo um método não invasivo. Caso o observador/ docente detectar, durante a medida da PA, alterações nos valores de referências, acima ou abaixo do normal, serei imediatamente orientado a procurar serviços de saúde disponíveis no município. Os benefícios esperados por participar neste estudo são de identificar, através dos valores da pressão arterial, a necessidade de orientação verbal para o controle e modificação de hábitos de vida saudáveis para prevenção de futuras doenças. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Valéria Nasser Figueiredo, Patrícia Costa dos Santos da Silva, Patrícia Magnabosco, Letícia Alves de Aguiar pelo telefone: (0xx34) 32182852, endereço: Campus Umuarama - Bloco 2U – sala 21, Av. Pará, 1720 - Bairro Umuarama, Uberlândia - MG - CEP 38400-902. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

I - Dados Sociodemográficos				
Questionário nº: _____			Data: ____/____/____	
Iniciais do nome: _____			Data de nasc.: ____/____/____ Sexo: 1-() masculino 2-() feminino	
Naturalidade: _____			Procedência: _____	
Local de residência: 1-() Zona rural 2-() Zona urbana				
Condição sanitária: 0-() Não 1-() Sim				
Cor autorreferida: 1-() Branco 2-() Pardo 3-() Negro 4-() Amarelo 5-() Outra				
Estado Civil: 1-() Solteiro 2-() Casado 3-() Divorciado 4-() Viúvo				
Religião: 1-() Católica 2-() Evangélico 3-() Espírita 4-() Não possui 5-() Não acredita em Deus 6-() Outra				
Escolaridade: _____ anos de estudo				
Trabalho: 0-() Não 1-() Sim 3-() Aposentado				
Modalidade de acesso a UFU: 1-() modalidade 1 2-() modalidade 2 3-() modalidade 3 4-() modalidade 4 5-() modalidade 5 6-() não se aplica				
Renda familiar: _____ R\$ 0-() Não sabe 1-() Prefere não dizer				
Nº de pessoas na casa: _____				
Dados Antropométricos				
Peso: _____ kg		Altura: _____ m		IMC: _____ kg/m ²
Circunferência braquial: _____ cm 1-() Direita 2-() Esquerda				
Circunferência da cintura: _____ cm Circunferência do quadril: _____ cm				
Tamanho do manguito: 1-() Pequeno 2-() Médio 3-() Grande				
Valores PA				
Membro	Leitura	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)	FC (bpm)
	1 ^a			
	2 ^a			
	3 ^a			

II – Antecedentes Pessoais
PRESSÃO ALTA
1- Sr. (a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim
2- Está tomando algum medicamento para pressão? (0) Não (1) Sim () Não se aplica
3- Quem prescreveu/indicou o medicamento? (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Amigos (4) Parentes (5) Por conta própria (6) Outros
4- Sr. (a) considera que pressão alta tem cura? (0) Não (1) Sim (2) Não sei
DIABETES
5- Sr. (a) tem diabetes mellitus? (0) Não (1) Sim
6- Está tomando algum medicamento para diabetes? (0) Não (1) Sim () Não se aplica
7- Quem prescreveu/indicou o medicamento? (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Amigos (4) Parentes (5) Por conta própria (6) Outros
8- Sr. (a) considera que diabetes tem cura? (0) Não (1) Sim (2) Não sei
COLESTEROL ALTO
9- Sr. (a) tem colesterol alto? (0) Não (1) Sim
10- Está tomando algum medicamento para colesterol alto? (0) Não (1) Sim () Não se aplica
11- Quem prescreveu/indicou o medicamento? (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Amigos (4) Parentes (5) Por conta própria (6) Outros
12- Sr. (a) considera que colesterol alto tem cura? (0) Não (1) Sim (2) Não sei
AVC (Acidente Vascular Cerebral)

13- Sr. (a) teve AVC? (0) Não (1) Sim
14- Está tomando algum medicamento para AVC? (0) Não (1) Sim () Não se aplica
15- Quem prescreveu/indicou o medicamento? (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Amigos (4) Parentes (5) Por conta própria (6) Outros
16- Sr. (a) considera que AVC tem cura? (0) Não (1) Sim (2) Não sei
DPOC/Bronquite
17- Sr. (a) tem DPOC/Bronquite? (0) Não (1) Sim
18- Está tomando algum medicamento para DPOC/Bronquite? (0) Não (1) Sim () Não se aplica
19- Quem prescreveu/indicou o medicamento? (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Amigos (4) Parentes (5) Por conta própria (6) Outros
20- Sr. (a) considera que DPOC/Bronquite tem cura? (0) Não (1) Sim (2) Não sei
NEFROPATIA
21- Sr. (a) tem Nefropatia? (0) Não (1) Sim
22- Está tomando algum medicamento para Nefropatia? (0) Não (1) Sim () Não se aplica
23- Quem prescreveu/indicou o medicamento? (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Amigos (4) Parentes (5) Por conta própria (6) Outros
24- Sr. (a) considera que Nefropatia tem cura? (0) Não (1) Sim (2) Não sei
ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva)
25- Sr. (a) tem ICC? (0) Não (1) Sim

26- Está tomando algum medicamento para ICC?
 (0) Não (1) Sim () Não se aplica

27- Quem prescreveu/indicou o medicamento?
 (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Amigos
 (4) Parentes (5) Por conta própria (6) Outros

28- Sr. (a) considera que ICC tem cura?
 (0) Não (1) Sim (2) Não sei

DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA

29- Sr. (a) tem Doença Vascular Periférica?
 (0) Não (1) Sim

30- Está tomando algum medicamento para Doença Vascular Periférica?
 (0) Não (1) Sim () Não se aplica

31- Quem prescreveu/indicou o medicamento?
 (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Amigos
 (4) Parentes (5) Por conta própria (6) Outros

32- Sr. (a) considera que Doença Vascular Periférica tem cura?
 (0) Não (1) Sim (2) Não sei

TABAGISMO

33- Sr. (a) fuma?
 (0) Não
 (1) Sim, cigarros/dia _____

34- Com que idade começou a fumar? _____
 () Não se aplica

35- Ex-tabagista:
 (0) Não
 (1) Sim, _____ anos que parou
 () Não se aplica

ETILISMO

36- Sr. (a) bebi?
 (0) Não
 (1) Sim, bebida _____

37- Com que idade começou a beber? _____
 () Não se aplica

38- Frequência:
 (1) 1x/semana (2) 2x/semana (3) 3x/semana

(4) 4x/semana (5) 5x/semana (6) 6x/semana
 (7) Todos os dias da semana () Não se aplica

39- Ex-etilista:
 (0) Não
 (1) Sim, _____ anos
 () Não se aplica

EXERCÍCIOS FÍSICOS

40- Prática de exercício físico:
 (0) Não
 (1) Sim, tipo _____
 Frequência/semana _____

SAÚDE MENTAL

41- Sr. (a) se considera uma pessoa nervosa/estressada?
 (0) Não (1) Sim

ALIMENTAÇÃO

42- Onde faz sua refeição?
 (1) Restaurante (2) Faz a própria refeição

43- Quantas refeições diárias? _____

44- Usa sal no tempero?
 (0) Não (1) Sim

45- Utiliza o saleiro na mesa?
 (0) Não (1) Sim

46- Que tipo de sal?
 (1) Sal de cozinha (2) Tempero pronto
 (3) Sal-light (4) diet-sal

OUTRAS MEDICAÇÕES

47- Medicamentos em uso (exceção dos anteriores):

III – Antecedentes Familiares	
1- Alguém da família com pressão alta? (0) Não (1) Sim 1.1- Se sim, quem? (1) Pai (2) Mãe (3) avós (4) Irmãos	4- Alguém da família com colesterol alto? (0) Não (1) Sim 4.1- Se sim, quem? (1) Pai (2) Mãe (3) avós (4) Irmãos
2- Alguém da família com infarto? (0) Não (1) Sim 2.1- Se sim, quem? (1) Pai (2) Mãe (3) avós (4) Irmãos	5- Alguém da família com angina pectoris? (0) Não (1) Sim 5.1- Se sim, quem? (1) Pai (2) Mãe (3) avós (4) Irmãos
3- Alguém da família com diabetes mellitus? (0) Não (1) Sim 3.1- Se sim, quem? (1) Pai (2) Mãe avós (4) Irmãos	6- Alguém na família teve AVC? (0) Não (1) Sim 6.1- Se sim, quem? (1) Pai (2) Mãe (3) avós (4) Irmãos
Obrigada pela sua participação!	