

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BARBARA CAROLINY PEREIRA COSTA

Avaliação do estilo de vida e saúde cardiovascular de uma
comunidade acadêmica

RIBEIRÃO PRETO

2022

BARBARA CAROLINY PEREIRA COSTA

Avaliação do estilo de vida e saúde cardiovascular de uma
comunidade acadêmica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adulto e idosos

Orientador: Eugenia Velludo Veiga

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Costa, Barbara Caroliny Pereira

Avaliação do estilo de vida e saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica . Ribeirão Preto, 2022.

244 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Eugenia Velludo Veiga

1. Estilo de Vida. 2. Estilo de Vida Saudável. 3. Doenças Cardiovasculares. 4. Fatores de Risco de Doenças Cardíacas. 5. Promoção da Saúde.

COSTA, Barbara Caroliny Pereira

Avaliação do estilo de vida e saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Ao meu esposo e meus pais que sempre me apoiaram nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, por iluminar e abençoar os meus caminhos, Aquele que nunca me desampara e que me ama incondicionalmente. Obrigada Senhor por não desistir de mim e me fazer melhor a cada dia.

Ao Jeferson meu esposo por seu amor, companheirismo e dedicação. Obrigada pela paciência e por sempre me instigar a crescer. Te Amo.

Aos meus pais Andrea e Alex por toda dedicação, amor, carinho e incentivo. Amo vocês.

Aos demais familiares pelo apoio sincero.

À Professora Doutora Eugenia Velludo Veiga por compartilhar comigo seus conhecimentos e mostrar os caminhos do saber e da docência. A você minha admiração e respeito.

Ao Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Hipertensão, sou muito grata pelo aprendizado acumulado em nossas ricas discussões. Investigação Científica vai muito além da tradicional pesquisa clínica.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por ter me proporcionado oportunidades únicas.

À Miyeko Hayashida e ao Jonas Bodini Alonso do Centro de Apoio à Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São de Paulo, pela competência e excelente assessoria estatística no estudo.

A todos os colaboradores e amigos que tornaram essa pesquisa possível. Meus mais sinceros agradecimentos.

Aos funcionários da Secretaria de pós-graduação por sempre estarem atentos às necessidades dos alunos e auxiliarem na nossa trajetória.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Processo 88881.189403/2018-01. Doutorado Sanduíche no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019”.

“Existem dois jeitos de viver: acomodar-se ou ousar. Quando lutamos por ideias nas quais acreditamos nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém que faz a diferença” (ROBERTO SHINYASHIKI).

RESUMO

COSTA, B. C. P. **Avaliação do estilo de vida e da saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica.** 2022. 244 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Introdução: As Doenças Cardiovasculares estão associadas aos fatores de risco modificáveis e não modificáveis e constituem uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Os fatores de risco modificáveis estão diretamente ligados ao estilo de vida e são capazes de proporcionar um grande efeito na saúde das pessoas. **Objetivo:** Analisar o estilo de vida e a saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo-analítico, transversal, com abordagem quantitativa. Participaram deste estudo alunos de graduação, pós graduação, técnico-administrativos e docentes, membros da comunidade acadêmica de cinco Unidades de ensino do *Campus* de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo a saber: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto e Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto. O cálculo amostral adotado para definir a amostra deste estudo foi o método de Amostragem Aleatória Estratificada. A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos: Questionário “Estilo de Vida Fantástico” e Formulário de Coleta de Dados – Programa de Rastreamento da Pressão Arterial no Brasil. Os instrumentos foram divulgados por e-mail para as Unidades de ensino da Saúde no Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto por meio de um formulário eletrônico elaborado no *Google Forms* online, no período de outubro à dezembro de 2020. Para análise dos dados foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fisher. Para as análises bivariadas foram o teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage e Linear por Linear e posteriormente foi realizado análise de regressão logística multinomial. **Resultados:** Foram 1108 participantes, com uma maior participação do público do sexo feminino, com média de idade de 34,8 anos. Ao analisar estilo de vida e Saúde cardiovascular evidenciou-se que de maneira geral homens e mulheres apresentaram estilo de vida satisfatório mediante a classificação geral, entretanto necessita-se de atenção quanto aos participantes que foram classificados como “Regular” e que “Necessita melhorar” no estilo de vida, pois podem estar mais propensos ao desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares a longo prazo. Os resultados mostraram que os alunos dos Cursos de pós graduação apresentaram em maior número mais sobrepeso e obesidade grau I quando comparado com as demais categorias de vínculo. Quanto aos valores da Pressão Arterial, estes apresentaram dados importantes para a prevenção e controle, tendo em vista participantes com pré-hipertensão e outros com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e valores elevados na qual requerem maior controle. Além disso foi evidenciado valores de Pressão Arterial mais elevados em homens quando comparado com os valores de PA entre as mulheres. **Conclusão:** Ao analisar o estilo de vida e a saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica identificou-se como variáveis com maior significância estatística a orientação sobre a prática de atividade física, Índice de Massa Corporal, Pressão Arterial, histórico familiar de Doenças Cardiovasculares, sendo esses achados mais predominantes no sexo masculino e

entre jovens adultos. Salienta-se que todos os hábitos de vida analisados no estudo fazem parte de fatores de risco modificáveis e que estes podem interferir no desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares. Sugere-se que a comunidade acadêmica das Unidades de Ensino da Universidade de São Paulo analise quais são os fatores que dificultam e facilitam a adoção de comportamentos mais saudáveis, para em seguida elaborar estratégias pessoais de ação e manutenção para obtenção de um melhor estilo de vida, com foco na mudança de hábitos de vida e prevenção de Doenças Cardiovasculares.

Palavras-chave: Estilo de Vida. Estilo de Vida Saudável. Doenças Cardiovasculares. Fatores de Risco de Doenças Cardíacas. Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças.

ABSTRACT

COSTA, B. C. P. **Evaluation of lifestyle and cardiovascular health in an academic community.** 2022. 244 p. Thesis (Doctorate in Science) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2022.

Introduction: The Cardiovascular Diseases are associated to the modifiable risk and non-modifiable factors and consist in one of the main morbimortality causes all around the world. Modifiable risk factors are directly connected to the lifestyle and are capable to provide a great effect on people's health. **Objective:** To analyze the lifestyle and cardiovascular health of an academic community. **Method:** A descriptive-analytical study was performed, cross-sectional, with quantitative approach. Participated in this study undergraduate and graduate students, administrative technicians and professors, members of the academic community of five teaching units of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Campus, namely: Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto Medical School, School of Dentistry of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto Faculty of Pharmaceutical Sciences and School of Physical Education and Sports of Ribeirão Preto. The sample calculation adopted to define the sample of this study was Stratified Random Sampling. Data collection was performed using two instruments: Questionnaire "Fantastic Lifestyle" and Data Collection Form – Blood Pressure Tracking in Brazil. The instruments were disclosed by e-mail to Health teaching units of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Campus through an electronic form prepared in Google Forms online, from October to December 2020. For data analysis, Pearson's Chi-square and Fisher's exact tests were used. For the bivariate analyses, the Cochran-Armitage Chi-Square and Linear by Linear tests were used, followed by a multinomial logistic regression analysis. **Results:** There were 1108 participants, with a prevalence of female participation, with a mean age of 34.8 years. When analyzing lifestyle and Cardiovascular Health, it was shown that in general men and women presented satisfactory lifestyle according to the general classification, however, attention is needed regarding the participants who were classified as "Regular" and who "Needs improvement" in the lifestyle, because may be more likely to develop long-term Cardiovascular Diseases. The results showed that students from graduate courses were more overweight and obese grade I when compared to the other categories. As for the Blood Pressure values, these presented important data for prevention and control, considering participants with pre-hypertension and others with a diagnosis of Systemic Arterial Hypertension and high values in which they require greater control. In addition, higher Blood Pressure values were observed in men when compared to Blood Pressure values among women. **Conclusion:** When analyzing the lifestyle and cardiovascular health in an academic community, it was possible to identified as variables with greater statistical significance the orientation on the practice of physical activity, Body Mass Index, Blood Pressure, family history of Cardiovascular Diseases, and these findings are more prevalent in males and among young adults. It should be noted that all life habits analyzed in the study are part of modifiable risk factors and that these can interfere with the development of Cardiovascular Diseases. It is suggested that the academic community of the University of São Paulo analyze

the factors that make it difficult and facilitate the adoption of healthier behaviors, and then develop personal action and maintenance strategies to obtain a better lifestyle, focusing on changing lifestyle habits and preventing Cardiovascular Diseases.

Keywords: *Life Style. Healthy Lifestyle. Cardiovascular Disease. Heart Disease Risk Factors. Health Promotion. Disease Prevention.*

RESUMEN

COSTA, B. C. P. **Evaluación del estilo de vida y la salud cardiovascular en una comunidad académica.** 2022. 244 p. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. 2022.

Introducción: Las Enfermedades Cardiovasculares están asociadas a factores de riesgo modificables y no modificables y son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Los factores de riesgo modificables están directamente relacionados con el estilo de vida y son capaces de tener un gran efecto sobre la salud de las personas. **Objetivo:** Analizar el estilo de vida y la salud cardiovascular de una comunidad académica. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo-analítico, transversal con enfoque cuantitativo. Participaron de este estudio estudiantes de grado y posgrado, técnicos administrativos y profesores, miembros de la comunidad académica de cinco unidades de enseñanza de la Universidad de São Paulo en el Campus de Ribeirão Preto, a saber: Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Facultad de Odontología de Ribeirão Preto, Facultad de Ciencias Farmacéuticas de Ribeirão Preto y Escuela de Educación Física y Deporte de Ribeirão Preto. El cálculo muestral adoptado para definir la muestra de este estudio fue el método de Muestreo Aleatorio Estratificado. La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: el Cuestionario “Estilo de Vida Fantástico” y el Formulario de Recolección de Datos – Programa de Seguimiento de la Presión Arterial en Brasil. Los instrumentos fueron enviados por correo electrónico a las Unidades de Enseñanza de Salud del Campus de la Universidad de São Paulo en Ribeirão Preto a través de un formulario electrónico elaborado en Google Forms en línea, de octubre a diciembre de 2020. Para el análisis de los datos se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado de Pearson y exacta de Fisher. Para los análisis bivariados se utilizaron las pruebas Chi-Cuadrado y Lineal por Lineal de Cochran-Armitage, seguidas de un análisis de regresión logística multinomial. **Resultados:** Participaron 1108 personas, con una mayor participación del público femenino, con una edad promedio de 34.8 años. Al analizar el estilo de vida y la Salud Cardiovascular, se demostró que en general hombres y mujeres presentaron VS satisfactoria según la clasificación general, sin embargo, se necesita atención en cuanto a los participantes que fueron clasificados como “Regular” y que “Necesita mejorar” en el estilo de vida, porque puede ser más probable que desarrolle Enfermedades Cardiovasculares a largo plazo. Los resultados mostraron que los estudiantes de cursos de posgrado tenían más sobrepeso y obesidad grado I en comparación con las otras categorías de empleo. En cuanto a los valores de Presión Arterial, estos presentaron datos importantes para la prevención y el control, considerando participantes con prehipertensión y otros con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y valores elevados en los que requieren mayor control. Además, se observaron valores de Presión Arterial más altos en los hombres en comparación con los valores de Presión Arterial en las mujeres. **Conclusión:** Al analizar el estilo de vida y la salud cardiovascular en una comunidad académica, se

identificó como variables con mayor significancia estadística la orientación sobre la práctica de actividad física, Índice de Masa Corporal, Presión Arterial, antecedentes familiares de Enfermedades Cardiovasculares, siendo estos hallazgos los más predominante en hombres y adultos jóvenes. Cabe señalar que todos los hábitos de vida analizados en el estudio forman parte de factores de riesgo modificables y que estos pueden interferir en el desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares. Se sugiere que la comunidad académica de las Unidades de Enseñanza de la Universidad de São Paulo analice los factores que dificultan y facilitan la adopción de comportamientos más saludables, para luego desarrollar estrategias personales de acción y mantenimiento para obtener una mejor estilo de vida, con foco en el cambio de hábitos de vida y Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.

Palabras Clave: *Estilo de Vida. Estilo de Vida Saludable. Enfermedades Cardiovasculares. Factores de Riesgo de Enfermedad Cardíaca. Promoción de la Salud. Prevención de Enfermedades*

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 -	Percurso representativo do desenvolvimento da pesquisa a partir do problema, hipótese, questão de pesquisa e objetivos.....	57
Gráfico 1-	Valores preditos da saúde cardiovascular pelo modelo ajustado. Ribeirão Preto, SP, 2020.....	145
Gráfico 2-	Valores preditos do estilo de vida pelo modelo ajustado. Ribeirão Preto, SP, 2020.....	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Total da população do estudo, segundo cálculo amostral. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2020.....	56
Tabela 2 –	Itens validados do “Formulário de Coleta de Dados - Programa de Rastreamento da Pressão Arterial no Brasil”, segundo grau de concordância e Índice de Validade de Conteúdo. (n=6). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	65
Tabela 3 –	Total da população do estudo após coleta de dados. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2020.....	75
Tabela 4 –	Características da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	77
Tabela 5 -	Variáveis Antropométricas e de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	78
Tabela 6 –	Diferenças de Índice de Massa Corporal entre gênero feminino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=792). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	80
Tabela 7 –	Diferença de Índice de Massa Corporal entre gênero masculino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	81
Tabela 8 –	Saúde cardiovascular em comparação com a idade no gênero feminino da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. (n=792). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	87
Tabela 9 -	Saúde cardiovascular em comparação com a idade no gênero masculino da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	89
Tabela 10 –	Dados da pressão arterial de acordo com a classificação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020, entre gênero	

	feminino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=792). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	94
Tabela 11 –	Dados da pressão arterial de acordo com a classificação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020, entre gênero masculino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	95
Tabela 12 –	Frequência da medida da pressão arterial entre gênero feminino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=791). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	98
Tabela 13 –	Frequência da medida da pressão arterial entre gênero masculino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	99
Tabela 14 –	Avaliação do Estilo de Vida com questões do Questionário Estilo de Vida Fantástico na comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	101
Tabela 15 –	Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico entre sexo feminino em comparação com diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=792). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	107
Tabela 16 –	Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico entre sexo masculino em comparação com diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	108
Tabela 17 –	Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com Unidade de Ensino da Saúde, Categoria de vínculo, sexo e Nível de escolaridade da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	110
Tabela 18 –	Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com Índice de Massa Corporal da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da	

	Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	115
Tabela 19 –	Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com a Classificação da Pressão Arterial da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	118
Tabela 20 –	Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com dados da saúde cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	122
Tabela 21-	Comparação de grupos para as variáveis idade e orientações profissionais por pressão arterial da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	126
Tabela 22-	Comparação de grupos para as variáveis idade e orientações profissionais por estilo de vida da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	127
Tabela 23 –	Associação entre as variáveis independentes da saúde cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	128
Tabela 24 –	Associação entre as variáveis independentes do estilo de vida da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1106). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	131
Tabela 25 –	Avaliação de Multicolinearidade das variáveis independentes pelos Fatores de Inflação da Variância (VIF) da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	135
Tabela 26 –	Ajustes de regressão logística ordinal sobre hipótese de paralelismo com todas as variáveis independentes da saúde cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	138
Tabela 27 –	Modelo de regressão logística ordinal com as variáveis selecionadas pelo Critério de Informação de Bayesiana sobre a	

	Saúde Cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	140
Tabela 28 –	Teste da Razão de Verossimilhança sobre a saúde cardiovascular: avaliação da proporcionalidade dos parâmetros da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	142
Tabela 29 –	Teste da Razão de Verossimilhança sobre a saúde cardiovascular: avaliação conjunta de não proporcionalidade de sexo e IMC da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	142
Tabela 30 –	Razões de Chances correspondentes a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados sobre a Saúde Cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, SP, 2020 (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	144
Tabela 31 –	Ajustes de regressão logística ordinal sobre hipótese de paralelismo com todas as variáveis independentes do estilo de vida da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	148
Tabela 32 –	Modelo de regressão logística ordinal com as variáveis selecionadas pelo Critério de Informação de Bayesiana sobre a Saúde Cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	150
Tabela 33 –	Teste da Razão de Verossimilhança sobre o estilo de vida: avaliação da proporcionalidade dos parâmetros da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	152
Tabela 34 –	Razões de Chances correspondentes a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados sobre o estilo de vida da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no <i>Campus</i> da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, SP, 2020 (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	152

LISTA DE SIGLAS

AHA	<i>American Heart Association</i>
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BIC	Critério de Informação de Bayesiana
DCNT	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DEGE	Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DNT	Doenças Não-transmissíveis
DP	Desvio Padrão
DRC	Doença Renal Crônica
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EEFERP	Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto
EV	Estilo de Vida
FCFRP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FORP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
FRC	Fatores de Risco Cardiovascular
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
GIPHA	Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Hipertensão
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KAP	Avaliação do Conhecimento, Atitudes e Práticas
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial

PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PET	Programa de Educação Tutorial
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
USP	Universidade de São Paulo
VIF	Fatores de Inflação da Variância
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHL	<i>World Hypertension League</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	25
1.	INTRODUÇÃO.....	30
2.	REVISÃO DA LIERATURA.....	36
2.1	Estilo de vida e saúde cardiovascular.....	36
2.2	Estilo de Vida e Saúde Cardiovascular segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.....	41
3.	HIPÓTESE.....	49
3.1	Hipótese alternativa.....	49
3.2	Definição da Hipótese.....	48
4.	OBJETIVOS.....	51
4.1	Objetivo Geral.....	51
4.2	Objetivo Específico.....	51
5.	MÉTODO.....	53
5.1	Tipo de estudo.....	53
5.2	Local do estudo.....	53
5.3	Participantes do Estudo e Critérios de Elegibilidade.....	54
5.4	Instrumento de Coleta de Dados.....	57
5.4.1	QUESTIONÁRIO “ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO”.....	57
5.4.2	FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PROGRAMA DE RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL NO BRASIL.....	61
5.4.2.1	<i>Procedimento de Validade de Conteúdo.....</i>	62
5.5	Período de coleta de dados.....	67
5.6	Coleta de Dados.....	67
5.7	Associação das Variáveis.....	68
5.8	Análise dos Dados.....	69
5.9	Análise Estatística.....	70
5.10	Procedimentos Éticos.....	72
6	RESULTADOS.....	75
6.1	Análise de Dados Antropométricos.....	78
6.2	Análise de Dados da Saúde Cardiovascular.....	84

6.3	Análise de Dados da Pressão Arterial.....	91
6.4	Análise de Dados do Estilo de Vida.....	100
6.5	Análise de Dados do Estilo de Vida e Dados Antropométricos.....	112
6.6	Análise de Dados do Estilo de Vida e Pressão Arterial.....	116
6.7	Análise de Dados do Estilo de Vida e Saúde Cardiovascular	119
6.7.1	ANÁLISE BIVARIADA DE DADOS DO ESTILO DE VIDA E SAÚDE CARDIOVASCULAR.....	124
6.7.1.1	<i>Análise nos modelos de regressão de dados da saúde cardiovascular e do estilo de vida.....</i>	<i>135</i>
7	DISCUSSÃO.....	157
7.1	Índice de Massa Corporal.....	158
7.2	Saúde Cardiovascular.....	163
7.3	Pressão Arterial.....	168
7.4	Estilo de Vida nas Universidades.....	173
7.5	Atividade Física.....	177
7.6	Alimentação.....	179
7.7	Estresse, Ansiedade e Depressão.....	182
7.8	Álcool e/ou outras Drogas.....	184
7.9	Relacionamentos Interpessoais.....	186
7.10	Sono.....	187
7.11	Análise de Dados do Estilo de Vida e Saúde Cardiovascular	188
7.12	Limitações do Estudo.....	191
7.13	Implicações do Estudo para a Área da Saúde e para Pesquisas Futuras.....	192
8	CONCLUSÃO.....	194
	REFERÊNCIAS.....	197
	APÊNDICES.....	222
	APÊNDICE A - CARTA CONVITE AOS JUÍZES DA PESQUISA	223
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES DA PESQUISA.....	224

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO “FORMULÁRIO DO PROGRAMA DE RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL NO BRASIL”	226
APÊNDICE D - FORMULÁRIO PARA RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL - VERSÃO REFORMULADA 1.....	232
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES.....	233
ANEXOS.....	235
ANEXO A - FORMULÁRIO PARA RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL - VERSÃO TRADUZIDA.....	236
ANEXO B - QUESTIONÁRIO “ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO”	237
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	239

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O início do desenvolvimento deste estudo deu-se no ano de 2012, com a escolha pela graduação em Enfermagem (modalidade Bacharelado) pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) e, após quatro anos e meio de intenso aprendizado, concluí o curso em 2016.

Durante toda minha formação acadêmica o tripé ensino, pesquisa e extensão estavam atrelados. Desde o primeiro período da graduação busquei participar de projetos de extensão e no segundo período fui aprovada no processo seletivo para participar do Programa de Educação Tutorial (PET) da Enfermagem, no qual tive inúmeras oportunidades de participar de congressos, colaborar em pesquisas, apresentar trabalhos científicos, apresentar palestras e ofertar monitorias. Foi nesse período que descobri nascer o singelo sentimento de paixão pela docência. Desde então busquei trabalhar e desenvolver projetos de pesquisa sobre doenças crônicas e relacionados à saúde do adulto e do idoso.

Ao longo do curso tive a oportunidade de desenvolver uma iniciação científica sobre “Conhecimento e Habilidades Sobre a Medida da Pressão Arterial entre Graduandos de Enfermagem”, o que despertou o interesse pela área cardiovascular dentro da Enfermagem e por meio dela ingressei em um Grupo de Pesquisa denominado “Processo Saúde Doença na perspectiva sociocultural da Escola de Enfermagem”, o que fomentou a elaboração de mais pesquisas, corroborando também com a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre “Tipos de estratégias utilizadas para o ensino da medida da pressão arterial: revisão integrativa”.

Tais pesquisas originaram resultados impactantes na área da saúde cardiovascular, uma vez que a medida da pressão arterial é essencial para a assistência ao adulto e idoso e, principalmente, para fomentar em resultados fidedignos que possibilitem a promoção e a prevenção da Hipertensão Arterial, uma vez que determinada doença crônica está ligada aos fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

Durante a minha formação tive a oportunidade de me aprofundar nos conhecimentos, exercitar habilidades e atitudes na área da enfermagem com foco na

docência futura. Além disso, refletir sobre o meu papel social frente ao cuidado e ao ensino de futuros profissionais da área da saúde de nível médio.

Todo esse interesse pela área acadêmica culminou em minha entrada no Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, em 2017, sendo contemplada com bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). No mestrado desenvolvi a pesquisa intitulada como “Uso do *web aplicativo* como estratégia para o ensino da medida da pressão arterial na perspectiva de acadêmicos de enfermagem”, em que obtive resultados que denotaram grande impacto no uso de metodologias ativas para o ensino da medida da pressão arterial, o que culminou no processo de patente do aplicativo, pela Universidade Federal de Alfenas. Essa dissertação também corroborou para o aprofundamento da área da saúde cardiovascular.

Em 2019 ingressei no doutorado por meio do Programa de Pós graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto o que contribuiu diretamente com minha formação enquanto pesquisadora. As disciplinas aqui cursadas contribuíram para a definição da ideia deste estudo, dos objetivos propostos e para o fortalecimento do método estabelecido para esta investigação.

Nesta tese pude dar seguimento ao estudo da área cardiovascular, com ênfase no estilo de vida de uma comunidade acadêmica, tendo em vista que o Estilo de Vida (EV) está ligado aos hábitos de vida que uma população adota em seu cotidiano e estes corroboram na saúde cardiovascular, principalmente os fatores de risco modificáveis, que serão explorados e analisados nesta tese.

Entende-se que a área da pesquisa e o próprio pesquisador precisam sempre inovar, buscar novos métodos investigativos e gerar um grande impacto para a sociedade e construção de novos estudos.

Além de me aprofundar nos estudos para desenvolvimento da tese, outros fatores contribuíram para o seu desenvolvimento e enriquecimento, como congressos nacionais e um internacional na área cardiovascular, realizado em Portugal e transmitido via “*Zoom: Video Conferencing*”, apresentar diversos trabalhos científicos, dominar os diferentes métodos de pesquisa e aplicar esses conhecimentos, no desenvolvimento de novos estudos, contando com a parceria de um novo Grupo de

Pesquisa denominado “Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Hipertensão do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GIPHA-DEGE-EERP-USP)”.

O grupo de pesquisa também contribui para o aperfeiçoamento e o aprimoramento do projeto de pesquisa da tese, para que o mesmo fosse desenvolvido com objetivos e método direcionados e bem definidos.

Essa pesquisa desenvolvida no doutorado visa discutir o estilo de vida e a saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, com foco nas Unidades de Ensino da Universidade, integrando como categoria de vínculo alunos de graduação, pós-graduação, docentes e técnico-administrativos.

O estudo trouxe importante aprofundamento e avanços na análise sobre EV e saúde cardiovascular da comunidade acadêmica. Permitiu identificar principais hábitos não saudáveis e riscos para o aumento de Doenças Cardiovasculares (DCV).

O resultado desta pesquisa fornece informações confiáveis que podem ser colocados em prática, desencadeando um planejamento e direcionamento de ações aos docentes, técnico-administrativos, alunos de graduação e pós graduação da universidade, garantindo a possibilidade de maior adesão e incentivo à prática de atividades físicas como forma de proporcionar uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

Justifica-se a importância e do estudo uma vez que o EV saudável, portanto, está interligado aos hábitos que proporcionam uma melhor qualidade de vida geral, incluindo o bem-estar físico e mental e este pode ser determinante na promoção da saúde. Identificar o EV de uma comunidade acadêmica é uma alternativa para construir evidências e contribuir com o estabelecimento de políticas de saúde assertivas. Assim, verificar os determinantes que qualificam o EV pode contribuir, sobremaneira, para implementar propostas de intervenções educativas direcionadas à prevenção e ao controle dos fatores de risco modificáveis e à redução da morbimortalidade de DCV.

A seguir essa tese será apresentada sob formato de um relatório de pesquisa com as seguintes etapas: introdução, revisão da literatura, objetivos, método, resultados, discussão, conclusão, referências, apêndices e anexos.

1. INTRODUÇÃO

O século XXI tem sido marcado por inúmeras transformações na saúde e na condição de vida da população brasileira, sendo evidente uma alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente as Doenças Cardiovasculares (DCV). As DCNT estão relacionadas ao acentuado processo de envelhecimento, às alterações na qualidade e na quantidade de alimentos ingeridos, ao padrão de trabalho e de lazer modificados, ou seja, na maneira como as pessoas lidam e constroem o seu hábito de vida (LUNA et al., 2018; FERRARI et al., 2017).

As DCV são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: Doença coronariana; Doença cerebrovascular; Doença arterial periférica; Doença cardíaca reumática; Cardiopatia congênita; Trombose venosa profunda e embolia pulmonar (WHO, 2021a).

As DCV têm origem multifatorial, estão associadas aos fatores de risco modificáveis (tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, inatividade física, entre outros) e não modificáveis (idade, sexo e individualidade biológica) e constituem uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, na qual os fatores de risco modificáveis são responsáveis por 80% das mesmas (FERRARI et al., 2017).

A Organização das Nações Unidas (ONU) implementou a “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” que inclui 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), visando combater os problemas econômicos, ambientais e sociais. Promover o bem-estar e assegurar uma vida saudável para todas as idades é um dos objetivos dessa agenda adotada pela ONU que, além do mais, coloca como prioridade para o ano 2030 a redução do risco relativo de morte prematura secundária às doenças cardiovasculares (ONU, 2018; MESQUITA; LEÃO, 2018; MENDIS et al., 2017; PNUD, 2015).

Os 17 objetivos sustentáveis são os seguintes:

1. **Erradicação da pobreza:** acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares;
2. **Fome zero e agricultura sustentável:** acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar, melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável;
3. **Saúde e bem-estar:** assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades;

4. **Educação de qualidade:** assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos;
5. **Igualdade de gênero:** alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas;
6. **Água potável e saneamento:** assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos;
7. **Energia Limpa e acessível:** assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todas e todos;
8. **Trabalho decente e crescimento econômico:** promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos;
9. **Indústria, Inovação e Infraestrutura:** Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação;
10. **Redução das desigualdades:** reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles;
11. **Cidades e comunidades sustentáveis:** tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis;
12. **Consumo e produção responsáveis:** assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis;
13. **Ação contra a mudança global do clima:** tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos;
14. **Vida na água:** conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável;
15. **Vida terrestre:** proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade;
16. **Paz, justiça e instituições eficazes:** promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis;
17. **Parcerias e meios de implementação:** fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (NORHEIM et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta que as DCV são mais evidentes em países de baixa e média renda com, pelo menos, três quartos das mortes no mundo pelas mesmas. Além disso, pessoas de países de baixa e média renda muitas vezes não têm o benefício dos programas integrados de atenção primária para a detecção e o tratamento precoce dos indivíduos expostos aos fatores de risco, diferentemente das pessoas que vivem em países de alta renda (WHO, 2021).

Dessa maneira, muitas pessoas com DCV e outras DCNT são diagnosticadas tardiamente, por terem menos acesso aos serviços de saúde eficazes e equitativos que respondam às suas necessidades. E tais pessoas ainda são mais agredidas pela

pobreza em decorrência dessas doenças devido as despesas catastróficas com saúde e gastos elevados, além do planejado. A OMS ainda salienta que em nível macroeconômico, as DCV e outras DCNT criam uma carga pesada sobre as economias dos países de baixa e média renda (WHO, 2021a).

Estima-se que se forem alcançados os objetivos propostos pela Agenda 2030, cerca de 10 milhões dos 20 milhões de óbitos esperados em 2030 que ocorrerão em pessoas entre 0 e 49 anos, poderão ser evitados (MENDIS et al., 2017). Os ODS foram formulados em 2015, com efetivação em 2016 e estudo aponta que em comparação com os Estados Unidos da América, no Brasil foi verificado uma redução de óbitos por DCV, sendo no período de 20 anos entre 30% e 40% casos reduzidos (NORHEIM et al., 2015).

A *American Heart Association* (AHA) verifica a presença simultânea de sete fatores, na qual quatro são comportamentais, para avaliar a saúde cardiovascular, sendo eles: ausência de fumo, prática de atividade física regularmente, índice de massa corporal (IMC) >25 kg/m² e dieta saudável e três fatores clínicos: colesterol >200 mg/dl, pressão arterial $>120/80$ mmHg e glicemia de jejum >100 mg/dl. Ainda reforça que pessoas que não atingem nenhum ou apenas um desses fatores em níveis ideais, apresentam mais risco de DCV em relação aquelas que demonstram o seguimento de seis à sete fatores, com a redução da DCV podendo chegar a 89% (WHO, 2021a; YOUNUS et al., 2016).

Os fatores de risco modificáveis estão diretamente ligados ao Estilo de Vida (EV), que pode ser compreendido como um conjunto de comportamentos produzidos por cada pessoa, os quais podem ser modificáveis individualmente mediante as escolhas de cada um (MADEIRA et al., 2018); o EV é capaz de proporcionar um grande efeito na saúde das pessoas, pois se associa aos fatores que refletem na vida dos seres humanos (BUHRER et al., 2019).

Diante deste contexto, verifica-se a importância do EV para a prevenção e a promoção da saúde, com vista a diminuição da mortalidade por DCV. A literatura traz evidências que certificam sobre a contribuição de um estilo de vida saudável para melhorar a qualidade de vida das pessoas de maneira mais constante, na qual é utilizado o próprio comportamento individual em prol da redução de maiores risco para saúde (LUNA et al., 2018).

O EV saudável, portanto, está interligado aos hábitos que proporcionam uma melhor qualidade de vida geral, incluindo bem-estar físico e mental e este pode ser determinante na promoção da saúde (BICALHO et al., 2019).

Identificar o EV e a saúde cardiovascular de uma população é uma alternativa para construir evidências e contribuir com o estabelecimento de políticas de saúde assertivas em diferentes comunidades.

Verificar os determinantes que qualificam o EV das pessoas, pode contribuir, sobremaneira, para implementar propostas de intervenções educativas direcionadas à prevenção e ao controle dos fatores de risco modificáveis e à redução da morbimortalidade cardiovascular (SILVA et al., 2018).

Visto que os fatores de risco modificáveis relacionados ao EV correspondem a uma considerável parte das mortes por DCV em todo o mundo, sua mensuração e monitoramento na população tornam-se imprescindíveis para a promoção da saúde (FERRARI et al., 2017). Dessa forma, investigações epidemiológicas em uma determinada população são de suma importância para o delineamento da saúde cardiovascular e estilo de vida saudável, para se ter um direcionamento de políticas públicas e melhorar a qualidade de vida (MATOZINHOS et al., 2017).

Assim, identificar os dados sobre a saúde cardiovascular e avaliar o EV em uma comunidade acadêmica, corrobora com a promoção da saúde, prevenção e controle de DCV, controlando fatores de riscos modificáveis.

Dentro de uma comunidade acadêmica foi reforçado a importância de realizar a monitorização dos fatores de risco modificáveis, a fim de identificar precocemente sinais que condizem com a mudança de hábitos de vida, uma vez que o EV saudável pode contribuir sobremaneira na chance de diminuição do desenvolvimento de DCV dentro do campo universitário (SILVA; REIS, 2021).

Tendo em vista que as DCV podem apresentar reduções significativas em sua taxa obituária quando implementados programas focados em sua prevenção por meio da identificação de fatores de risco modificáveis (DEUS; DORNELES; AMÂNCIO, 2021).

Dessa forma, busca-se reduzir a mortalidade por DCV, assim como em consonância com o previsto na Agenda 2030, que entre seus objetivos, o número três

consiste no da saúde e bem-estar, que busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades e esse mesmo objetivo também vai de encontro a um EV saudável, por meio dos fatores de risco modificáveis, assim como o presente estudo.

Percebe-se que as DCV vêm aumentando em decorrência do EV não saudável, portanto o presente estudo permitirá um aprofundamento neste assunto e constituirá uma fonte de pesquisa disponível para a comunidade acadêmica. Por meio disso, buscou-se responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a relação do estilo de vida com a saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica?

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

Buscou-se identificar na literatura as principais evidências sobre estilo de vida e saúde cardiovascular na população.

2.1 Estilo de vida e saúde cardiovascular

As DCNT constituem um grande desafio para a área da saúde em todo o mundo (BECKER; HEIDEMANN, 2020). Estima-se que em 2016 pelo menos 41 milhões de pessoas morreram em decorrência da mesma, o que equivale a 71% das todas as mortes. A maioria dessas mortes foram devido a quatro DCNT: DCV (17,9 milhões de mortes), câncer (9,0 milhões), doenças respiratórias crônicas (3,8 milhões) e diabetes (1,6 milhões) (WHO, 2020). A projeção para 2030 é de até 52 milhões de mortes, o que expressa um aumento considerável no número de casos de DCNT (BECKER; HEIDEMANN, 2020, WHO, 2021a).

As DCNT também correspondem a uma diminuição da qualidade de vida da população, a limitações durante a realização de atividades de lazer e trabalho, ao impacto negativo nas questões econômicas da sociedade causando agravamento da pobreza e das iniquidades sociais (BECKER; HEIDEMANN, 2020).

Dessa maneira, o processo de transição epidemiológica evidenciou que no Brasil as DCNT são consideradas importantes problemas de saúde pública, na qual as DCV lideram o *ranking* de mortes por DCNT nas últimas décadas (MALTA et al., 2014; BECKER; HEIDEMANN, 2020).

A despeito da transição epidemiológica, esta pode ser definida como mudanças nos padrões de morbidade, mortalidade e invalidez de uma população. É caracterizada, principalmente, pela evolução progressiva de um perfil de alta prevalência de DCNT (CORTEZ et al., 2019).

Esse aumento na prevalência das DCNT tem sido ocasionado principalmente pelo envelhecimento da população, que consiste em um processo multifatorial, sendo influenciado por diminuição da capacidade física e comprometimento de atividade de

vida diária, ocasionado por aspectos psicológicos, sociais e biológicos (CASSIANO et al., 2020).

E quando se trata de países de baixa e média renda como o Brasil, no qual os tratamentos são limitados e apresenta baixo acesso à saúde preventiva, as taxas de mortalidade apresentam-se mais elevadas (BECKER; HEIDEMANN, 2020).

Segundo a AHA a prevalência de todos os tipos de doenças cardíacas em 2017 nos Estado Unidos, foi de 10,6% ajustada por idade; assim entre brancos foi de 11%, negros 9,7%, hispânicos 7,4% e asiáticos 6,1%. A prevalência foi maior em homens (doença cardíaca 11,8%, doença arterial coronariana 7,2%, hipertensão arterial 26,0% e acidente vascular cerebral 3,3%) em relação às mulheres (doença cardíaca 9,5%, doença arterial coronariana 4,2%, hipertensão arterial 23,1% e acidente vascular cerebral 2,5%) (SALIM et al., 2020).

Parece haver relação entre indivíduos que apresentam menor nível de escolaridade e desempregados com maior prevalência de doença cardíaca, doença arterial coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral em relação aos com grau de bacharel ou ensino superior e aqueles que estavam empregados (SALIM et al., 2020).

Estudo que visou estimar a prevalência das métricas de saúde cardiovascular ideal em nível populacional, segundo sexo, idade, escolaridade e região de moradia no Brasil, identificou que as altas prevalências da DCV são consequências das alterações no EV da população brasileira (MATOZINHOS et al., 2017). Estas já correspondem à principal causa de morte na população adulta em todo o mundo e muitos de seus fatores de risco, como o tabagismo, dieta inadequada, sedentarismo, obesidade e a hipertensão arterial podem ser prevenidos por meio de mudanças no estilo de vida, que podem contribuir, significativamente, para a redução no número de mortes por DCV (CICHOCKI et al., 2017).

Investigação aponta que esses dados que relacionam o EV com as DCV, permitem uma denominação para essa classe de enfermidade denominada de “doenças do estilo de vida” (ARAÚJO et al., 2017). Verifica-se que as consequências das alterações nos hábitos de vida da população causam impacto nas altas prevalências das DCV (CICHOCKI et al., 2017).

A OMS, conceitua o estilo de vida como “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício” (WHO, 2004, MIRANDA, PORTO; SOUZA, 2018).

Entre os elementos que podem fazer os indivíduos manterem-se saudáveis estão os determinantes sociais da saúde e esses são agrupados em cinco categorias: ambiente social e econômico, ambiente físico natural ou construído pelo homem, atitudes pessoais, capacidades individuais e os serviços de promoção, manutenção e restauração da saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; SPINEL, PÜSCHEL, 2007).

A primeira categoria, do ambiente social e econômico, inclui salário, educação, emprego, status social e fatores sociais no local de trabalho; a segunda trata-se do ambiente físico natural ou construído pelo homem, como moradia e clima; a terceira considera as atitudes pessoais, ou seja, os comportamentos do indivíduo que podem ser prejudiciais ou benéficos para a saúde; a quarta está relacionada às capacidades individuais, como a competência pessoal, o senso de controle, a genética, a fisiologia e as próprias habilidades do indivíduo. A quinta e última categoria refere-se aos serviços de promoção, manutenção e restauração da saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY, 2003).

Assim sendo, basicamente dois fatores influenciam no estilo de vida, os positivos e os negativos. Os fatores positivos estão relacionados ao bem-estar dos indivíduos, seja quanto a autonomia, a mobilidade e a qualidade de vida e quanto a promoção positiva na saúde. Já os fatores negativos que afetam e desfavorecem nossa saúde, estão relacionados aos fatores que podem ser controlados, como: fumo, álcool, drogas, estresse, isolamento social, sedentarismo, esforços intensos ou repetitivos, entre outros (RIBEIRO; SILVEIRA; TEIXEIRA, 2018).

O EV é avaliado em vários países com o intuito de prevenir doenças cardiovasculares e promover a saúde (MALTA et al., 2015). Estudos realizados no início dos anos 2000 já demonstravam que mudanças no estilo de vida poderiam diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares, sem o uso de

farmacoterapia (SLAVÍCEK et al., 2001a; SLAVÍCEK et al., 2001b). Além disso, estudo recente reforça que mudanças no EV podem evitar cerca de 50% das mortes em todo o mundo, como câncer, Acidente Vascular Encefálico (AVE), doenças cardíacas e pulmonares (PÔRTO et al., 2015). E ainda podem reduzir significativamente a pressão arterial (BARROSO et al., 2021).

A saúde da população vem piorando ao longo das décadas e os hábitos saudáveis, como: alimentação balanceada, prática de exercícios físicos, equilíbrio psicológico e profissionais, controle do peso, do colesterol e da pressão arterial são maneiras de realizar uma manutenção no EV saudável (MADEIRA et al., 2018).

As produções científicas voltadas para a epidemiologia dos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, como sedentarismo, dietas hipercalóricas, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, colocaram o EV como prioridade nas agendas políticas contemporâneas e no âmbito da saúde pública (MADEIRA et al., 2018).

O EV quando atribuído aos hábitos saudáveis ou não, pode contribuir ou prejudicar a qualidade de vida. Diante disso, o comportamento das pessoas voltado ou não para prevenção da saúde e o controle que essas exercem sobre a vitalidade e sobre a qualidade de sua saúde, é o que irá interferir no EV (BUHRER et al., 2019; OLIVEIRA; RABELO; QUEIROZ, 2012).

Pesquisa com objetivo de descrever o EV das populações adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo, com amostra de 1.652 indivíduos, mostrou que o consumo alimentar foi o principal responsável pelo estilo de vida não saudável, sendo que 51,5% dos idosos, 32,2% dos adultos e 57,9% dos adolescentes não atingiram a recomendação para uma dieta adequada (FERRARI et al., 2017).

A OMS mediante evidências, identificou que para a redução da incidência de DCV e determinados tipos de câncer, faz-se necessário a ingestão de 400 g/dia de frutas e verduras (equivalente a cinco porções/dia) como mudança no EV no quesito alimentação (ORTEGA et al., 2018, WHO, 2021a)

Atualmente, a constante preocupação relacionada à qualidade de vida tem instigado a população a buscar parâmetros para a prevenção de doenças; com isso surge a necessidade de investigação e a capacidade de mensurar elementos que caracterizam um EV mais adequado (TASSINI et al., 2017).

De maneira geral, instrumentos têm sido utilizados para mensurar o EV, como questionários, entrevistas e diários, sendo estes de baixo custo, fáceis de aplicar, os

quais permitem avaliar um grande número de pessoas (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Um exemplo muito utilizado no Brasil e em outros países como em Portugal é o questionário denominado "Estilo de vida fantástico" que tem por objetivo mensurar os principais elementos que caracterizam o estilo de vida adequado para a saúde de uma pessoa (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Investigação com objetivo de apresentar um quadro comparativo entre as semelhanças e diferenças ao nível do estilo de vida dos universitários de uma instituição portuguesa e de uma brasileira utilizando o questionário "Fantástico", evidenciou que os estudantes das duas universidades apresentaram um bom estilo de vida. Os resultados obtidos permitiram identificar itens da escala do estilo de vida que devem ser melhor desenvolvidas, com vista à adoção de medidas que promovam melhor estilo de vida contínuo de cada universitário para o sucesso acadêmico (FONSECA et al., 2017).

Estudo realizado em Portugal também com aplicação do "Fantástico" em jovens universitários identificou que o comportamento global aferido pelo questionário foi classificado como "muito bom", o que corresponde a mensagem "Estás no caminho correto" para os participantes (AMADO et al., 2021).

Em outro estudo o EV foi avaliado entre 49 docentes universitários da área da saúde no Brasil utilizando o questionário "Estilo de Vida Fantástico" e evidenciou que os profissionais da área da saúde obtiveram resultados satisfatórios nos critérios avaliados; porém, quanto a atividade física os participantes relataram que raramente têm o hábito de praticá-la, necessitando de algumas mudanças nos hábitos de vida (SILVA et al., 2018). Dentro deste aspecto identifica-se na literatura que a atividade física insuficiente é a quarta principal causa de morte no mundo (MACEDO et al., 2015).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças estão ligadas a dois elementos fundamentais que podem contribuir para as mudanças na melhoria do estilo de vida, são elas: atividade física e os hábitos alimentares (PÔRTO et al., 2015).

Dentro desta perspectiva observa-se na literatura que Cunha et al (2016) ao desenvolver seu estudo com o objetivo de descrever o EV de pacientes admitidos em uma unidade coronariana com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, evidenciaram que, de uma maneira geral, os 57 participantes, apresentaram um estilo de vida classificado como "bom" de acordo com o questionário *FANTASTIC*. Embora,

alguns domínios do questionário respondido mostraram-se com valores baixos, como tabagismo, nutrição e atividade física, chamou a atenção a necessidade de maior cuidado com as questões relacionadas à promoção da saúde (CUNHA et al., 2016).

Por outro lado, Brito, Gordia e Quadros (2016) ao avaliarem o EV entre estudantes universitários durante os dois primeiros anos do curso de graduação do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, com a utilização do questionário “Estilo de Vida Fantástico” evidenciaram um aumento na prevalência do EV global pouco saudável entre os universitários. E enfatizam que aqueles que já ingressaram na universidade com EV pouco saudável para os domínios “Família e Amigos” e “Introspecção” tiveram maior risco para permanecer com este comportamento ao final do segundo ano do curso de graduação. Assim concluíram que o tempo de permanência na graduação teve influência sobre o EV dos universitários investigados.

A mudança no EV não é uma tarefa fácil, exige das pessoas tomadas de decisões e mudanças de hábitos relacionadas à certas atitudes de vida, que exigirão das pessoas profundas mudanças comportamentais, as quais não raramente vêm acompanhadas de resistências por elas mesmas. E estas resistências dificultam e muitas vezes impedem que as pessoas consigam, com efetividade, manterem os comportamentos saudáveis sugeridos pela equipe de saúde, a curto médio e longo prazo. A quantificação do EV é uma tarefa imprecisa e desafiadora, por se tratar de várias dimensões naturalmente difíceis de serem medidas diretamente de forma objetiva (TASSINI et al., 2017).

Modificações do EV visando a prevenção de várias doenças, incluindo-se as cardiovasculares, são benéficas e devem ser recomendadas, uma vez que as DCV estão relacionadas aos fatores de risco não-modificáveis e também aos modificáveis que estão correlacionados ao estilo de vida (FERRARI et al., 2017).

2.2 Estilo de Vida e Saúde Cardiovascular segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020

A diretriz brasileira apresenta a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como “principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua

para DCV, doença renal crônica (DRC) e morte prematura”. A HAS associa-se aos fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como intolerância à glicose, obesidade, dislipidemia e Diabetes Melito (DM) (BARROSO et al., 2021).

O aumento da PA apresenta relação causal, linear e contínua sobre o risco de DCV, seja em todas as idades, grupos étnicos e gêneros. “A PA atua de forma sinérgica com outros fatores de risco para DCV”. Já em alguns pacientes hipertensos, podem coexistir outros fatores capazes de determinar ou incrementar o aparecimento e desenvolvimento da DCV, independentemente dos valores da PA (BARROSO et al., 2021).

As DCV são consideradas as principais causas de morte, seja em atendimentos ambulatoriais e em hospitalizações em todo o mundo, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil. Dados completos e revisados do *Datasus* mostraram a ocorrência de 15,2 milhões de óbitos em todo o mundo, com um percentual de 29,4% para as DCV (BARROSO et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2020a).

Entre os fatores de risco para HAS, assim como para DCV, existem aqueles que não são modificáveis e aqueles que são modificáveis. Dentre os não modificáveis evidencia-se o aumento da idade, pois o envelhecimento pode ocasionar um aumento da Pressão Arterial Sistólica (PAS), em decorrência do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias, o que contribui para a prevalência da HAS e de suas complicações (BARROSO et al., 2021).

Fatores genéticos podem influenciar os níveis de PA, devido a miscigenação mas, ainda, há a necessidade de mais estudos para se comprovar tal afirmação; a diretriz brasileira aponta que a maioria do risco genético é transmitido de forma poligênica, ou seja, por meio da contribuição de centenas de variações de DNA, que carregam o fenótipo hipertensivo e passa pelas gerações (BARROSO et al., 2021).

A etnia, é um fator importante, mas a diretriz (BARROSO et al., 2021) aponta que as condições socioeconômicas e de estilo de vida parecem ser fatores mais cruciais para as diferenças na prevalência da HAS do que a implicação étnica. E quanto ao gênero, a PA é mais elevada entre homens em faixas etárias mais jovens e em mulheres em faixas etárias maiores. Mas em ambos, a frequência da HAS aumenta com a idade (BARROSO et al., 2021).

Quanto aos fatores modificáveis, estes estão diretamente ligados ao estilo de vida. A obesidade/sobrepeso mostra-se significativa no aumento dos níveis da PA, tanto a obesidade geral, quanto a obesidade abdominal e recomenda-se a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), para predizer risco de morte e morbidade (BARROSO et al., 2021).

Quanto a ingestão de sódio e potássio, o sódio em quantidade elevada aumenta a PA e a prevalência de HAS, consequentemente está associado ao aumento de DCV, quando a ingestão média é superior a 2 g de sódio, o equivalente a 5 g de sal de cozinha. Vale salientar, que o consumo excessivo de sódio é um dos principais fatores de risco modificáveis para a prevenção e o controle da HAS e das DCV. Já de maneira inversa, o aumento na ingestão de potássio reduz os níveis da PA. No Brasil, a ingestão média de potássio é de 2,7 g/dia para homens e 2,1 g/dia para mulheres e de sal é de 9,63 g/dia para homens e 9,08 g/dia para mulheres (BARROSO et al., 2021).

O sedentarismo apresenta uma associação direta com a elevação da PA e da prevalência da HAS; a falta de atividade física tem afetado homens e mulheres globalmente. O impacto da ingestão de álcool, também pode contribuir para o aumento dos valores da PA e a consequente HAS, para aqueles que ingerem seis ou mais doses ao dia, o equivalente a “30 g de álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 mL); = 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 mL); = 1 dose (42% de álcool, 60 mL) de destilados (uísque, vodca, aguardente)”. A diretriz (BARROSO et al., 2021) aponta essas dosagens, sendo que estas devem ser diminuídas para a metade, quando se trata de homens e mulheres de baixo peso.

Quanto ao tabagismo, a mesma diretriz citada anteriormente aponta que o fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares e o enfrentamento para aboli-lo deve ser feito, com medidas efetivas em todas as idades. Outros fatores, tais como os socioeconômicos: menor escolaridade, condições de habitação inadequadas e baixa renda familiar, têm sido considerados importantes fatores de risco para o aumento dos valores da PA, muitas vezes corroborando com o aumento da prevalência da HAS (BARROSO et al., 2021).

A diretriz brasileira (BARROSO et al., 2021) aponta que mudanças no EV são de difíceis implementações e ressalta a importância da participação da sociedade

como um todo junto aos programas de educação e promoção à saúde para todas as faixas etárias. As ações de informação, educação e conscientização são estratégias importantes, que devem ser estabelecidas, por meio de mídia, em parcerias com profissionais de diferentes áreas da saúde, educação, bem estar, por meio de campanhas temáticas periódicas, entre outras (BARROSO et al., 2021).

A Liga Mundial de Hipertensão (WHL), aponta que a redução dos valores da PA em pessoas com HAS não controlada deve atingir 25% dos hipertensos até 2025. Esta é uma meta voluntária estabelecida em acordo com os governos nacionais na Assembleia Mundial da Saúde. A WHL ainda enfatiza que para melhorar o controle da hipertensão, deve-se ter uma abordagem estratégica, que inclui a Avaliação do Conhecimento, Atitudes e Práticas (KAP) dos profissionais de saúde. Essa avaliação para profissionais de saúde pode ser usada para identificar quais programas de treinamento e programas educacionais são relevantes e quais abordagens são mais específicas, efetivas e mais atualizadas para o manejo de doenças crônicas, que são aplicadas para o tratamento e o controle da hipertensão entre os profissionais de diferentes áreas da saúde (CAMPBELL et al., 2017).

A WHL tem defendido o modelo de "convicção de confiança", que pode ser utilizado para avaliar a probabilidade dos pacientes seguirem as recomendações de saúde; ressalta ainda que as pessoas são mais propensas a fazer uma mudança de comportamento no estilo de vida se estiverem confiantes de que podem e se estiverem convencidas de que a mudança é muito importante para elas (CAMPBELL et al., 2017). Por isso as atividades de informação, treinamento e educação em saúde tornam-se imprescindíveis na promoção da saúde.

A pesquisa KAP foi projetada para identificar áreas que precisam de mais educação e treinamento para aumentar o conhecimento, as habilidades e as atitudes em relação às intervenções recomendadas para melhorar o controle da hipertensão. Ela concentrou-se em domínios-chave relacionados à prevenção e ao controle da hipertensão. Os domínios incluíram:

“(1) a importância da hipertensão como um risco clínico e de saúde pública; (2) educação em recomendações nacionais ou internacionais de hipertensão; (3) causas de hipertensão no estilo de vida; (4) medição da pressão arterial, rastreamento e diagnóstico de hipertensão; (4) aconselhamento sobre terapia de estilo de vida; (5) avaliação de risco cardiovascular; (6) terapia com drogas

anti-hipertensivas e (7) adesão à terapia não medicamentosa” (CAMPBELL et al., 2017).

Dessa maneira, para melhorar a saúde cardiovascular foi implementado o projeto *Better Hearts Better Cities* que se trata de uma iniciativa multidisciplinar e multissetorial da *Novartis Foundation*, que tem incentivado estratégias para melhorar a saúde cardiovascular em comunidades urbanas de baixa renda, abordando o controle da hipertensão como um fator de risco chave para DCV. Essa iniciativa busca integrar capacidades e recursos complementares para combater a hipertensão, desde a educação em saúde e escolhas de estilo de vida até a prevenção, triagem, diagnóstico e gerenciamento de pacientes (CAMPBELL et al., 2017; NOVARTIS, 2021).

Esse projeto foi lançado no Brasil em 2018 e apresenta o Instituto *Tellus* como um dos parceiros de sua implementação, tendo em vista os desafios atuais de saúde urbana que são complexos e faz-se necessário uma abordagem global e ampla para o gerenciamento de DCNT. A complexidade deste desafio ora proposto neste projeto está diretamente ligado às mudanças no estilo de vida da população, as quais consistem em treinar os profissionais de saúde a orientar e informar a população, de forma padronizada, dentro das necessidades identificadas em cada comunidade. Trata-se de conscientizar a população sobre a realidade atual em que as pessoas possuem dieta pouco saudável, atividade física reduzida, estresse, consumo excessivo de álcool e tabaco: todos os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis (DNT) e, assim, estabelecerem de forma multidisciplinar e interprofissional com canais efetivos de comunicação e educação a importância de buscar hábitos e estilo de vida saudáveis para melhoria de sua saúde, controle da hipertensão arterial e redução da mortalidade por doenças cardiovasculares até 2025 (INSTITUTO TELLUS, 2021).

O município de São Paulo foi a terceira iniciativa global a implementar o programa *Better Hearts Better Cities*, já que contemplou outras cidades de Dacar (Senegal) e Ulaanbaatar (Mongólia). Estes também utilizaram a estratégia KAP. Em São Paulo ainda está em andamento, a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo e o Move Social também são outros parceiros locais. O trabalho deles será complementado por parceiros globais, incluindo, a AHA (INSTITUTO TELLUS, 2021).

Dados identificados pelo programa *Better Hearts Better Cities* apresentam que um terço da população de São Paulo mora nos bairros de baixa renda da cidade, onde o acesso aos serviços públicos de saúde de qualidade é distribuído de forma desigual. Apenas 32,4% das pessoas são fisicamente ativas, apenas 30% comem frutas ou vegetais regularmente e mais da metade da população está acima do peso (INSTITUTO TELLUS, 2021).

Já Senegal está entre as cidades que mais enfrenta a pobreza, com uma taxa de 46,7% e apresenta 34% de mortes em decorrência de DCNT, com 24% da população com HAS. Dentro das condições crônicas estabelecidas entre as pessoas, a hipertensão é o fator de risco mais importante para DCV. A incidência de AVC na cidade é o principal resultado clínico da hipertensão não controlada. (INSTITUTO TELLUS, 2021, NOVARTIS, 2021). A Mongólia apresenta a segunda maior taxa nacional de morte por hipertensão e outras DCV, com prevalência de hipertensão em 28% da população (MYANGANBAYAR et al., 2018).

Na Mongólia ao aplicarem a estratégia *Better Hearts Better Cities* identificaram a necessidade de um programa de formação clínica amplo centrado nas qualificações e nos conhecimentos necessários das equipes de saúde, para melhorar os sistemas de triagem da PA e assim a identificação de casos novos, tratamento, controle e prevenção da HAS e a importância em se padronizar a técnica da medida indireta da PA (MYANGANBAYAR et al., 2018).

Não diferente do nosso país onde se sabe que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o procedimento da medida indireta da pressão arterial nem sempre atendem as recomendações propostas nas diretrizes brasileiras atuais (BACHUR et al., 2021; COSTA et al., 2021; PEREIRA et al., 2018).

O Senegal, um país situado na costa ocidental da África com rica herança colonial francesa e ricas belezas naturais, que possui 16 milhões de habitantes e tem Dakar como sua atual capital, obteve resultados importantes com a implementação da estratégia *Better Hearts, Better Cities*. Tais resultados indicaram um aumento de quase três vezes no controle da PA em dois anos de implementação de tal estratégia. Já no Brasil, um vasto país sul americano, tropical, que conta com 216 milhões de habitantes tal iniciativa foi implantada na cidade de São Paulo, capital do Estado de São Paulo, estado este economicamente mais desenvolvido; os dados preliminares

mostraram que o controle da PA quase triplicou após apenas um ano de implantação, chegando a 31% do índice de controle dos valores da pressão arterial entre as pessoas com HA (NOVARTIS, 2021).

Embora mudanças no EV não seja de fácil implementação (BARROSO et al., 2021), verifica-se a importância da junção de entidades e de programas na elaboração de novas estratégias para controlar a hipertensão e reduzir a mortalidade por DCV e outras DCNT, reforçando a necessidade de ações de educação e conscientização para com a sociedade (NOVARTIS, 2021).

Assim, identificar o EV e a DCV em diferentes comunidades acadêmicas torna-se importante para a identificação precoce do diagnóstico da hipertensão arterial, tratamento e controle e contribui, sobremaneira, para a redução da mortalidade cardiovascular, iniciativas estas que vão de encontro com a Agenda 2030 estabelecida pela ONU (NORHEIM et al., 2015).

Desta forma a realização deste estudo, tem como finalidade identificar fatores de risco modificáveis relacionados ao EV e analisar a saúde cardiovascular da população em foco, de forma a promover o bem-estar e assegurar uma vida saudável para todas as idades nas diferentes categorias de vínculo da comunidade acadêmica.

E justifica-se pelo fato de que identificar o EV de uma comunidade acadêmica é uma alternativa para construir evidências e contribuir com o estabelecimento de políticas de saúde assertivas, com intuito de auxiliar na implementação de propostas de intervenções educativas direcionadas à prevenção e ao controle dos fatores de risco modificáveis e à redução da morbimortalidade de DCV, uma vez que as mortes prematuras, por ocasião de DCNT e, especificadamente as DCV, afetam principalmente indivíduos jovens, economicamente ativos (DEUS; DORNELES; AMÂNCIO, 2021).

HIPÓTESE

3. HIPÓTESE

3.1 Hipótese alternativa

Pessoas de uma comunidade acadêmica que apresentam estilo de vida saudável apresentam saúde cardiovascular.

3.2 Definição da hipótese

Estilo de vida saudável considerado neste estudo refere-se à comunidade acadêmica que apresentou uma classificação no escore da soma de pontos acima de "Bom" (55 a 69 pontos) no estilo de vida. Quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental, "Bom" indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde. Já a Saúde Cardiovascular corresponde aos participantes que não apresentaram riscos para doença cardiovascular, como, participantes hipertensos, ou com valores da PA elevados e ainda não diagnosticados pelo médico, com IMC elevado, que realizam automedicação, que não realizam o tratamento não medicamentoso e que têm histórico familiar de DCV ou Diabetes tipo 2.

OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Avaliar o estilo de vida e a saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica

4.2 Objetivo Específico

Associar as variáveis relacionadas ao estilo de vida (família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, estresse; tipo de comportamento; introspecção; trabalho) e a saúde cardiovascular da comunidade acadêmica estudada.

5. MÉTODO

As etapas metodológicas que foram desenvolvidas neste estudo, para o alcance dos objetivos propostos estão descritas a seguir.

5.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo-analítico, transversal, com abordagem quantitativa que utilizou esse conjunto de estratégias aplicadas para que os objetivos propostos fossem alcançados. Estudos descritivos pretendem observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno, ou seja, busca-se especificar as características de um grupo de pessoas ou comunidade, sobre esse fenômeno que se pretende analisar (POLIT; BECK, 2019).

Já os estudos analíticos permitem verificar se existe ou não alguma associação entre alguma condição relacionada à saúde ou uma doença. Estes também possibilitam testar uma hipótese (POLIT; BECK, 2019).

E quanto ao estudo transversal, este encontra-se ligado ao intervalo de tempo necessário para a condução da pesquisa, ou seja, neste caso, refere-se as pesquisas que são realizadas em um curto espaço de tempo ou em um determinado período pré estabelecido (POLIT; BECK, 2019).

Quanto à abordagem quantitativa engloba estudos que tratam de um determinado desenho que permitem o emprego da quantificação, na qual se pode utilizar testes estatísticos desde o mais simples até o mais complexo e tem a intenção de garantir maior precisão em seus resultados (POLIT; BECK, 2019).

5.2 Local do Estudo

Unidades de ensino do Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (USP/RP), junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Faculdade

de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP) e Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (EEFERP).

5.3 Participantes do Estudo e Critérios de Elegibilidade

Os participantes deste estudo corresponderam a comunidade acadêmica de cinco Unidades de ensino inseridas no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (USP/RP) junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP) e Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (EEFERP), sendo estas representadas pelas seguintes categorias de vínculo: alunos de graduação, pós-graduação, técnico-administrativos e docentes.

O cálculo amostral adotado para definir a amostra deste estudo foi o método de Amostragem Aleatória Estratificada com alocação proporcional por estratos, em que cada estrato é formado pela combinação das variáveis: Unidades de Ensino (FMRP, EERP, FORP, FCFRP e EEFERP) e Categoria de Vínculo (alunos de Graduação e de Pós-Graduação; Técnico-administrativos e Docentes). A amostra foi selecionada mediante o recebimento das respostas relativas ao envio de e-mails padronizados, em que se explicou os objetivos do estudo; os e-mails eram únicos de cada Unidade de Ensino, o que permitiu que os mesmos fossem disparados ao mesmo tempo para todos os docentes, técnico-administrativos, alunos de graduação e de pós-graduação em cada Unidade separadamente.

A fórmula para o cálculo do tamanho amostral utilizada foi:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 N(1-P)}{\varepsilon^2 P(N-1) + z_{\alpha/2}^2 (1-P)} \quad (1)$$

em que o P representa a prevalência de ocorrência de Pressão Arterial Alterada, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro relativo de amostragem.

Se o tamanho amostral calculado pela expressão dado em (1) for maior do que 10% da população o seguinte procedimento de correção finita é adotado.

$$nc = \frac{n}{(1 + n/N)} \quad (2)$$

em que N é o tamanho total da população de estudo e n é o valor obtido em (1).

A prevalência (em ambos os casos) tomada como base para o cálculo amostral foi assumida como sendo desconhecida. Bussab e Bolfarine (2005) com o intuito de obter uma estimativa conservadora de tamanho amostral, sugerem o valor de prevalência de 50%, que resulta em um tamanho amostral que contemple qualquer valor de P .

A amostra foi alocada proporcionalmente entre os H estratos segundo a fórmula (BUSSAB; BOLFARINE, 2005)

$$n_h = n \frac{N_h}{N},$$

em que N é o total populacional ($N=6474$) e N_h é total de cada estrato H . Os totais populacionais encontram-se na tabela 1.

Adotando-se os parâmetros: Erro relativo de 5%, nível de significância de 5%, prevalência de 50% em cada estrato e a população total de 6474 pessoas, os tamanhos amostrais requeridos em cada estrato encontram-se na tabela 1. O programa adotado para o cálculo amostral foi o R (*R CORE TEAM*, 2018) versão 3.5.3 que pode ser baixado gratuitamente de www.r-project.org.br.

Tabela 1 – Total da população do estudo, segundo cálculo amostral. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2020.

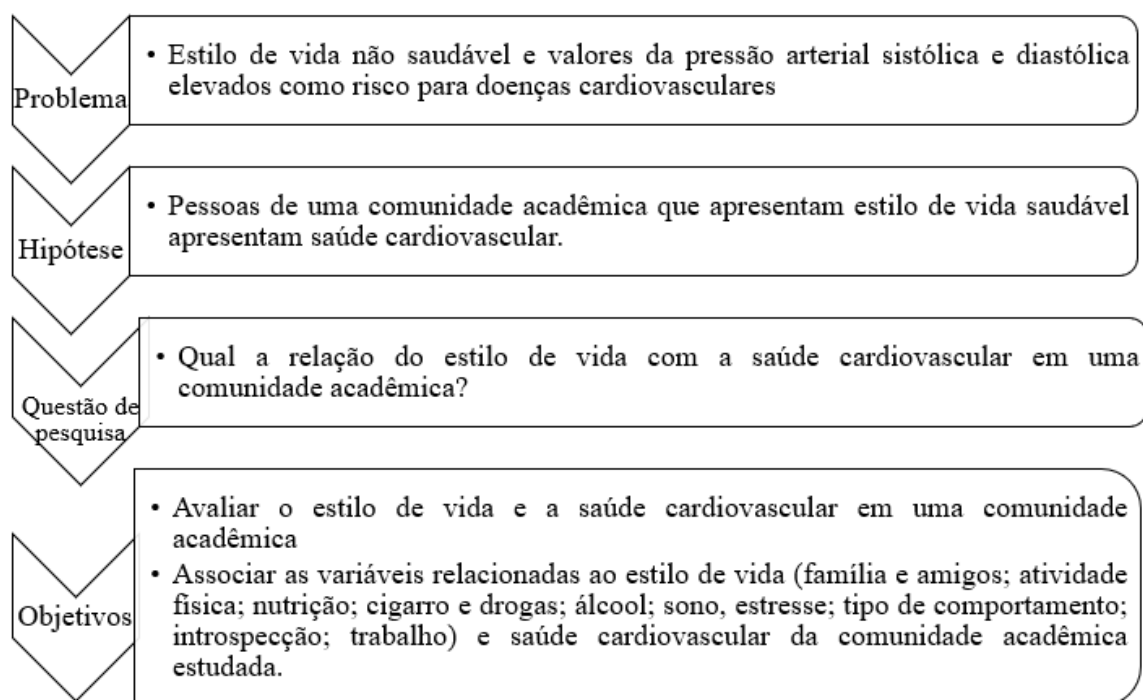
Unidade de ensino	Categoria de Vínculo	População total	População estipulada pela amostragem
		<i>n</i>	<i>n</i>
FMRP	Graduação	1370	251
FMRP	Pós-graduação	1477	271
FMRP	Técnico-administrativo	459	84
FMRP	Docente	321	59
EERP	Graduação	567	104
EERP	Pós-graduação	569	104
EERP	Técnico-administrativo	108	20
EERP	Docente	86	16
FORP	Graduação	411	75
FORP	Pós-graduação	234	43
FORP	Técnico-administrativo	75	14
FORP	Docente	69	13
FCFRP	Graduação	419	77
FCFRP	Pós-graduação	244	45
FCFRP	Técnico-administrativo	33	6
FCFRP	Docente	32	6
EEFERP	Graduação	262	48
EEFERP	Pós-graduação	55	10
EEFERP	Técnico-administrativo	38	7
EEFERP	Docente	18	3
Total		6815	1256

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; EERP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FCFRP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; EEFERP: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto. Fonte: elaborada pela autora, 2020.

O Critério de inclusão definido para os participantes do estudo foi: pessoas maiores de 18 anos, sem distinção de sexo e etnia, uma vez que, selecionados prontificaram-se a participar do estudo. Não foram incluídos participantes que não apresentavam vínculo institucional com a unidade de ensino.

A Figura 1 representa o percurso de desenvolvimento da pesquisa a partir do problema, hipótese, questão de pesquisa e objetivos.

Figura 1 - Percurso representativo do desenvolvimento da pesquisa a partir do problema, hipótese, questão de pesquisa e objetivos



Fonte: elaborado pela autora, 2020

5.4 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos a saber:

5.4.1 QUESTIONÁRIO “ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO”

A aplicação do questionário “*Estilo de Vida Fantástico*” neste estudo foi para avaliar o estilo de vida na comunidade acadêmica. Estudos anteriores que aplicaram o questionário “*Estilo de Vida Fantástico*” mostraram a importância em avaliar o estilo de vida da população, por meio deste instrumento, embora entendam que o mesmo apresente itens que devem ser melhor desenvolvidos, sobretudo no que se refere a

adoção de medidas que promovam melhor estilo de vida contínuo (SILVA et al., 2018; CUNHA et al., 2016).

O questionário “Estilo de Vida Fantástico” (ANEXO B) trata-se de um instrumento desenvolvido originalmente no Canadá por Wilson e Ciliska (1984) em língua inglesa (WILSON; CILISKA, 1984). Em 2008 foi traduzido e validado no Brasil (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008). O levantamento do estilo de vida possibilita ter uma visão mais completa do indivíduo.

A origem da palavra “fantástico” vem do acrônimo *FANTASTIC* que representa as letras dos nomes dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas as 25 questões ou itens:

F = *Family and friends* (família e amigos);

A = *Activity* (atividade física);

N = *Nutrition* (nutrição);

T = *Tobacco & toxics* (cigarro e drogas);

A = *Alcohol* (álcool);

S = *Sleep, seatbelts, stress, safe sex* (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro);

T = *Type of behavior* (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B);

I = *Insight* (introspecção);

C = *Career* (trabalho; satisfação com a profissão) (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

O questionário “Estilo de Vida Fantástico” é um instrumento que pode ser autoadministrado e seus resultados permitem verificar a relação entre a saúde e o estilo de vida do indivíduo. Tal questionário considera o comportamento dos indivíduos no último mês.

O questionário apresenta 25 questões divididas em nove domínios, sendo eles:

1) família e amigos;

- 2) atividade física;
- 3) nutrição;
- 4) cigarro e drogas;
- 5) álcool;
- 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro;
- 7) tipo de comportamento;
- 8) introspecção;
- 9) trabalho.

As questões do questionário estão dispostas na forma de escala *Likert* e possuem cinco alternativas de resposta. As alternativas estão dispostas na forma de colunas para facilitar a sua codificação, a alternativa da esquerda é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável.

A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são:

- “Excelente” (85 a 100 pontos),
- “Muito bom” (70 a 84 pontos),
- “Bom” (55 a 69 pontos),
- “Regular” (35 a 54 pontos) e
- “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos) (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Segundo Añez, Reis e Petroski (2008) o aceitável seria que o indivíduo atingisse pelo menos a classificação “Bom”, pois classificações menores requerem mudanças. Assim sendo, os resultados podem ser interpretados da seguinte forma:

“Excelente” indica que o estilo de vida proporciona ótima influência para a saúde; “Muito bom” indica que o estilo

de vida proporciona adequada influência para a saúde; “Bom” aponta que o estilo de vida proporciona muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta também riscos; “Necessita melhorar” indica que estilo de vida apresenta muitos fatores de risco (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

No Brasil para a validação do instrumento, o mesmo foi aplicado em 62 adultos jovens de ambos os sexos, recrutados por voluntariedade entre os estudantes de graduação e pós graduação da Universidade Federal de Santa Catarina por amostra não-probabilística. A versão em português do questionário “Estilo de vida fantástico” preencheu os critérios de consistência interna, externa e de validade de construto (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Posteriormente este mesmo questionário foi traduzido, adaptado e validado em Portugal em 2014, de modo que sua versão se enquadrasse na realidade sociocultural portuguesa (SILVA; BRITO; AMADO, 2014).

O questionário apresenta no total 30 questões (itens), todas elas com resposta fechada, que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e que se identificam com a sigla “FANTÁSTICO”: F: Família e Amigos; A: Atividade física/ Associativismo; N: Nutrição; T: Tabaco; A: Álcool e Outras drogas; S: Sono/Stress; T: Trabalho/Tipo de personalidade; I: Introspecção; C: Comportamentos de saúde e sexual; O: Outros Comportamentos (SILVA; BRITO; AMADO, 2014).

A soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios permite chegar a um *score* global que classifica os indivíduos de 0 a 120 pontos. de 0 a 46 (Necessita melhorar); de 47 a 72 (Regular); de 73 a 84 (Bom); de 85 a 102 (Muito bom) e de 103 a 120 (Excelente). Quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental (SILVA; BRITO; AMADO, 2014).

Participaram voluntariamente 707 estudantes do ensino superior na área, ensino superior em saúde da região Centro de Portugal. O questionário mostrou-se culturalmente adequado e compreensível. As análises estatísticas revelaram que o questionário preencheu os critérios de consistência interna, externa, validade de construto e, ainda, de validade concorrente (SILVA; BRITO; AMADO, 2014).

Tem-se, então, que foram realizadas versões adaptadas do “Questionário Estilo de Vida Fantástico” de acordo com a realidade de cada país, mas com o mesmo propósito de avaliar o estilo de vida de uma determinada população. Ambos foram testados e podem ser utilizados.

5.4.2 FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PROGRAMA DE RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL NO BRASIL

Esse formulário foi melhorado e validado por juízes expertises na temática de hipertensão arterial e sua primeira versão no Brasil consta no Anexo A. Tal formulário originalmente foi construído pela “*World Hypertension League*” (WHL) (BERBARI et al., 2014).

A WHL é uma organização governamental, sem fins lucrativos, com o objetivo de controlar a HAS em todo o mundo. Foi fundada em 4 de janeiro de 1984, em Genebra, na Suíça, após conferências realizadas em parceria com a OMS e as sociedades de cardiologia de vários países (WHL, 2015a)

A necessidade de prevenção e de controle da hipertensão foi enfatizado pelas metas das Nações Unidas para reduzir a hipertensão não controlada em até 25% e reduzir o sal da dieta (sódio) em 30%, até 2025. Diante disso, para aumentar seu impacto, o WHL focou no planejamento estratégico para a prevenção e o controle da hipertensão incluindo as políticas públicas, conscientização sobre o diagnóstico de hipertensão e sobre a redução do sal na dieta (WHL, 2015b).

Dados utilizados para avaliação da saúde cardiovascular, retirados do formulário da WHL são os seguintes:

1. Identificação do participante: nome, idade, sexo, e-mail
2. Uma questão sobre o conhecimento do participante sobre seu estado de saúde atual, com o questionamento se, alguma vez foi informado que sua PA estava elevada e uso habitual de medicação anti-hipertensiva;
3. Questões atribuídas à descrição do tratamento não medicamentoso no qual o participante está sendo submetido, tais como: orientações médicas sobre o consumo de álcool e sal, perda de peso, prática de exercícios físicos e cessação do tabagismo.

4. Questões referentes à adesão ao tratamento de alguma doença cardiovascular ou Diabetes do tipo 2 e relato de histórico familiar de doença cardiovascular;
5. Campos atribuídos ao registro das medidas da pressão arterial sistólica e diastólica referidos
7. Dados antropométricos: peso, altura e IMC.

5.4.2.1 Procedimento de Validade de Conteúdo

O instrumento “Formulário de Coleta de Dados - Programa de Rastreamento da Pressão Arterial no Brasil” passou por uma validação de conteúdo após sua adaptação. A validade de conteúdo refere-se à avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa ao domínio de um conteúdo, ou seja, representa o grau de relevância em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido (POLIT; BECK, 2011). Em suma pode-se dizer que um teste é válido quando ele realmente mede o fenômeno de interesse.

Esta validação é realizada por meio da avaliação de um comitê de especialistas, na qual utiliza o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para análise quantitativa. O IVC mede concordância dos juízes sobre os itens do instrumento. Este método consiste na utilização da escala tipo *Likert* (1 = item não equivalente; 2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência; 3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações e 4 = item absolutamente equivalente), que se refere a construção das escalas de respostas, que permite o estabelecimento de respostas graduadas para cada afirmação, com intuito de medir percepções e atitudes de acordo com as respostas dos juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A análise da escala tipo *Likert* foi da seguinte forma: os itens que recebessem pontuação de 1 ou 2 deveriam ser revisados ou eliminados e para os itens que recebessem pontuação 3 e 4 seria realizado o cálculo para analisar o índice de concordância.

Quanto a caracterização dos juízes, foram convidados para participar da validação do instrumento dez juízes que apresentavam proximidade com a temática

sobre rastreamento da pressão arterial e Hipertensão Arterial. Esses juízes foram identificados por meio do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Hipertensão Arterial do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, credenciado junto ao CNPq (GIPHA-DEGE-EERP-USP). Segundo Alexandre e Coluci (2011) o comitê de juízes deve ser composto por profissionais que apresentem experiência clínica, que sejam pesquisadores na área temática de avaliação e que conheçam o processo metodológico utilizado na construção do instrumento de medida, sendo que a quantidade de juízes pode ser de cinco a 10.

O convite de participação dos juízes foi enviado por *e-mail* e contou com uma carta que descrevia os objetivos da pesquisa, os objetivos do referido instrumento e os conceitos envolvidos para o entendimento da atividade (APÊNDICE A); foi também elaborado e enviado um instrumento para nortear a avaliação dos juízes (APÊNDICE C) quanto ao “Formulário de Coleta de Dados - Programa de Rastreamento da Pressão Arterial no Brasil” (ANEXO A), na qual após as sugestões dos juízes e análise do IVC, este foi reformulado (APÊNDICE D).

Participaram como juízes sete profissionais da área da saúde com “*expertise*” no tema do estudo, todos do sexo feminino, com idade média de 41,28 anos. Quanto à formação acadêmica, três corresponderam a fisioterapeutas e quatro a enfermeiros. A média de tempo de formação dos juízes foi de 17,14 anos. Três apresentaram doutorado e três tinham mestrados concluídos e uma com mestrado em andamento. Todos apresentaram experiência na temática sobre a Medida Indireta da Pressão Arterial e apenas uma juíza não orienta trabalhos na área.

Durante o processo de validação do formulário pelos juízes, foram-lhes realizados os seguintes questionamentos: “*O instrumento é pertinente quanto a relevância do conteúdo e atende a finalidade de proposta de rastrear a medida da pressão arterial?*”; “*O instrumento apresenta clareza, ou seja, seu conteúdo é compreensível?*”; “*A linguagem é de fácil compreensão?*”; “*A consistência está adequada quanto a profundidade do tema?*”, todos responderam que sim.

Posteriormente para cada questão do formulário, os juízes responderem de acordo com a escala tipo *Likert* (1 = item não equivalente; 2 = item necessita de grande

revisão para ser avaliada a equivalência; 3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações; 4 = item absolutamente equivalente).

Para análise do IVC de cada item do formulário, foi somada as respostas 3 e 4 dos participantes do comitê de especialistas e foi dividido o resultado dessa soma pelo número total de respostas, conforme fórmula a seguir: (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

$$\text{IVC} = \text{No de respostas 3 ou 4} / \text{No total de respostas}$$

O índice de concordância aceitável entre os membros do comitê de especialistas deve ser de no mínimo 0,80 e, preferencialmente, maior que 0,90 (POLIT; BECK, 2006). A Tabela 2 mostra a análise descritiva dos itens validados.

Tabela 2 – Itens validados do “Formulário de Coleta de Dados - Programa de Rastreamento da Pressão Arterial no Brasil”, segundo grau de concordância e Índice de Validade de Conteúdo. (n=6). Ribeirão Preto, SP, 2020

Questões do Formulário	IVC
1. Algum médico ou outro profissional da saúde já lhe disse que você tem pressão alta ou HAS?	1
2. a) Você está tomando ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico?	1
b) Você toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria?	
c) Você toma algum outro medicamento? Quais:	
3. Você está realizando e/ou recebeu orientação de profissionais de saúde sobre:	0,85
a) Redução do consumo de álcool	
b) Redução da ingestão de sal	
c) Tratamento para perda de peso	
d) Tratamento para parar de fumar	
e) Prática de atividade física	
4. Você está recebendo tratamento ou orientação sobre alguma doença cardiovascular?	0,85
5. Você está recebendo tratamento ou orientação sobre Diabetes do tipo 2?	0,85
6. Você tem histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: IAM, Angina, AVE)	0,85
7. Medida da pressão arterial	0,85
a) Tamanho da circunferência braquial: _____ cm	
b) Membro utilizado para a medida da circunferência braquial: <input type="checkbox"/> direito <input type="checkbox"/> esquerdo	
c) Tamanho do manguito utilizado: <input type="checkbox"/> pequeno <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> grande	
8. Dados para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC):	1
a) Peso(kg)_____	
b) Altura (m)_____	

9. O participante referiu algum outro problema de saúde durante o rastreamento (dor no peito, falta de ar, visão embaçada, mal-estar, náuseas, etc.)? Sim Não Se sim, qual: _____ 1
10. O participante deverá medir a sua PA e/ou procurar um profissional de saúde: nos próximos dias dentro de algumas semanas anualmente 1
11. Orientações realizadas: Valores da PA Dieta saudável (frutas, verduras, redução de sal, frituras) Prática de atividade física Cessação do tabagismo. Por meio de: Orientação verbal Entrega de folder Outro: _____ 1

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Os itens do formulário apresentaram um índice de concordância aceitável entre os juízes. Já os itens que receberam sugestões foram readequados e aqueles que não atendiam a proposta do formulário foram suprimidos.

5.5 Período de coleta de dados

O período da coleta de dados ocorreu entre outubro à dezembro de 2020.

5.6 Coleta de Dados

Os instrumentos de coleta de dados foram enviados por e-mail para as cinco Unidades de ensino no Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (USP/RP) e estas enviaram para os participantes do estudo, por meio de um formulário eletrônico elaborado no *Google Forms on-line*, em que os participantes responderam de acordo com sua disponibilidade de tempo e acesso à internet.

Os formulários do *Google Forms* podem servir para a prática pedagógica e acadêmica. Apresentam como características, agilidade na coleta de dados e análise dos resultados, pois uma vez respondido os resultados já aparecem imediatamente computados; possibilidade de acesso em qualquer local e horário; facilidade de uso entre outros. Uma de suas utilidades, em especial, está nas pesquisas acadêmicas, pois permite a coleta e análise de dados estatísticos, facilitando o seu processo (MOTA, 2019).

Sendo assim, a grande vantagem de sua utilização em pesquisas refere ao fato do autor poder enviar para os respondentes via *e-mail*, ou por meio de um *link*, assim todos poderão responder de qualquer lugar; é uma praticidade para pesquisas acadêmicas ou de opinião (MOTA, 2019).

O *Google Forms*, além dessa vantagem, ainda possibilita que os resultados da pesquisa sejam organizados em forma de gráficos e planilhas, proporcionando um resultado quantitativo organizado e prático, facilitando a análise dos dados. Estudo

aponta que com tal formato *on-line* os antigos formulários impressos tendem a serem substituídos, com o passar do tempo (MOTA, 2019).

Dessa, forma, no *e-mail* enviado às Unidades de Ensino, foi sinalizado aos participantes que para responder ao formulário, o tempo não passaria de 5 minutos e as respostas seriam enviadas automaticamente ao *Google Forms* assim que finalizassem o preenchimento e clicassem no *link* “enviar”.

Todos os participantes que atenderam os critérios de inclusão foram incluídos, apenas algumas respostas incompletas ou incoerentes foram consideradas como dados perdidos e não foram acrescentadas no estudo; nas tabelas estes itens foram denominados como “Dados incompletos”.

5.7 Associação das Variáveis

Unidade de Ensino da Saúde X Categoria de Vínculo X idade X sexo feminino X IMC; idade X sexo masculino X IMC; IMC X Categoria de Vínculo; Classificação dos valores da Pressão arterial X sexo feminino X idade; Classificação da Pressão arterial X sexo masculino X idade; Classificação dos valores da Pressão arterial X Categoria de Vínculo; Frequência com que realizam a medida da pressão arterial X sexo feminino X idade; Frequência com que realizam a medida da pressão arterial X sexo masculino X idade; Saúde cardiovascular X idade X sexo feminino; Saúde cardiovascular X idade X sexo masculino.

Estilo de Vida X sexo feminino X idade; Estilo de Vida X sexo masculino X idade; Estilo de Vida X Unidade de Ensino da Saúde; Estilo de Vida X Categoria de Vínculo; Estilo de Vida X sexo masculino e feminino; Estilo de Vida X Nível de escolaridade; Estilo de vida X IMC; Estilo de vida X IMC X Unidades de Ensino da Saúde; Estilo de vida X IMC X Categoria de Vínculo; Estilo de vida X Classificação dos valores da Pressão Arterial; Estilo de vida X Frequência com que realizam a medida da PA; Estilo de vida X Frequência com que realizam a medida da PA X Categoria de Vínculo; Estilo de vida X Frequência com que realizam a medida da PA X Unidades de Ensino da Saúde; Estilo de Vida X Saúde cardiovascular; Estilo de

Vida X Saúde Cardiovascular X Unidades de Ensino da Saúde; Estilo de Vida X Saúde Cardiovascular X Categoria de Vínculo.

5.8 Análise dos Dados

Para responder ao objetivo específico e a hipótese alternativa foi analisado se os participantes que apresentaram uma classificação acima de "Bom" (55 a 69 pontos) no estilo de vida apresentaram uma saúde cardiovascular, sem os fatores de risco, que corresponde aos participantes que não apresentaram riscos para DCV, como, os hipertensos, ou com valores da PA elevados e ainda não diagnosticados pelo médico, com IMC elevado, que realizam automedicação, que não realizam o tratamento não medicamentoso e que têm histórico familiar de DCV ou Diabetes tipo 2.

Neste estudo estilo de vida saudável foi considerado, dentro dos nove domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho, a somatória dos scores e a classificação previamente assim denominada "Excelente" (85 a 100 pontos)", "Muito bom" (70 a 84 pontos), "Bom" (55 a 69 pontos), "Regular" (35 a 54 pontos) e "Necessita melhorar" (0 a 34 pontos), Dentro desses domínios para se ter um estilo de vida saudável é necessário que se obtenha uma classificação acima de "Bom" (55 a 69 pontos).

Os parâmetros de saúde cardiovascular considerados no estudo foram referidos pelos participantes de acordo com o seu conhecimento sobre seu estado de saúde atual, valores da PA referidos, se apresentavam diagnóstico médico de hipertensão, se usavam medicação anti-hipertensiva prescrita pelo médico e/ou por conta própria; IMC mediante a informação de peso e altura, tratamento não medicamentoso para promoção da saúde cardiovascular (orientações médicas sobre o consumo de álcool e sal, perda de peso, prática de exercícios físicos e cessação do tabagismo); adesão ao tratamento de alguma doença cardiovascular ou Diabetes do tipo 2 e relato de história familiar de DCV.

5.9 Análise Estatística

Todos os dados obtidos pelo *Google Forms* foram transferidos para um banco de dados elaborado junto ao Programa *Microsoft Excel*®.

Os testes Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fisher foram também utilizados. O teste exato de Fisher só foi utilizado quando não se aplicava o teste Qui-quadrado, ou seja, quando o cruzamento das variáveis resultava em frequências com valores menores do que cinco (AGRESTI, 2002).

Os testes de associação utilizados nas análises bivariadas foram o teste Qui-Quadrado de *Cochran-Armitage* (ARMITAGE, 1955; COCHRAN, 1954) e Linear por Linear (AGRESTI, 2002). O teste Qui-Quadrado de *Cochran-Armitage* utiliza-se quando uma das variáveis da tabela de contingência é ordinal enquanto que no caso em que ambas são ordinais utiliza-se o teste linear por linear. Para a comparação de grupos no caso em que a variável categórica é ordinal, utilizou-se no trabalho o teste de *Jonckheere-Terpstra* (JONCKHEERE, 1954; TERPSTRA, 1952).

No modelo de regressão não foram enviadas todas as variáveis, foi estabelecido categorias de referência. Para a realização da análise de regressão logística multinomial foram consideradas como variáveis desfechos do estudo a classificação de Pressão Arterial (Ótima, Normal, Pré-hipertenso, Hipertenso) e o Estilo de Vida (EV: Avaliada pelo Fantástico). Como as variáveis dependentes do estudo são ordinais (Ótima < Normal < Pré-hipertenso < Hipertenso em PA) e (Excelente < Muito Bom < Bom < Ruim/Precisa Melhorar em QV) optou-se pelo uso de logitos cumulativos. O modelo de logitos cumulativos (AGRESTI, 2002) caracteriza-se pela soma de todas as probabilidades de categorias menores ou iguais a j ($j = 2, \dots, J$). Matematicamente é definido como:

$$\text{logit}(P(Y \geq j|x)) = \log \frac{P(Y \geq j|x)}{(1-P(Y \geq j|x))}$$

em que $P(Y \geq j|x) = \pi_j + \pi_{j+1} + \dots + \pi_J$ representa as probabilidades acumuladas de o evento ser maior ou igual a J . No nosso caso $j = 1, 2, 3, 4$ em que 1 = Ótima, 2 = Normal, 3 = Pré-Hipertenso e 4 = Hipertenso para Pressão Arterial e 1 = Excelente, 2 = Muito Bom, 3 = Bom e 4 = Ruim/Precisa Melhorar para a Qualidade de

Vida. A relação entre as variáveis dependentes e independentes do modelo de regressão logística ordinal com logitos cumulativos é dada pela expressão

$$\text{logit}(P(Y \geq j|x)) = \alpha_j + \beta_{jk}x_k$$

Para $j = 2, \dots, J$ o número de ligações ($J - 1$) do modelo e $k = 1, \dots, p$ indica o número de parâmetros de cada ligação. Um caso particular ocorre quando assumimos a hipótese de paralelismo, ou seja, todos os logitos apresentam o mesmo parâmetro de inclinação ($\beta_{2k} = \beta_{3k} = \dots = \beta_{Jk} = \beta_k$). Nesta simplificação é dito que o modelo é de odds proporcionais (MCCULLAGH, 1980).

No entanto, têm algumas situações para as quais algumas variáveis se aplica a mesma inclinação enquanto que para outras a hipótese de proporcionalidade não se aplica. Nesta situação tem-se um modelo de *odds* proporcional parcial (AGRESTI, 2010).

Como variáveis independentes do modelo foram utilizadas Sexo (Feminino, Masculino), Idade (anos), Categoria (Aluno Graduação, Aluno Pós-Graduação, Docente, Funcionário), Nível de Escolaridade (Ensino Médio, Superior, Mestrado, Doutorado, Pós-Doutorado), Unidade de Ensino (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto), Medico disse que tem HAS (Sim, Não), Tomou medicação que tenha sido prescrita pelo Médico (Sim, Não), Toma medicação por conta própria (Sim, Não), recebeu orientação profissional (Sim, Não), recebeu orientação sobre redução de álcool (Sim, Não), recebeu orientação sobre redução de sal (Sim, Não), recebeu orientação sobre perda de peso (Sim, Não), recebeu orientação sobre fumar (Sim, Não), recebeu orientação sobre prática de atividade física (Sim, Não), número de orientações recebidas (0, 1, 2, 3, 4, 5), Faz tratamento de DCV (Sim, Não), Faz tratamento de DM2 (Sim, Não), Tem histórico de DCV (Sim, Não), Frequência que avalia PA (Diariamente, Semanalmente, Anualmente/Nunca) e IMC (Baixo/Normal, Sobrepeso e Obesidade).

A seleção das variáveis foi feita em 2 etapas. Na primeira etapa foi avaliada a presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes. A avaliação de multicolinearidade avalia a entrada de variáveis no modelo que sejam muito

correlacionadas entre si. Uma das medidas mais utilizadas é o Fator de Inflação da Variância (VIF), cuja expressão é definida por:

$$VIF_j = \frac{1}{1-R_j^2}$$

em que R_j^2 é o coeficiente de correlação múltipla resultante da regressão de X_j nos outros $p - 1$ regressores. Quanto maior o grau de dependência de X_j dos regressores remanescentes, mais forte a dependência e maior o valor de R_j^2 . Como ponto de corte adotou-se um valor de $VIF > 5$ (MYERS; MONTGOMERY, 2002). Visto que as variáveis independentes são as mesmas para ambos os desfechos, o resultado desta análise também será válido para ambos.

Na segunda etapa foi aplicado o procedimento de seleção de variáveis denominado por *stepwise*, com o uso do Critério de Informação de Bayesiana (BIC) (SAKAMOTO; ISHIGURO; KITAGAWA, 1986), para as variáveis remanescentes da primeira etapa. Por razões de ordem numérica relacionada ao número de parâmetros, o procedimento foi aplicado considerando-se o modelo de *odds* proporcionais. Para as variáveis selecionadas pelo BIC, testou-se de forma individual pelo teste da Razão de Verossimilhança (ZEILEIS; HOTHORN, 2002), a suposição de não proporcionalidade.

No modelo final foi calculado as correspondentes Razões de Chances (*Odds Ratio*, OR) correspondentes a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados. Todas as análises foram realizadas pelo programa R (R CORE TEAM, 2021) com um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$), pelo uso do pacote VGAM (YEE, 2010).

5.10 Procedimentos Éticos

O formulário enviado aos participantes continha a descrição dos objetivos do estudo, as orientações para que aqueles que aceitassem participar do estudo deveriam clicar no *link* “concordo”, na qual seria possível visualizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após o consentimento, poderiam responder a todos os instrumentos de coletas de dados que compõem este estudo

(APÊNDICE D). Os juízes também poderiam participar da validação de conteúdo do “Formulário – Programa de rastreamento da pressão arterial no Brasil” mediante ao aceite e assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

Ao responderem os questionários/instrumentos que foram utilizados no presente estudo, os participantes foram submetidos aos riscos mínimos, pela baixa possibilidade de causar algum dano à sua saúde, por ser apenas respostas enviadas por meio de um formulário *on-line*, sem nenhum contato físico, uma vez que o período em que o estudo foi desenvolvido compreendia o período pandêmico devido ao SARS Cov-2. Também nenhum participante foi submetido a qualquer procedimento invasivo. A autonomia dos participantes deste estudo foi respeitada pelas suas livres decisões em participarem ou não da pesquisa, após receberem todas as informações e orientações sobre o desenvolvimento da mesma para que pusesse subsidiar suas decisões. Desta forma foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, éticos, os hábitos e costumes de cada participante. Foram previstos procedimentos que assegurassem a confidencialidade, o anonimato das informações, a privacidade, garantindo que as informações obtidas não fossem utilizadas em prejuízos, de qualquer natureza.

Os juízes que contribuíram para a validação de conteúdo de um formulário de rastreamento da pressão arterial que poderá ser utilizado em todo Brasil, foram beneficiados, uma vez que, tiveram oportunidade em aprofundar e ampliar seus conhecimentos na temática do rastreamento da pressão arterial e sua importância na prevenção e combate a Hipertensão Arterial.

A aplicação destes instrumentos pode se tornar uma ferramenta eficaz no processo de avaliação e compreensão sobre um estilo de vida saudável e formas de contribuir para a saúde cardiovascular. Considera-se que há a necessidade de reconhecer o entendimento do participante a respeito do seu estilo de vida, em benefício de sua saúde e qualidade de vida.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com parecer número: 3.904.882 e CAAE: 23560619.8.0000.53.93 (ANEXO C).

RESULTADOS

6. RESULTADOS

De acordo com os objetivos propostos e o desenho metodológico estabelecido os resultados deste estudo estão apresentados a seguir.

O estudo contou com 1108 participantes de cinco Unidades de Ensino da USP, sediadas no Campus da USP de Ribeirão Preto a saber: FMRP, EERP, FORP, FCFRP e EEFRP e Categoria de Vínculo (alunos de Graduação e de Pós-Graduação; Técnico-administrativos e Docentes), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Total da população do estudo após coleta de dados. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2020

Unidades de ensino	Categorias de vínculo	População estipulada pela amostragem	População participante	Valor percentual referente a cada Unidade
		<i>n</i>	<i>n</i>	%
FMRP	Graduação	251	112	27,1%
FMRP	Pós-graduação	271	209	50,5%
FMRP	Técnico-administrativos	84	43	10,4%
FMRP	Docentes	59	50	12,1%
EERP	Graduação	104	44	15,8%
EERP	Pós-graduação	104	145	52,0%
EERP	Técnico-administrativos	20	35	12,5%
EERP	Docentes	16	55	19,7%
FORP	Graduação	75	40	26,6%
FORP	Pós-graduação	43	59	37,8%
FORP	Técnico-administrativos	14	25	16,0%
FORP	Docentes	13	32	20,5%
FCFRP	Graduação	77	37	17,3%
FCFRP	Pós-graduação	45	82	38,3%
FCFRP	Técnico-administrativos	6	58	27,1%
FCFRP	Docentes	6	37	17,3%
EEFERP	Graduação	48	14	31,1%

EEFERP	Pós- graduação	10	11	24,4%
EEFERP	Técnico- administrativos	7	11	24,4%
EEFERP	Docentes	3	9	20,0%
Total		1256	1108	

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; EERP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FCFRP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; EEFERP: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto.

Fonte: elaborada pela autora, 2020.

Resultados revelam que a população participante foi significativa mediante ao estipulado pelo cálculo amostral, atingiu todas as categorias de vínculo, mas não atingiu totalmente o estipulado em cada unidade de ensino, porém não interferiu no resultado final do estudo. Quanto a associação entre a variável Unidade de Ensino e Categoria de vínculo o valor de p foi ($p=0,000$).

Dos 279 participantes deste estudo oriundos da Unidade de Ensino EERP, 44 (15,8%) eram alunos de graduação; 145 (52% alunos de pós graduação; 55 (19,7%) docentes e 35 (12,5%) técnico-administrativos. Dos 414 participantes da FMRP, 112 (27,1%) eram alunos de graduação, 209 (50,5%) alunos de pós graduação, 50 (12,1%) docentes e 43 (10,4%) técnico-administrativos.

Na FCFRP, de 214 participantes, 37 (17,3%) eram alunos de graduação, 82 (38,3%) alunos de pós graduação, 37 (17,3%) docentes e 58 (27,1%) técnico-administrativos. Na FORP, de 156, 40 (25,6%) eram alunos de graduação, 59 (37,8%) alunos de pós graduação, 32 (20,5%) docentes e 25 (16,0%) técnico-administrativos. E dos 45 participantes da EEFERP, 14 (31,1%) eram alunos de graduação, 11 (24,4%) alunos de pós graduação, nove (20,0%) docentes e 11 (24,4%) técnico-administrativos. Após análise da totalização da população do estudo, verifica-se as características dos participantes, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Características da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

Sexo	n	%	Mediana	Media (DP)*
Feminino	793	71,6		
Masculino	315	28,4		
Idade (anos)			30,80	34,80 (12,53)
18-19	25	2,3		
20-29	499	45,0		
30-39	269	24,3		
40-49	157	14,2		
50-59	89	8,0		
≥60	68	6,1		
Nível de escolaridade				
Doutorado concluído	91	8,2		
Doutorado em andamento	298	26,9		
Ensino Fundamental completo	1	0,1		
Ensino médio completo	56	5,1		
Ensino médio incompleto	4	0,4		
Ensino superior completo	120	10,8		
Ensino superior incompleto	197	17,8		
Mestrado concluído	36	3,2		
Mestrado em andamento	177	16,0		
Pós- doutorado	128	11,6		
Categoria de vínculo				
Aluno de graduação	247	22,3		
Aluno de pós-graduação	506	45,7		
Docente	183	16,5		
Técnico-administrativo	172	15,5		
Unidade de Ensino da USP				
EEFERP	45	4,1		
EERP	279	25,2		
FCFRP	214	19,3		
FMRP	414	37,4		
FORP	156	14,1		

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; EERP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FCFRP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; EEFERP: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto; DP: Desvio Padrão.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Dados da Tabela 4 demonstram que o estudo contou com uma maior participação e aderência do público do sexo feminino, com média de idade de 34,8 anos. Apenas a variável idade nesta Tabela que houve um dado perdido, totalizando 107 participantes. No que concerne a associação da variável sexo e idade, na faixa etária de 18-19 anos foram 21 (84,0%) mulheres e (16,0%) homens, 20-19 anos foram 376 (75,4%) mulheres e 123 (24,6%) homens, 30-39 anos com 194 (72,1%) mulheres

e 75 (27,9%) homens, 40-49 anos, 103 (65,6%) mulheres e 54 (34,4%) homens, 50-59 anos, 59 (66,3%) mulheres e 30 (33,7%) homens e ≥ 60 foram 39 (57,4%) mulheres e 29 (42,6%) homens.

Quanto a escolaridade cinco (0,5%) dos participantes não apresentaram ensino médio completo, 56 (5,1%) possuíam o ensino médio completo e os demais participantes em sua maioria já cursaram ou estavam cursando nível superior de ensino com uma graduação ou pós-graduação.

Quanto a categoria de vínculo, em sua maioria foram alunos de pós-graduação com 506 (45,7%) participantes e a Unidade de Ensino que apresentou maior índice de participantes foi a FMRP, seguido da EERP, FCFRP, FORP e EEFERP. Esse fato é justificado pelo número de população nestas unidades, com a FMRP sendo considerada a maior das Unidades, com exceção da FORP que em número é maior que a FCRP, porém a FCRP foi mais aderente à pesquisa em relação à Faculdade de Odontologia.

6.1 Análise de Dados Antropométricos

A Tabela 5 apresenta os dados antropométricos e de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e de Pressão Arterial Diastólica (PAD); entretanto esses dados não foram medidos e aferidos nos participantes, mas foram por eles relatados durante o estudo. Nos dados referentes à PAS e PAD houve 34 dados incompletos, ou seja, dados não aproveitados por erro na digitação ou falta.

Tabela 5 - Variáveis Antropométricas e de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média (DP) *
Peso (kg)	1108	40	157	68,00	71,01 (17,06)
Altura (m²)	1108	1,49	1,99	1,67	1,68 (0,09)
IMC*(Kg/m²)	1108	15,06	52,17	24,38	25,12 (5,02)
PAS*(mmHg)	1074	80	180	110,00	113,89 (11,23)

PAD*(mmHg)	1074	40	110	70,00	73,79 (9,20)
-------------------	------	----	-----	-------	--------------

*IMC: Índice de Massa Corporal; * PAS: Pressão Arterial Sistólica; *PAD: Pressão Arterial Diastólica; DP: Desvio Padrão.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

A Tabela 6 complementa a Tabela 5, faz uma comparação do IMC entre participantes do sexo masculino e feminino e diferentes idades. O valor de p indica que houve associação na comparação entre idade, sexo feminino e IMC, como mostra a Tabela 6. O sobrepeso apresentou-se em um total de 180 pessoas (22,7%), a Obesidade classe I, em 72 (9,0%), a Obesidade classe II, em 22 (2,7%) e a obesidade classe III, em 13 (1,6%) entre as mulheres de diferentes idades. O que significa que do total das mulheres 792 (100,0%), 287 (36,2%) apresentam IMC elevados, com valor $\geq 25,0$ kg/m².

Na Tabela 7, em relação ao sexo masculino o sobrepeso apresentou-se em um total de 128 participantes (40%), a Obesidade classe I, em 24 (7,6%), a Obesidade classe II, em 15 (4,7%) e a Obesidade classe III, em 2 (0,6%) entre os homens de diferentes idades. E no que diz respeito ao valor de p não houve associação na comparação, mas vale ressaltar a quantidade de 169 (53,6%) homens com IMC elevados, com valor $\geq 25,0$ kg/m², ou seja, mesmo sendo uma população menor em relação a mulheres apresentou um valor alterado em mais de 50% de sua totalidade, 315 (100%).

Tabela 6 – Diferenças de Índice de Massa Corporal entre sexo feminino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=792). Ribeirão Preto, SP, 2020

IMC (Kg/m ²)	Idade (anos)						p.valor
	18-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	≥60 n(%)	
Baixo peso (<18,5)	4(9,8%)	28(68,3%)	8(19,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,4%)	
Normal (18,5-24,9)	11(2,4%)	248(53,4%)	114(24,6%)	43(9,3%)	29(6,3%)	19(4,1%)	
Sobrepeso (25,0-29,9)	4(2,2%)	66(36,7%)	43(23,9%)	38(21,1%)	18(10,0%)	11(6,1%)	
Obesidade Classe I (30,0-34,9)	1(1,4%)	24(33,3%)	23(31,9%)	9(12,5%)	9(12,5%)	6(8,3%)	<u>≤0,001*</u>
Obesidade Classe II (35,0-39,9)	1(4,5%)	8(36,4%)	4(18,2%)	5(22,7%)	2(9,1%)	2(9,1%)	
Obesidade Classe III (≥40,0)	0(0,0%)	2(15,4%)	2(15,4%)	8(61,5%)	1(7,7%)	0(0,0%)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 7 – Diferença de Índice de Massa Corporal entre sexo masculino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020

IMC (Kg/m ²)	Idade (anos)						p.valor
	18-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	≥60 n(%)	
Baixo peso (<18,5)	0(0,0%)	4(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Normal (18,5-24,9)	3(2,3%)	65(49,2%)	26(19,7%)	18(13,6%)	9(6,8%)	11(8,3%)	
Sobrepeso (25,0-29,9)	0(0,0%)	40(31,3%)	32(25,0%)	25(19,5%)	15(11,7%)	16(12,5%)	0,076*
Obesidade Classe I (30,0-34,9)	1(2,9%)	7(20,6%)	13(38,2%)	7(20,6%)	4(11,8%)	2(5,9%)	
Obesidade Classe II (35,0-39,9)	0(0,0%)	6(40,0%)	3(20,0%)	4(26,7%)	2(13,3%)	0(0,0%)	
Obesidade Classe III (≥40,0)	0(0,0%)	1(50,0%)	1(50,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Para complementar os dados das Tabelas 6 e 7 a variável IMC também foi comparada entre as diferentes Unidades de Ensino estudadas. Verificou-se que na EERP, 24 (16,8%) dos alunos de graduação apresentaram IMC com classificação normal, enquanto 44 (51,8%) dos pós-graduandos apresentaram sobrepeso; a obesidade classe I foi identificada em 15 (50,0%) alunos de pós-graduação e nove (30%) em docentes, a obesidade classe II em seis (54,5%) alunos de pós-graduação e a obesidade classe III em três (75,0%) dos técnico-administrativos; esse resultado obteve-se como base o total de participantes a seguir: seis (100,0%) “Baixo peso (<18,5 kg/m²)”, 143 (100,0%) “Normal (18,5-24,9 kg/m²)”, 85 (100,0%) “Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m²)”, 30 (100,0) “Obesidade Classe I (30,0-34,9 kg/m²)”, 11 (100,0%) “Obesidade Classe II (35,0-39,9 kg/m²)” e quatro (100,0%) “Obesidade Classe III (≥40,0 kg/m²)”, com valor de *p* na análise de ($P=0,164$), o que mostrou que não houve associação entre estas variáveis.

Entretanto, na FMRP os resultados foram diferentes, onde houve associação entre as variáveis IMC e Unidade de Ensino ($p=0,034$) e o resultado foi baseado na seguinte totalidade: 18 (100,0%) com “Baixo peso”, 232 (100,0%) “Normal”, 114 (100,0%) com “Sobrepeso”, 31 (100,0) com “Obesidade Classe I”, 14 (100,0%) com “Obesidade Classe II” e cinco (100,0%) com “Obesidade Classe III”, sendo que desses, com relação aos alunos de pós-graduação, 11 (61,1%) apresentaram baixo peso, 62 (54,4%) sobrepeso e 18 (58,1%) obesidade classe I e 19 (16,7%) docentes e 13 (11,4%) técnico-administrativos apresentaram sobrepeso.

Já na FCFRP também houve associação das variáveis com ($p<0,001$), evidenciando a seguinte totalidade: 12 (100,0%) com “Baixo peso”, 113 (100,0%) “Normal”, 60 (100,0%) com “Sobrepeso”, 22 (100,0) “Obesidade Classe I”, dois (100,0%) com “Obesidade Classe II” e cinco (100,0%) com “Obesidade Classe III”, com 19 (31,7%) alunos de pós graduação, 17 (28,3%) docentes e 20 (33,3%) técnico-administrativos com sobrepeso, nove (40,9%) técnico-administrativos e seis (27,3%) pós-graduandos com obesidade classe I e quatro (80,0%) técnico-administrativos com obesidade classe III.

Na FORP, houve associação das variáveis com o valor de ($p<0,001$) entre a Unidade de Ensino estudada e IMC. Tais resultados foram: seis (100,0%) com “Baixo peso”, 89 (100,0%) “Normal”, 40 (100,0%) com “Sobrepeso”, 15 (100,0) com

“Obesidade Classe I”, cinco (100,0%) com “Obesidade Classe II” e um (100,0%) com “Obesidade Classe III”, com 42 (47,2%) alunos de pós graduação com classificação normal, 12 (30,0%) docentes e 11 (27,5%) técnico-administrativos com sobrepeso, oito (53,3%) docentes com obesidade classe I e três (60,0%) alunos de pós-graduação e dois (40,0%) técnico-administrativos com obesidade classe II.

E por fim na EEFRP, também houve associação com ($p=0,003$), apresentando as seguintes totalidades: três (100,0%) com “Baixo peso”, 19 (100,0%) com peso “Normal”, 10 (100,0%) com “Sobrepeso”, oito (100,0%) com “Obesidade Classe I”, cinco (100,0%) com “Obesidade Classe II” e nenhum com “Obesidade Classe III”, na qual 9 (47,4%) alunos de pós graduação e cinco (26,3%) alunos de graduação apresentaram classificação normal, 4 (40,0%) docentes com sobrepeso, seis (75,0%) técnico-administrativos com obesidade grau I e três (60,0%) com obesidade grau II, evidenciando associação entre essa Unidade de ensino e IMC.

Já ao analisar o IMC entre as categorias de vínculo no total, houve associação entre as variáveis com ($p<0,001$); de 247 alunos de graduação, 20 (44,4%) apresentaram “Baixo peso”, 159 (26,7%) “Normal”, 48 (15,5%) “Sobrepeso”, 11 (10,4%) “Obesidade Classe I”, oito (21,6%) “Obesidade Classe II” e um (6,7%) “Obesidade Classe III”.

Entre os alunos de pós graduação, de 506, 24 (53,3%) apresentaram “Baixo peso”, 286 (48,0%) peso “Normal”, 136 (44,4%) “Sobrepeso”, 41 (38,7%) “Obesidade Classe I”, 15 (40,5%) “Obesidade Classe II” e quatro (26,7%) “Obesidade Classe III”.

Entre os docentes, dos 183 participantes apenas um (2,2%) apresentou-se com “Baixo peso”; 82 (13,8%) tinham peso “Normal”; 66 (21,4%) estavam com “Sobrepeso”; 28 (26,4%) com “Obesidade Classe I”; cinco (13,5%) com “Obesidade Classe II” e apenas um (6,7%) apresentou “Obesidade Classe III”.

Já entre os 172 técnico-administrativos, nenhum apresentou “Baixo peso”; 69 (11,6%) estavam com o peso “Normal”; 59 (19,1%) com “Sobrepeso”; 26 (24,5%) com grau de “Obesidade Classe I”; nove (24,3%) com “Obesidade Classe II” e nove (60,0%) com “Obesidade Classe III”.

Ao calcular o IMC dos participantes, de um modo geral, verificou-se que o valor máximo do IMC foi de 52,17 (Kg/m^2) e o mínimo de 15,06 (Kg/m^2), com mediana 24,38

(Kg/m²), média de 25,12 (Kg/m²) e Desvio Padrão (DP) 5,02 (Kg/m²). Cabe lembrar aqui que os dados da idade, peso e altura foram dados referidos pelos participantes.

6.2 Análise de Dados da Saúde Cardiovascular

Dados das Tabelas 8 e 9 evidenciam uma comparação da saúde cardiovascular, com a idade, no sexo feminino e masculino da comunidade acadêmica das Unidades de ensino. A Tabela 8 mostra que entre as mulheres que participaram do estudo 52 (6,56%) haviam sido diagnosticadas com HAS pelo médico; 42 (5,30%) informaram fazer o uso de medicação para HAS prescritas pelo médico; cinco (0,63%) relataram tomar medicação por conta própria, sem indicação médica para controle da PA; 527 (66,54%), já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, quer seja sobre reduzir o consumo de álcool 56 (7,07%); sobre tratamento para parar de fumar 20 (2,52%); controle do peso 207 (26,13%) e ingestão excessiva de sal 115 (14,52%) e a importância da prática de atividade física diária 504 (63,63%) 11 (1,38%) receberam tratamento medicamentoso para DCV ou outros, 13 (1,64%) para DM e 459 (57,95%) apresentaram história familiar de DCV.

Já a Tabela 9 evidencia que entre os homens, 49 (15,55%) já foram diagnosticados com HAS, 42 (13,33%) faziam uso de medicação para HAS, oito (2,53%) tomavam medicação para controle da PA por conta própria, 203 (64,44%), já receberam algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, seja sobre álcool 46 (14,60%), tratamento para parar de fumar 20 (6,64%), controle do peso 78 (24,76%) e do sal 74 (23,49%) e prática de atividade física 120 (38,09%), sete (2,22%) estavam recebendo tratamento para DCV ou outros, nove (2,85%) para DM e 161 (51,11%) apresentavam histórico familiar de DCV.

Já quando analisada a variável saúde cardiovascular e categorias de vínculo, entre os alunos de graduação, de 247, seis (5,9%) já foram diagnosticados com HAS, três (3,6%) faziam uso de medicação para HAS, houve associação entre as variáveis ($p < 0,001$), dois (15,4%) tomavam medicação para controle da PA por conta própria, 148 (20,3%), já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da

saúde, com associação entre as variáveis ($p=0,026$) seja sobre álcool 21 (20,6%), tratamento para parar de fumar cinco (12,5%), ($p=0,011$), controle do peso 39 (13,7%), ($p<0,001$) e sal 29 (15,3%), ($p=0,001$) e prática de atividade física 139 (20,3%) nenhum participante estava recebendo tratamento para DCV ou outros e ninguém apresentava DM, ambos com ($p<0,001$) e 139 (22,4%) apresentavam histórico familiar de DCV.

Entre os alunos de pós graduação, de 506, 26 (25,7%) já haviam sido diagnosticados com HAS, 19 (22,6%) faziam uso de medicação para HAS, ambos com ($p<0,001$), quatro (30,8%) tomavam medicação para controle da PA por conta própria, 328 (44,9%) já receberam algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, com ($p=0,026$), seja sobre álcool 38 (37,3%), tratamento para parar de fumar 13 (32,5%), ($p=0,011$) controle do peso 122 (42,8%), ($p<0,001$) e sal 79 (41,8%), ($p=0,001$) e prática de atividade física 312 (45,6%), dois (11,1%) estavam recebendo tratamento para DCV ou outros, um (4,5%) para DM, ambos com ($p<0,001$) e 296 (47,7%) apresentavam histórico familiar de DCV.

Nos docentes, de 183, 39 (38,6%) que já haviam sido diagnosticados com HAS, 37 (44,0%) faziam uso de medicação para HAS, ambos com ($p<0,001$), cinco (38,5%) tomavam medicação para controle da PA por conta própria, 132 (18,1%), já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, com ($p=0,026$) seja sobre álcool 23 (22,5%), tratamento para parar de fumar 13 (32,5%), ($p=0,011$), controle do peso 65 (22,8%) com ($p<0,001$) e uso de sal 48 (25,4%), ($p=0,001$) e prática de atividade física 119 (17,4%), 12 (66,7%) estavam recebendo tratamento para DCV ou outros e 12 (54,5%) apresentavam DM, ambos com ($p<0,001$) e 91 (14,7%) apresentavam histórico familiar de DCV.

E entre os técnico-administrativos, de 172, 30 (29,7%) já haviam sido diagnosticados com HAS, 25 (29,8%) faziam uso de medicação para HAS, ambos com ($p<0,001$), dois (15,4%) tomavam medicação para controle da PA por conta própria, 122 (16,7%), já receberam algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, com ($p=0,026$) seja sobre álcool 20 (19,6%), tratamento para parar de fumar nove (22,5%), ($p=0,011$), controle do peso 59 (20,7%) com ($p<0,001$) e uso de sal 33 (17,5%), ($p=0,001$) e prática de atividade física 114 (16,7%), quatro (22,2%) estavam

recebendo tratamento para DCV ou outros e nove (40,9%) apresentavam DM, ambos com ($p < 0,001$) e 94 (15,9%) apresentavam histórico familiar de DCV.

A seguir evidencia-se as Tabelas 8 e 9 evidenciam na comparação da saúde cardiovascular, com a idade, no sexo feminino e masculino da comunidade acadêmica das Unidades de ensino.

Tabela 8 – Saúde cardiovascular em comparação com a idade no sexo feminino da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. (n=792). Ribeirão Preto, SP, 2020

Dados da Saúde Cardiovascular – Sexo Feminino		Idade (anos)						Total	p.valor
		18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial	Sim	0(0,0%)	12(23,1%)	6(11,5%)	10(19,2%)	16(30,8%)	8(14,4%)	52(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	21(2,8%)	364(49,2%)	188(25,4%)	93(12,6%)	43(5,8%)	31(4,2%)	740(100,0%)	
Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico	Sim	0(0,0%)	6(14,3%)	5(11,9%)	7(16,7%)	16(38,1%)	8(19,0%)	42(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	21(2,8%)	370(49,3%)	189(25,2%)	96(12,8%)	43(5,7%)	31(4,1%)	750(100,0%)	
Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria	Sim	0(0,0%)	3(60,0%)	0(0,0%)	1(20,0%)	1(20,0%)	0(0,0%)	5(100,0%)	0,505*
	Não	21(2,7%)	373(47,4%)	194(24,7%)	102(13,0%)	58(7,4%)	39(5,0%)	787(100,0%)	
Recebeu orientação de profissionais de saúde sobre:	Sim	13(2,5%)	237(45,0%)	133(25,2%)	71(13,5%)	48(9,1%)	25(4,7%)	527(100,0%)	0,116**
	Não	8(3,0%)	139(52,5%)	61(23,0%)	32(12,1%)	11(4,2%)	14(5,3%)	265(100,0%)	
Redução do consumo de álcool	Sim	0(0,0%)	23(41,1%)	15(26,8%)	7(12,5%)	5(8,9%)	6(10,7%)	56(100,0%)	0,297*
	Não	21(2,9%)	353(48,0%)	179(24,3%)	96(13,0%)	54(7,3%)	33(4,5%)	736(100,0%)	
Redução da ingestão de sal	Sim	3(2,6%)	43(37,4%)	23(20,0%)	19(16,5%)	14(12,2%)	13(11,3%)	115(100,0%)	<u>0,001*</u>
	Não	18(2,7%)	333(49,2%)	171(25,3%)	84(12,4%)	45(6,6%)	26(3,8%)	677(100,0%)	
Tratamento para perda de peso	Sim	4(1,9%)	75(36,2%)	53(25,6%)	36(17,4%)	25(12,1%)	14(6,8%)	207(100,0%)	<u>0,001*</u>

	Não	17(2,9%)	301(51,5%)	141(24,1%)	67(11,5%)	34(5,8%)	25(4,3%)	585(100,0%)	
Tratamento para parar de fumar	Sim	0(0,0%)	5(25,0%)	4(20,0%)	3(15,0%)	3(15,0%)	5(25,0%)	20(100,0%)	0,025*
	Não	21(2,7%)	371(48,1%)	190(24,6%)	100(13,0%)	56(7,3%)	34(4,4%)	772(100,0%)	
Prática de atividade física	Sim	11(2,2%)	231(45,8%)	126(25,0%)	67(13,3%)	44(8,7%)	25(5,5%)	504(100,0%)	0,389**
	Não	10(3,5%)	145(50,3%)	68(23,6%)	36(12,5%)	15(5,2%)	14(4,9%)	288(100,0%)	
Está recebendo tratamento para DCV ou outros	Sim	0(0,0%)	1(9,1%)	1(9,1%)	1(9,1%)	3(27,3%)	5(45,5%)	11(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	21(2,7%)	375(48,0%)	193(24,7%)	102(13,1%)	56(7,2%)	34(4,4%)	781(100,0%)	
Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2	Sim	0(0,0%)	1(7,7%)	0(0,0%)	5(38,5%)	3(23,1%)	4(30,8%)	13(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	21(2,7%)	375(48,1%)	194(24,9%)	98(12,6%)	56(7,2%)	35(4,5%)	779(100,0%)	
Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Angina, AVE)	Sim	11(2,4%)	218(47,5%)	112(24,4%)	60(13,1%)	38(8,3%)	20(4,4%)	459(100,0%)	0,850**
	Não	10(4,0%)	158(47,4%)	82(24,6%)	43(12,9%)	21(6,3%)	19(5,7%)	333(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado de Pearson

DCV: Doença Cardiovascular, IAM: Infarto Agudo do Miocárdio, AVE: Acidente Vascular Encefálico.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 9 - Saúde cardiovascular em comparação com a idade no sexo masculino da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020

Dados da Saúde Cardiovascular – Sexo Masculino		Idade (anos)						Total n(%)	p.valor
		18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial	Sim	0(0,0%)	4(8,2%)	12(24,5%)	13(26,5%)	10(20,4%)	10(20,4%)	49(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	4(1,5%)	119(44,7%)	63(23,7%)	41(15,4%)	20(7,5%)	19(7,1%)	266(100,0%)	
Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico	Sim	0(0,0%)	4(9,5%)	7(16,7%)	10(23,8%)	9(21,4%)	12(28,6%)	42(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	4(1,5%)	119(43,6%)	68(24,9%)	44(16,1%)	21(7,7%)	17(6,2%)	273(100,0%)	
Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria	Sim	0(0,0%)	3(37,5%)	1(12,5%)	4(50,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	8(100,0%)	0,343*
	Não	4(1,3%)	120(39,1%)	74(24,1%)	50(16,3%)	30(9,8%)	29(9,4%)	307(100,0%)	
Recebeu orientação de profissionais de saúde sobre:	Sim	1(0,5%)	72(35,5%)	47(23,2%)	36(17,7%)	25(12,3%)	22(10,8%)	203(100,0%)	0,043*
	Não	3(2,7%)	51(45,5%)	28(25,0%)	18(16,1%)	5(4,5%)	7(6,3%)	112(100,0%)	
Redução do consumo de álcool	Sim	0(0,0%)	9(19,6%)	11(23,9%)	8(17,4%)	9(19,6%)	9(19,6%)	46(100,0%)	<u>0,003*</u>
	Não	4(1,5%)	114(42,4%)	64(23,8%)	46(17,1%)	21(7,8%)	20(7,4%)	269(100,0%)	
Redução da ingestão de sal	Sim	0(0,0%)	19(25,7%)	14(18,9%)	15(20,3%)	11(14,9%)	15(20,3%)	74(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	4(1,7%)	104(43,2%)	61(25,3%)	39(16,2%)	19(7,9%)	14(5,8%)	241(100,0%)	
Tratamento para perda de peso	Sim	1(1,3%)	18(23,1%)	24(30,8%)	14(17,9%)	11(14,1%)	10(12,8%)	78(100,0%)	0,015*

	Não	3(1,3%)	105(44,3%)	51(21,5%)	40(16,9%)	19(8,0%)	19(8,0%)	237(100,0%)	
Tratamento para parar de fumar	Sim	0(0,0%)	4(20,0%)	6(30,0%)	3(15,0%)	2(10,0%)	5(25,0%)	20(100,0%)	0,139*
	Não	4(1,4%)	119(40,3%)	69(23,4%)	51(17,3%)	28(9,5%)	24(8,1%)	295(100,0%)	
Prática de atividade física	Sim	1(0,6%)	67(37,2%)	41(22,8%)	31(17,2%)	22(12,2%)	18(10,0%)	180(100,0%)	0,339*
	Não	3(2,2%)	56(41,5%)	34(25,2%)	23(17,0%)	8(5,9%)	11(8,1%)	135(100,0%)	
Está recebendo tratamento para DCV ou outros	Sim	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(42,9%)	1(14,3%)	3(42,9%)	7(100,0%)	<u>0,002*</u>
	Não	4(1,3%)	123(39,9%)	75(24,4%)	51(16,6%)	29(9,4%)	26(8,4%)	308(100,0%)	
Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2	Sim	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(33,3%)	6(66,7%)	9(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	4(1,3%)	123(40,2%)	74(24,5%)	54(17,6%)	27(8,8%)	23(7,5%)	306(100,0%)	
Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, AVE)	Sim	2(1,2%)	66(41,0%)	39(24,2%)	28(17,4%)	12(7,5%)	14(8,7%)	161(100,0%)	0,854*
	Não	2(1,3%)	57(37,0%)	36(23,4%)	26(16,9%)	18(11,7%)	15(9,7%)	154(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

DCV: Doença Cardiovascular, IAM: Infarto Agudo do Miocárdio, AVE: Acidente Vascular Encefálico.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

6.3 Análise de Dados da Pressão Arterial

No que tange à diferença dos valores de PA de acordo com a classificação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020, quando comparados entre sexo feminino e masculino nas diferentes idades na comunidade acadêmica das Unidades de ensino, a Tabela 10 evidenciou que houve associação com a variável sexo, com 683 (86,23%) mulheres apresentando valores da PA classificados como ótimo ou normal, 35 (4,41%) em estágio de pré-hipertensão, 45 (5,68%) em estágio 1 da HAS e cinco (0,63%) entre o estágio 2 e 3 da HAS.

Já a Tabela 11, evidenciou entre o sexo masculino 206 (65,39%) homens com valores de PA classificada como ótima ou normal, 60 (19,04%) como pré-hipertensão, 36 (11,42%) como estágio 1 e quatro (1,26%) entre estágio 2 e 3 da HAS. Tais resultados evidenciam valores de PA mais elevados para os homens quando comparado com os valores de PA entre as mulheres.

Ao comparar os valores da PA entre as diferentes Unidade de Ensino, foi possível identificar que na EERP as variáveis não apresentaram associação com ($P=0,811$); o resultado foi obtido pelas seguintes totalidades nos participantes: 132 (100,0%) com Ótima ($PAS < 120$ e $PAD < 80$), 102 (100,0%) Normal ($PAS 120-129$ e/ou $PAD 80-84$), 20 (100,0%) com pré-Hipertensão ($PAS 130-139$ e/ou $PAD 85-89$) e 20 (100,0%) com Hipertensão arterial Estágio 1 ($PAS 140-159$ e/ou $PAD 90-99$), sendo que oito (40,0%) alunos de pós graduação e seis (30,0%) docentes apresentaram hipertensão em estágio 1 e 18 (13,6%) alunos de graduação, 71 (53,8%) pós-graduandos, 27 (20,5%) docentes e 16 (12,1%) técnico-administrativos apresentaram a PA classificada como ótima.

Na FMRP as variáveis também não apresentaram associação ($P=0,471$); os resultados totais nesta análise foram: 197 (100,0%) com Ótima ($PAS < 120$ e $PAD < 80$), 129 (100,0%) Normal ($PAS 120-129$ e/ou $PAD 80-84$), 42 (100,0%) com pré-hipertensão ($PAS 130-139$ e/ou $PAD 85-89$) e 28 (100,0%) com HAS Estágio 1 ($PAS 140-159$ e/ou $PAD 90-99$) e três (100,0%) com HAS Estágio 2 ($PAS 160-179$ e/ou $PAD 100-109$), com 52 (26,4%) graduandos, 101 (51,3%) alunos de pós graduação, 25 (12,7%) docentes e 19 (9,6%) técnico-administrativos com PA ótima, 24 (57,1%)

alunos de pós graduação com pré-hipertensão, 12 (42,9%) com hipertensão em estágio 1 e três (100,0%) em estágio 2 da HAS.

Já na FCFRP, os resultados totalizados na análise foram: 197 (100,0%) com Ótima (PAS<120 e PAD<80), 129 (100,0%) com Normal (PAS 120-129 e/ou PAD 80-84), 42 (100,0%) com pré-hipertensão (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89), 28 (100,0%) com HAS Estágio 1 (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99), três (100,0%) com HAS Estágio 2 (PAS 160-179 e/ou PAD 100-109) e um (100,0%) com HAS Estágio 3 (PAS≥180 e/ou PAD≥110), na qual não houve associação entre as variáveis com (P=0,103), sendo que 14 (16,5%) graduandos, 39 (45,9%) pós-graduandos, 15 (17,6%) docentes e 17 (20,0%) técnico-administrativos tiveram a PA classificada como normal, seis (33,3%) docentes e seis (33,3%) técnico-administrativos apresentaram hipertensão em estágio 1, dois (100,00%) com hipertensão em estágio 2 e 1 (100,0%) aluno de graduação com hipertensão em estágio 3.

Na FORP, a análise mostrou que entre os participantes, 70 (100,0%) apresentaram classificação Ótima (PAS<120 e PAD<80), 60 (100,0%) Normal (PAS 120-129 e/ou PAD 80-84), 12 (100,0%) com pré-hipertensão (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89), 10 (100,0%) com HAS Estágio 1 (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99) e um (100,0%) com HAS Estágio 3 (PAS≥180 e/ou PAD≥110), na qual não houve associação entre as variáveis com (P=0,384), com 15 (21,4%) alunos de graduação, 27 (38,6%) pós-graduandos, 12 (17,1%) docentes e 16 (22,9%) técnico-administrativos com PA classificada como ótima, quatro (33,3%) alunos de graduação com pré hipertensão, seis (60,0%) alunos de pós graduação com hipertensão estágio 1 e um (100,0%) com estágio 3 de HAS.

E na EEFRP não houve associação entre variáveis valores da PA e Unidade de Ensino com (P=0,516), na qual a totalidade dos resultados encontra-se na sequência: 15 (100,0%) com Ótima (PAS<120 e PAD<80), 17 (100,0%) com valores Normais (PAS 120-129 e/ou PAD 80-84), cinco (100,0%) com pré-hipertensão (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89), cinco (100,0%) com HAS Estágio 1 (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99) e um (100,0%) com HAS Estágio 2 (PAS 160-179 e/ou PAD 100-109), com 5 (29,4%) graduandos, cinco (29,4%) alunos de pós graduação, quatro (23,5%) docentes e três (17,6%) técnico-administrativos com PA normal, três (60,0%) alunos

de graduação com pré-hipertensão, três (60,0%) técnico-administrativos com HAS em estágio 1 e um (100,0%) no estágio 2 da HAS.

Embora as variáveis PA, categoria de vínculo e unidades de ensino não apresentaram associação, evidenciaram dados importantes para a prevenção e controle da PA, tendo em vista a presença de participantes com pré-hipertensão e outros em estágio já avançado, o que requer controle intensivo.

As Tabelas 10 e 11 evidenciaram os dados da PA de acordo com a classificação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020 entre o sexo feminino e masculino.

Tabela 10 – Dados da pressão arterial de acordo com a classificação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020, entre sexo feminino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=792). Ribeirão Preto, SP, 2020

Classificação da Pressão Arterial (mmHg)	Idade (anos)						Total n(%)	p.valor
	18-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	≥60 n(%)		
Ótima (PAS<120 e PAD<80)	10(2,4%)	196(46,3%)	111(26,2%)	64(15,1%)	25(5,9%)	17(4,0%)	423(100,0%)	
Normal (PAS 120-129 e/ou PAD 80-84)	6(2,3%)	132(50,8%)	58(22,3%)	23(8,8%)	26(10,0%)	15(5,8%)	260(100,0%)	
Pré-hipertensão (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89)	1(2,9%)	11(31,4%)	10(28,6%)	6(17,1%)	4(11,4%)	3(8,6%)	35(100,0%)	
Hipertensão arterial Estágio 1 (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99)	1(2,2%)	18(40,0%)	11(24,4%)	7(15,6%)	4(8,9%)	4(8,9%)	45(100,0%)	0,039*
Hipertensão arterial Estágio 2 (PAS 160-179 e/ou PAD 100-109)	0(0,0%)	1(33,3%)	0(0,0%)	2(66,7%)?	0(0,0%)	0(0,0%)	3(100,0%)	
Hipertensão arterial Estágio 3 (PAS≥180 e/ou PAD≥110)	0(0,0%)	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)	
Dados incompletos	3(12,0%)	17(68,0%)	4(16,0%)	1(4,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	25(100,0%)	
Total	21(2,7%)	376(47,5%)	194(24,5%)	103(13,0%)	59(7,4%)	39(4,9%)	792(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

PAS: Pressão Arterial Sistólica, PAD: Pressão Arterial Diastólica

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 11 – Dados da pressão arterial de acordo com a classificação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020, entre sexo masculino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020

Classificação da Pressão Arterial (mmHg)	Idade (anos)						Total n(%)	p.valor
	18-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	≥60 n(%)		
Ótima (PAS<120 e PAD<80)	1(1,4%)	24(32,9%)	17(23,3%)	18(24,7%)	4(5,5%)	9(12,3%)	73(100,0%)	
Normal (PAS 120-129 e/ou PAD 80-84)	2(1,5%)	62(46,6%)	30(22,6%)	19(14,3%)	12(9,0%)	8(6,0%)	133(100,0%)	
Pré-hipertensão (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89)	0(0,0%)	22(36,7%)	16(26,7%)	8(13,3%)	6(10,0%)	8(13,3%)	60(100,0%)	
Hipertensão arterial Estágio 1 (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99)	0(0,0%)	10(27,8%)	7(19,4%)	8(22,2%)	8(22,2%)	3(8,3%)	36(100,0%)	0,250*
Hipertensão arterial Estágio 2 (PAS 160-179 e/ou PAD 100-109)	0(0,0%)	1(33,3%)	2(66,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(100,0%)	
Hipertensão arterial Estágio 3 (PAS≥180 e/ou PAD≥110)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)	
Dados incompletos	1(11,1%)	4(44,4%)	2(22,2%)	1(11,1%)	0(0,0%)	1(11,1%)	9(100,0%)	
Total	4(1,3%)	123(39,0%)	75(23,8%)	54(17,1%)	30(9,5%)	29(9,2%)	315(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

PAS: Pressão Arterial Sistólica, PAD: Pressão Arterial Diastólica.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Resultados das Tabelas 12 e 13 revelam a frequência da medida da PA entre sexo feminino e masculino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino, mostrando que o valor de p foi significativo em ambos. Ao analisar a frequência com que os participantes realizavam a medida da pressão arterial, 718 (64,5%), disseram aferir diariamente, 238 (21,5%) semanalmente, 18 (1,6%) anualmente e 133 (12,0%) informaram nunca aferirem e um (0,1%) foi considerado dado perdido. A maior parte dos participantes apresentou um bom acompanhamento em relação aos seus valores de PA.

Entre homens e mulheres a frequência da medida da PA foi maior entre a faixa etária dos 20-29 anos e menor na faixa etária >60 anos, mas que correspondem aos valores proporcionais da quantidade da população participante no sexo masculino e feminino. Ressalta-se que 682 (86,2%) das mulheres informaram aferir a PA semanalmente ou diariamente e apenas 99 (12,5%) relataram nunca aferirem.

Nos homens, 274 (86,9%) mencionaram aferir a PA semanalmente ou diariamente e apenas 33 (10,4%) negaram a realização de tal procedimento. A razão percentual é proporcional entre os sexos, mediante a população de cada um. Mas vale salientar que em ambos os sexos ainda existiam pessoas que não aferiam a PA; mesmo que seja um percentual baixo, isso pode interferir no rastreamento da PA, no controle e na prevenção da HAS.

Quando analisado a frequência com que realizavam a medida da pressão arterial entre as categorias de vínculo, verificou-se que entre os 247 alunos de graduação, 40 (30,1%) nunca costumavam aferir, 50 (21,0%) aferiam semanalmente e 157 (21,9%) aferiam diariamente. Entre alunos de pós graduação, de 506, 58 (43,6%) nunca costumavam aferir, 14 (77,8%) aferiam anualmente, 98 (41,2%) semanalmente e 336 (46,8%) aferiam diariamente, houve associação entre as variáveis com ($p < 0,001$).

Entre os 183 docentes participantes, 15 (11,3%) nunca costumavam aferir, quatro (22,2%) aferiam anualmente, 57 (23,9%) semanalmente e 107 (14,9%) aferiam diariamente. Já entre os técnico-administrativos, de 171, 20 (15,0%) nunca costumavam aferir, 33 (13,9%) aferiam semanalmente e 118 (16,4%) aferiam diariamente, na qual houve associação entre as variáveis ($p < 0,001$). Verifica-se que

muitos participantes não realizavam a medida da PA com frequência, seja nas diferentes faixas etárias e categorias de vínculo.

Tabela 12 – Frequência da medida da pressão arterial entre sexo feminino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=791). Ribeirão Preto, SP, 2020

Frequência medida da Pressão Arterial	Idade (anos)						Total n(%)	p.valor
	18-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	≥60 n(%)		
Nunca	5(5,1%)	52(52,5%)	22(22,2%)	16(16,2%)	2(2,0%)	2(2,0%)	99(100,0%)	
Anualmente	0(0,0%)	6(60,0%)	4(40,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	10(100,0%)	
Semanalmente	6(3,9%)	69(45,4%)	28(18,4%)	24(15,8%)	14(9,2%)	11(7,2%)	152(100,0%)	0,075*
Diariamente	10(1,9%)	249(47,0%)	139(26,2%)	63(11,9%)	43(8,1%)	26(4,9%)	530(100,0%)	
Total	21(2,7%)	376(47,5%)	193(24,4%)	103(13,0%)	59(7,5%)	39(4,9%)	791(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 13 – Frequência da medida da pressão arterial entre sexo masculino e diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020

Frequência medida da Pressão Arterial	Idade (anos)						Total n(%)	p.valor
	18-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	≥60 n(%)		
Nunca	1(3,0%)	17(51,5%)	4(12,1%)	8(24,2%)	1(3,0%)	2(6,1%)	33(100,0%)	
Anualmente	0(0,0%)	2(25,0%)	2(25,0%)	2(25,0%)	0(0,0%)	2(25,0%)	8(100,0%)	
Semanalmente	1(1,2%)	20(23,3%)	20(23,3%)	15(17,4%)	14(16,3%)	16(18,6%)	86(100,0%)	<u><0,001*</u>
Diariamente	2(1,1%)	84(44,7%)	49(26,1%)	29(15,4%)	15(8,0%)	9(4,8%)	188(100,0%)	
Total	4(1,3%)	123(39,0%)	75(23,8%)	54(17,1%)	30(9,5%)	29(9,2%)	315(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborado pela autora, 2020

6.4 Análise de Dados do Estilo de Vida

Para análise do estilo de vida da população foi seguido a seguinte classificação a partir da soma dos pontos: "Excelente" (85 a 100 pontos)", "Muito bom" (70 a 84 pontos), "Bom" (55 a 69 pontos), "Regular" (35 a 54 pontos) e "Necessita melhorar" (0 a 34 pontos).

A Tabela 14 mostra as questões analisadas no estilo de vida, dos 1108 participantes 121 (10,9%) foram classificados como "Excelente" (85 a 100 pontos), 598 (54,0%) "Muito bom" (70 a 84 pontos), 341 (30,8%) "Bom" (55 a 69 pontos), 46 (4,2%) "Regular" (35 a 54 pontos) e 2 (0,2%) "Necessita melhorar" (0 a 34 pontos).

Verificou-se na soma total dos escores um valor máximo de 97, mínimo de 15, mediana de 73,0, média de 72,69 e DP de 10,01, o que indica por meio da média uma classificação "Muito bom" (70 a 84 pontos).

Tabela 14 – Avaliação do Estilo de Vida com questões do Questionário Estilo de Vida Fantástico na comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

Avaliação Estilo de Vida	n	%	Mediana	Media (DP)*
Alguém para conversar as coisas que são importantes para mim			4,0	3,5 (0,8)
Quase nunca	9	0,8%		
Raramente	29	2,6%		
Algumas vezes	113	10,2%		
Com relativa frequência	252	22,7%		
Quase sempre	705	63,6%		
Dou e recebo afeto			4,0	3,5 (0,8)
Quase nunca	5	0,5%		
Raramente	20	1,8%		
Algumas vezes	103	9,3%		
Com relativa frequência	313	28,2%		
Quase sempre	667	60,2%		
Sou ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc)			1,0	1,5 (1,5)
Menos de 1x/semana	412	37,2%		
1-2x/semana	190	17,1%		
3x/semana	206	18,6%		
4x/semana	133	12,0%		
5x/semana	167	15,1%		
Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)			2	2,1 (1,4)
Menos de 1 vez por semana	146	13,2%		
1-2 vezes por semana	300	27,1%		
3 vezes por semana	242	21,8%		
4 vezes por semana	127	11,5%		
5 vezes por semana	293	26,4%		
Como uma dieta balanceada (Grãos e cereais, Frutas e vegetais, Derivados do leite, Carnes e semelhantes)			3,0	3,1 (1,0)
Quase nunca	27	2,4%		
Raramente	42	3,8%		
Algumas vezes	177	16,0%		
Com relativa frequência	380	34,3%		
Quase sempre	482	43,5%		

Avaliação Estilo de Vida	n	%	Mediana	Media (DP)
Frequentemente como em excesso 1) açúcar 2) sal 3) gordura animal 4) bobagens e salgadinhos			3,0	2,6 (1,1)
4 itens	68	6,1%		
3 itens	112	10,1%		
2 itens	308	27,8%		
1 item	381	34,4%		
Nenhum	239	21,6%		
Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável			4,0	2,7 (1,6)
mais de 8Kg	232	20,9%		
8Kg	69	6,2%		
6Kg	95	8,6%		
4Kg	113	10,2%		
2Kg	599	54,1%		
Fumo cigarros			4,0	3,7 (0,8)
Mais de 10 por dia	12	1,1%		
1 a 10 por dia	39	3,5%		
Nenhum nos últimos 6 meses	51	4,6%		
Nenhum no ano passado	18	1,6%		
Nenhum nos últimos 5 anos	988	89,2%		
Uso drogas como maconha e cocaína			4,0	3,7 (1,1)
Algumas vezes	85	7,7%		
Nunca	1023	92,3%		
Abuso de remédios ou exagero			4,0	3,8 (0,6)
Quase diariamente	4	0,4%		
Com relativa frequência	8	0,7%		
Ocasionalmente	34	3,1%		
Quase nunca	108	9,7%		
Nunca	954	86,1%		
Ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou coca-cola)			3,0	2,9 (0,7)
Mais de 10 vezes por dia	11	1,0%		
7 a 10 vezes por dia	22	2,0%		
3 a 6 vezes por dia	233	21,0%		
1 a 2 vezes por dia	658	59,4%		
Nunca	184	16,6%		

Avaliação Estilo de Vida	n	%	Mediana	Media (DP)
Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (1dose=1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142ml) ou 1 curto (42ml))			4,0	3,8 (0,7)
Mais de 20	10	0,9%		
13 a 20	20	1,8%		
11 a 12	31	2,8%		
8 a 10	67	6,0%		
0 a 7	980	88,4%		
Bebo mais de 4 doses em uma ocasião (1 dose= 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml))			3,0	2,9 (1,0)
Quase diariamente	5	0,5%		
Com relativa frequência	80	7,2%		
Ocasionalmente	292	26,4%		
Quase nunca	321	29,0%		
Nunca	410	37,0%		
Dirijo após beber			4,0	3,3 (1,5)
Algumas vezes	192	17,3%		
Nunca	916	82,7%		
Durmo bem e me sinto descansado			3,0	2,7 (1,0)
Quase nunca	43	3,9%		
Raramente	99	8,9%		
Algumas vezes	303	27,3%		
Com relativa frequência	406	36,6%		
Quase sempre	257	23,2%		
Uso cinto de segurança			4,0	3,9 (0,4)
Nunca	2	0,2%		
Raramente	7	0,6%		
Algumas vezes	12	1,1%		
A maioria das vezes	86	7,8%		
Sempre	1001	90,3%		
Sou capaz de lidar com o stress do meu dia-a-dia			3,0	2,9 (0,9)
Quase nunca	13	1,2%		
Raramente	36	3,2%		
Algumas vezes	294	26,5%		
Com relativa frequência	490	44,2%		

Avaliação Estilo de Vida		n	%	Mediana	Media (DP)
Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase sempre	275	24,8%	3,0	2,6 (1,0)
	Quase nunca	43	3,9%		
	Raramente	102	9,2%		
	Algumas vezes	339	30,6%		
	Com relativa frequência	387	34,9%		
Pratico sexo seguro (uso de métodos de prevenção de infecção e concepção)	Quase sempre	237	21,4%	4,0	3,4 (1,2)
	Quase nunca	94	8,5%		
	Raramente	32	2,9%		
	Algumas vezes	44	4,0%		
	Com relativa frequência	138	12,5%		
Aparento estar com pressa	Sempre	800	72,2%	2,0	1,5 (1,1)
	Quase sempre	231	20,8%		
	Com relativa frequência	311	28,1%		
	Algumas vezes	406	36,6%		
	Raramente	103	9,3%		
Me sinto com raiva e hostil	Quase nunca	57	5,1%	2,0	2,4 (1,0)
	Quase sempre	31	2,8%		
	Com relativa frequência	116	10,5%		
	Algumas vezes	482	43,5%		
	Raramente	311	28,1%		
Penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	168	15,2%	3,0	2,8 (0,9)
	Quase sempre	23	2,1%		
	Raramente	58	5,2%		
	Algumas vezes	278	25,1%		
	Com relativa frequência	459	41,4%		
Sinto tenso e desapontado	Quase sempre	290	26,2%	2,0	2,0 (0,9)
	Quase nunca	74	6,7%		
	Com relativa frequência	179	16,2%		

Avaliação Estilo de Vida	n	%	Mediana	Media (DP)
Algumas vezes	556	50,2%		
Raramente	227	20,5%		
Quase nunca	72	6,5%		
Sinto triste e deprimido			2,0	2,5 (1,0)
Quase sempre	37	3,3%		
Com relativa frequência	119	10,7%		
Algumas vezes	405	36,6%		
Raramente	367	33,1%		
Quase nunca	180	16,2%		
Estou satisfeito com meu trabalho ou função			3,0	2,9 (1,0)
Quase nunca	42	3,8%		
Raramente	47	4,2%		
Algumas vezes	231	20,8%		
Com relativa frequência	434	39,2%		
Quase sempre	354	31,9%		

*DP: Desvio Padrão.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

As Tabelas 15 e 16 apresentam a soma dos escores dos 25 itens do "Questionário Estilo de Vida Fantástico" entre sexo feminino e masculino em comparação com diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino.

As mulheres na faixa etária entre 30-39 anos apresentaram classificação "Muito bom" (70 a 84 pontos) com 109 (24,8%) participantes, na faixa etária 20-29 anos, 17 (58,6%) estavam na classificação "Regular" (35 a 54 pontos), assim como na faixa etária 30-39 anos, obteve-se a mesma pontuação regular com seis (20,7%) participantes.

Os homens na faixa etária de 20-29 anos apresentaram classificação "Muito bom" (70 a 84 pontos) com 60 (38,0%) participantes ademais em duas faixas etárias, entre 20-29 anos e 30-39 anos, duas pessoas estavam com classificação de "Necessita melhorar (0-34 pontos)" e também nestas mesmas faixas etárias entre 20-29 anos e 30-39 anos, respetivamente sete (41,2 %) e seis (35,3%) homens apresentaram classificação como "Regular" (35 a 54 pontos).

Tabela 15 – Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico entre sexo feminino em comparação com diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=792). Ribeirão Preto, SP, 2020

Soma dos escores da avaliação do Estilo de Vida	Idade (anos)						Total	p.valor
	18-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	≥60 n(%)		
Excelente (85-100 pontos)	1(1,3%)	32(40,0%)	17(21,3%)	11(13,8%)	5(6,3%)	14(17,5%)	80(100,0%)	
Muito bom (70-84 pontos)	11(2,5%)	197(44,9%)	109(24,8%)	68(15,5%)	35(8,0%)	19(4,3%)	439(100,0%)	<u>0,001*</u>
Bom (55-69 pontos)	6(2,5%)	130(53,3%)	62(25,4%)	22(9,0%)	18(7,4%)	6(2,5%)	244(100,0%)	
Regular (35-54 pontos)	3(10,3%)	17(58,6%)	6(20,7%)	2(6,9%)	1(3,4%)	0(0,0%)	29(100,0%)	
Total	21(2,7%)	376(47,5%)	194(24,5%)	103(13,0%)	59(7,4%)	39(4,9%)	792(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 16 – Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico entre sexo masculino em comparação com diferentes idades da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=315). Ribeirão Preto, SP, 2020

Soma dos escores da avaliação do Estilo de Vida	Idade (anos)						Total	p.valor
	18-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	≥60 n(%)		
Excelente (85-100 pontos)	0(0,0%)	12(29,3%)	12(29,3%)	7(17,1%)	5(12,2%)	5(12,2%)	41(100,0%)	
Muito bom (70-84 pontos)	3(1,9%)	60(38,0%)	24(15,2%)	29(18,4%)	20(12,7%)	22(13,9%)	158(100,0%)	
Bom (55-69 pontos)	1(1,0%)	43(44,3%)	32(33,0%)	15(15,5%)	5(5,2%)	1(1,0%)	97(100,0%)	<u>0,001*</u>
Regular (35-54 pontos)	0(0,0%)	7(41,2%)	6(35,3%)	3(17,6%)	0(0,0%)	1(5,9%)	17(100,0%)	
Necessita melhorar (0-34 pontos)	0(0,0%)	1(50,0%)	1(50,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(100,0%)	
Total	4(1,3%)	123(39,0%)	75(23,8%)	54(17,1%)	30(9,5%)	29(9,2%)	315(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborado pela autora, 2020

A Tabela 17 apresenta a soma dos escores dos 25 itens do “Questionário Estilo de Vida Fantástico” e compara entre as diferentes Unidades de Ensino as seguintes categorias: sexo e nível de escolaridade. A partir do conjunto de participantes em cada Unidade de Ensino foi realizada a análise e verificou-se que na FMRP 19 (4,6%) e na EERP 10 (3,6%) dos participantes apresentaram classificação “Regular (35-54 pontos)” esta mesma classificação também foi evidenciada em alunos de pós-graduação com 21 (4,2%) dos participantes e nos docentes com 117 (63,9%), a classificação foi “Muito bom (70-84 pontos)”.

Ao comparar homens e mulheres, observa-se que os homens 41 (13,0%), apresentaram melhor classificação como “Excelente (85-100 pontos)” em relação às mulheres 80 (10,1%) entretanto, os homens também mostraram uma porcentagem maior 17 (5,4%), quando comparado com as mulheres 29 (3,7%) na classificação “Regular (35-54 pontos)”.

Ao analisar o nível de escolaridade, verificou-se que o ensino superior incompleto referente a 11 (5,6%) participantes e com doutorado em andamento também com 11 (3,7%) participantes apresentaram classificação “Regular (35-54 pontos)” e com o mestrado concluído, com 23 (63,9%) participantes, a classificação foi “Muito bom (70-84 pontos)”.

Ao fazer uma análise global dos resultados obtidos entre os participantes deste estudo, dentro dos 25 itens questionados com relação ao estilo de vida observa-se que para cada Unidade estudada, cada categoria de participantes, sexo e nível de escolaridade estabeleceu-se *scores* para classificar o “estilo de vida”. Assim o estilo de vida bom seria aquele que fosse classificado, partir do resultado “Bom” equivalente à um valor obtido nas respostas que se encaixaram entre o intervalo de (55-69 pontos); estilo de vida “Regular” seria aquele equivalente ao valor obtido nas respostas que se ajustaram entre o intervalo de (35-54 pontos) e EV que “Necessita melhorar” aquelas respostas que foram obtidas entre o intervalo de (0-34 pontos). Desta forma, podemos visualizar tais *scores* apresentados na Tabela 17 apresentada a seguir.

Tabela 17 – Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com Unidade de Ensino da Saúde, Categoria, Sexo e Nível de escolaridade da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

Unidade de Ensino	Estilo de Vida					Total n(%)	p.valor
	Excelente (85-100 pontos) n (%)	Muito bom (70-84 pontos) n (%)	Bom (55-69 pontos) n (%)	Regular (35-54 pontos) n (%)	Necessita melhorar (0-34 pontos) n (%)		
EERP	27 (9,7%)	154 (55,2%)	88 (31,5%)	10 (3,6%)	0 (0,0%)	279(100,0%)	0,566*
EEFRP	9 (20,0%)	23 (51,1%)	10 (22,2%)	3 (6,7%)	0 (0,0%)	45(100,0%)	
FCFRP	31 (14,5%)	112 (52,3%)	62 (29,0%)	9 (4,2%)	0 (0,0%)	214(100,0%)	
FMRP	38 (9,2%)	225 (54,3%)	131 (31,6%)	19 (4,6%)	1 (0,2%)	414(100,0%)	
FORP	16 (10,3%)	84 (53,8%)	50 (32,1%)	5 (3,2%)	1 (0,6%)	156(100,0%)	
Categoria de vínculo							
Aluno de graduação	23 (9,3%)	133 (53,8%)	76 (30,8%)	14 (5,7%)	1 (0,4%)	247(100,0%)	<0,001*
Aluno de pós-graduação	50 (9,9%)	247 (48,8%)	187 (37,0%)	21 (4,2%)	1 (0,2%)	506(100,0%)	
Docente	27 (14,8%)	117 (63,9%)	34 (18,6%)	5 (2,7%)	0 (0,0%)	183(100,0%)	
Técnico-administrativo	21 (12,2%)	101 (58,7%)	44 (25,6%)	6 (3,5%)	0 (0,0%)	172(100,0%)	
Sexo							
Feminino	80(10,1%)	440(55,5%)	244(30,8%)	29(3,7%)	0(0,0%)	793(100,0%)	0,054
Masculino	41(13,0%)	158(50,2%)	97(30,8%)	17(5,4%)	2(0,6%)	315(100,0%)	
Nível Escolaridade							

Ensino Fundamental completo	0(0,0%)	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)	
Ensino Médio incompleto	0(0,0%)	2(50,0%)	1(25,0%)	1(25,0%)	0(0,0%)	4(100,0%)	
Ensino Médio completo	6(10,7%)	30(53,6%)	16(28,6%)	4(7,1%)	0(0,0%)	56(100,0%)	
Ensino Superior incompleto	15(7,6%)	105(53,3%)	65(33,0%)	11(5,6%)	1(0,5%)	197(100,0%)	
Ensino Superior completo	19(15,8%)	73(60,8%)	26(21,7%)	2(1,7%)	0(0,0%)	120(100,0%)	<u><0,001*</u>
Mestrado em andamento	20(11,3%)	77(43,5%)	70(39,5%)	9(5,1%)	1(0,6%)	177(100,0%)	
Mestrado concluído	2(5,6%)	23(63,9%)	8(22,2%)	3(8,3%)	0(0,0%)	36(100,0%)	
Doutorado em andamento	30(10,1%)	145(48,7%)	112(37,6%)	11(3,7%)	0(0,0%)	298(100,0%)	
Doutorado concluído	13(14,3%)	52(57,1%)	23(25,3%)	3(3,3%)	0(0,0%)	91(100,0%)	
Pós-doutorado	16(12,5%)	90(70,3%)	20(15,6%)	2(1,6%)	0(0,0%)	128(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; EERP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FCFRP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; EEFERP: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

6.5 Análise de Dados do Estilo de Vida e Dados Antropométricos

A Tabela 18 evidenciou que houve associação entre as variáveis IMC e EV, ($p < 0,001$) e permitiu identificar que de 309 participantes deste estudo com sobrepeso, 19 (6,1%) apresentaram classificação “Regular (35-54 pontos)” e dos 106 participantes que apresentaram obesidade classe I, 53 (50,0%) foram classificados no estilo “Bom (55-69 pontos)” e seis (5,7%) no “Regular (35-54 pontos)”.

Já os resultados, a seguir, apresentam de forma descritiva a associação entre a variável IMC e EV nas diferentes Unidade de Ensino para completar dados da Tabela 18, em que se observou que na EERP, de um total de 85 participantes com sobrepeso, 34 (40,0%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e cinco (5,9%) como “Regular (35-54 pontos)”. Dos 30 participantes que apresentaram obesidade classe I, 13 (43,3%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)”. E de sete participantes que se enquadraram na faixa de obesidade classe II, quatro (36,4%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)”. De 4 com obesidade classe III, dois (50,0%) como “Bom (55-69 pontos)” com associação entre as variáveis ($p = 0,003$).

Já os resultados obtidos na FMRP, com um total de 114 participantes com sobrepeso, 62 (54,4%) foram classificados com o estilo de vida “Muito bom (70-84 pontos)” e oito (7,0%) com o EV “Regular (35-54 pontos)”; dos 31 participantes com obesidade classe I, 16 (51,6%) foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)”, de 14 com obesidade classe II, sete (50,0%) foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)” e três (21,4%) com o EV “Regular (35-54 pontos)” e de cinco participantes com obesidade classe III, três (60,0%) com o estilo de vida “Muito bom (70-84 pontos)”. Assim houve associação entre IMC e EV ($p < 0,001$) entre os participantes da FMRP.

Na FCFRP, de 60 participantes com sobrepeso, 33 (55,0%) foram classificados com o estilo de vida “Muito bom (70-84 pontos)” e cinco (8,3%) como “Regular (35-54 pontos)”, de 22 com obesidade classe I, 15 (68,2%) foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)”, de dois participantes que apresentaram obesidade classe II, um (50,0%) foi classificado com o EV “Muito bom (70-84 pontos)” e um (50,0%) com o estilo de vida “Bom (55-69 pontos)” e de cinco que apresentaram obesidade classe III, quatro (80,0%) com o EV “Bom (55-69 pontos)”; dessa forma houve associação entre IMC e EV ($p < 0,001$).

Na FORP, de 40 participantes com sobrepeso, 19 (47,5%) foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)”, de 15 participantes com obesidade classe I, seis (40,0%) foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)” e dois (13,3%) enquadraram-se com o EV “Regular (35-54 pontos)”; de cinco participantes com obesidade classe II, quatro (80,0%) foram classificados com o estilo de vida “Bom (55-69 pontos)” e um com obesidade classe III, um (100,0%) foi classificado com o EV “Bom (55-69 pontos)”, assim, nesta unidade entre os 40 participantes estudados, não houve associação entre IMC e EV ($P=0,235$).

Na EEFRP, de 10 participantes com sobrepeso, quatro (40,0%) foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)”, de oito com obesidade classe I, três (37,5%) participantes foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)”, de cinco com obesidade classe II, três (60,0%) foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)”. Nesta unidade não houve participantes com obesidade classe III. Dessa forma os resultados nesta unidade estudada, também não houve associação entre IMC e EV ($P=0,507$).

Ainda com dados descritivos, ao associar a variável IMC com o EV nas diferentes categorias estudadas, para os alunos de graduação, de 48 com sobrepeso, 24 (50,0%) participantes foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)”, de 11 com obesidade classe I, os sete (63,6%) participantes foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)”, de oito com obesidade classe II, cinco (62,5%) foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)” e o participante com obesidade classe III foi classificado, também, com o EV “Bom (55-69 pontos)”. Entre as diferentes categorias estudadas, não houve associação entre as variáveis IMC e EV ($P=0,073$).

Para os pós-graduandos, de 136 participantes com sobrepeso, 58 (42,6%) foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)” e 13 (9,6%) com o EV “Regular (35-54 pontos)”, de 41 participantes com obesidade classe I, 25 (61,0%) foram classificados com o estilo de vida “Bom (55-69 pontos)”, de 15 com obesidade classe II, 10 (66,7%) participantes foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)” e de quatro com obesidade classe III, três (75,0%) foram classificados também com o EV “Bom (55-69 pontos)”. Desta forma entre os participantes alunos de pós-graduação houve associação entre IMC e EV ($p<0,001$).

Entre a categoria de vínculo docente estudada houve associação entre IMC e estilo de vida ($p<0,001$). Com a participação de 66 docentes com sobrepeso, 44

(66,7%) classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)” e dois (3,0%) com o estilo de vida regular “Regular (35-54 pontos)”, de 28 docentes com obesidade classe I, 14 (50,0%) foram classificados com o estilo de vida “Muito bom (70-84 pontos)”, de cinco com obesidade classe II, três (60,0%) foram classificados com o EV “Bom (55-69 pontos)” e o docente com obesidade classe III foi classificado apresentando o EV “Bom (55-69 pontos)”.

Já entre a categoria de vínculo estudada relativa aos técnico-administrativos, de 59 participantes com sobrepeso, 31 (52,5%) foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)”, de 26 técnico-administrativos com obesidade classe I, 13 (50,0%) foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)”, de nove com obesidade classe II, cinco (55,6%) participantes foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)” e de nove com obesidade classe III, quatro (44,4%) participantes foram classificados com o EV “Muito bom (70-84 pontos)” e quatro (44,4%) com o EV “Bom (55-69 pontos)”. Com estes resultados houve associação entre IMC e EV entre os técnico-administrativos de diferentes unidades de ensino da comunidade acadêmica estudada ($p < 0,001$).

Tabela 18 – Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com Índice de Massa Corporal da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

IMC (Kg/m ²)	Estilo de Vida					Total n(%)	p.valor
	Excelente (85-100 pontos) n(%)	Muito bom (70-84 pontos) n(%)	Bom (55-69 pontos) n(%)	Regular (35-54 pontos) n(%)	Necessita melhorar (0- 34 pontos) n(%)		
Baixo peso (<18,5)	4(8,9%)	28(62,2%)	11(24,4%)	2(4,4%)	0(0,0%)	45(100,0%)	
Normal (18,5-24,9)	88(14,8%)	353(59,2%)	141(23,7%)	14(2,3%)	0(0,0%)	596(100,0%)	
Sobrepeso (25,0-29,9)	25(8,1%)	157(50,8%)	107(34,6%)	19(6,1%)	1(0,3%)	309(100,0%)	
Obesidade Classe I (30,0-34,9)	4(3,8%)	43(40,6%)	53(50,0%)	6(5,7%)	0(0,0%)	106(100,0%)	<u>≤0,001*</u>
Obesidade Classe II (35,0-39,9)	0(0,0%)	12(32,4%)	20(54,1%)	4(10,8%)	1(2,7%)	37(100,0%)	
Obesidade Classe III (≥40,0)	0(0,0%)	5(33,3%)	9(60,0%)	1(6,7%)	0(0,0%)	15(100,0%)	
Total	121(10,9%)	598(54,0%)	341(30,8%)	46(4,2%)	2(0,2%)	1108(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborado pela autora, 2020

6.6 Análise de Dados do Estilo de Vida e Pressão Arterial

Dados da Tabela 19 apresentam a soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com a Classificação da Pressão Arterial da comunidade acadêmica das Unidades de Ensino, sendo que dos participantes que apresentaram HAS Estágio 1, 38 (46,9%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e apenas um (50,0%) com HAS Estágio 3 apresentou classificação de “Necessita melhorar (0-34 pontos)”.

Os participantes com HAS apresentaram, de uma forma geral, uma classificação “Bom (55-69 pontos)”, mas 18 (3,6%) com PA ótima e 16 (4,1%) com PA normal apresentaram classificação como “Regular (35-54 pontos)”.

Quanto a frequência com que realizam a medida da PA em associação com EV dos participantes, vale ressaltar que em um total de 238 pessoas que realizam esse procedimento semanalmente, 125 (52,5%) apresentaram classificação “Muito bom (70-84 pontos)” no EV e de 718 participantes que realizam a medida diariamente, 395 (55,0%) também obtiveram essa mesma classificação no EV e outras 219 (30,5%) que medem diariamente foram classificadas como “Bom (55-69 pontos)”.

Resultados complementares apresentam a associação da frequência com que os participantes realizavam a medida da PA com EV em diferentes categorias de vínculo. Entre os alunos de graduação, de 157 que realizavam a medida diariamente, 87 (55,4%) apresentaram classificação “Muito bom (70-84 pontos)” e nove (5,7%) “Regular (35-54 pontos)” e nos que realizavam semanalmente, de 50, 19 (38,0%) apresentaram classificação “Bom (55-69 pontos)”, ($P=0,331$). Nos pós-graduandos, de 336 que realizavam a medida diariamente, 119 (35,4%) apresentaram classificação “Bom (55-69 pontos)”, 16 (4,8%) “Regular (35-54 pontos)” e um (0,3%) “Necessita melhorar (0-34 pontos)”, de 98 que realizavam semanalmente, 45 (45,9%) apresentaram classificação “Muito bom (70-84 pontos)”, ($P=0,623$). Ambos não apresentaram associação entre as variáveis.

Entre docentes, de 107 que realizavam a medida diariamente, 67 (62,6%) apresentaram classificação “Muito bom (70-84 pontos)” e dois (1,9%) “Regular (35-54 pontos)” e de 57 que realizavam semanalmente, um (1,8%) foi classificado como “Regular (35-54 pontos)”, ($P=0,141$), não houve associação entre as variáveis. Nos

técnico-administrativos, de 118 que realizavam a medida diariamente, 72 (61,0%) apresentaram classificação “Muito bom (70-84 pontos)” e de 33 que realizavam semanalmente, três (9,1%) foram classificados como “Regular (35-54 pontos)”, ($p=0,043$), houve associação entre as variáveis.

Já a associação das variáveis quanto a frequência com que realizavam a medida da PA por Unidade de ensino não apresentou associação. Na EERP a frequência com que realizavam a medida da PA, de um total de 176 que faziam essa aferição diariamente, 99 (56,3%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” ($P=0,255$). Na FMRP, de 272 que aferiam diariamente, 156 (57,4%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e 12 (4,4%) como “Regular (35-54 pontos)” ($P=0,306$). Na FCFRP, de 142 que verificavam diariamente, 45 (31,7%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e oito (5,6%) como “Regular (35-54 pontos)” ($p=0,444$). Na FORP, de 104 que aferiam diariamente, 58 (55,8%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e quatro (3,8%) “Regular (35-54 pontos)”, ($P=0,356$). E na EEFRP, de 24 que realizavam diariamente, seis (25,0%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” ($P=0,835$).

Tabela 19 – Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com a Classificação da Pressão Arterial da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

Classificação da Pressão Arterial (mmHg)	Estilo de Vida					Total n(%)	p.valor
	Excelente (85-100 pontos) n(%)	Muito bom (70-84 pontos) n(%)	Bom (55-69 pontos) n(%)	Regular (35-54 pontos) n(%)	Necessita melhorar (0-34 pontos) n(%)		
Ótima (PAS<120 e PAD<80)	59(11,9%)	282(56,7%)	138(27,8%)	18(3,6%)	0(0,0%)	497(100,0%)	
Normal (PAS 120-129 e/ou PAD 80-84)	45(11,5%)	208(52,9%)	124(31,6%)	16(4,1%)	0(0,0%)	393(100,0%)	
Pré-hipertensão (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89)	9(9,5%)	52(54,7%)	32(33,7%)	2(2,1%)	0(0,0%)	95(100,0%)	
Hipertensão arterial Estágio 1 (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99)	3(3,7%)	38(46,9%)	34(42,0%)	5(6,2%)	1(1,2%)	81(100,0%)	<u>0,001*</u>
Hipertensão arterial Estágio 2 (PAS 160-179 e/ou PAD 100-109)	0(0,0%)	1(16,7%)	4(66,7%)	1(16,7%)	0(0,0%)	6(100,0%)	
Hipertensão arterial Estágio 3 (PAS≥180 e/ou PAD≥110)	0(0,0%)	1(50,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(50,0%)	2(100,0%)	
Dados Incompletos	5(14,7%)	16(47,1%)	9(26,5%)	4(11,8%)	0(0,0%)	34(100,0%)	
Total	121(10,9%)	598(54,0%)	341(30,8%)	46(4,2%)	2(0,2%)	1108(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

PAS: Pressão Arterial Sistólica, PAD: Pressão Arterial Diastólica.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

6.7 Análise de Dados do Estilo de Vida e Saúde Cardiovascular

A Tabela 20 evidenciou que ao realizar a análise da soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com os dados da saúde cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino, verificou-se, entre os participantes diagnosticados com HAS, que 47 (46,5%) apresentaram como classificação no EV “Muito bom (70-84 pontos)” e cinco (5,0%) como “Regular (35-54 pontos)” e para os que fazem uso de alguma medicação para controle da PA receitados pelo médico, 45 (53,6%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” no EV; em ambas houve associação entre as variáveis.

Já para as pessoas que se automedicavam, em um total de 13 participantes, 3 (23,1%) obtiverem classificação “Regular (35-54 pontos)” no EV, com associação entre as variáveis.

Sobre ter recebido orientação profissional 373 (51,1%) participantes foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” com associação entre as variáveis. Este também houve associação entre as variáveis quanto a redução do consumo de álcool ($p=0,003$), perda de peso ($p<0,001$) e prática de atividade física ($p<0,001$).

Para os que estavam recebendo tratamento para DCV ou outros, dois (11,1) participantes obtiverem classificação “Regular (35-54 pontos)” e dois (9,1%) que estavam em tratamento para DM também receberam essa mesma classificação. Para os que apresentavam histórico familiar de DCV, cinco (4,0%) foram classificados como “Regular (35-54 pontos)” e 319 (51,5%) como “Muito bom (70-84 pontos)”.

Quando comparado o EV e a saúde cardiovascular separadamente entre as Unidades de Ensino da Saúde, na EERP, sobre ter recebido orientação profissional, de 196 participantes, 105 (53,6%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e de 83, 49 (59,0%) participantes que não receberam orientação também foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)”, com associação entre as variáveis ($p<0,001$). Este também houve associação nas variáveis sobre orientação sobre perda de peso, de 90 participantes 41 (45,6%) que foram orientados foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” ($p<0,001$); na prática de atividade física, de 186 que foram orientados, 100 (53,8%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” com ($p<0,001$). Para os que apresentavam histórico familiar de DCV, de 171, 66 (38,6%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)”, com ($p=0,008$).

Na FMRP, verificou-se que entre os participantes que foram diagnosticados com HAS de sete, dois (28,6%) apresentaram como classificação “Bom (55-69 pontos)” e dois (28,6%) como “Regular (35-54 pontos)”, com ($p < 0,001$). Quanto à orientação profissional, também houve associação entre as variáveis ($p = 0,018$), com 259 participantes que já haviam recebido orientação, 134 (51,7%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e na orientação sobre redução do álcool, dos 34 que foram orientados, 13 (38,2%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)”, com ($p = 0,020$); na perda de peso, de 94 participantes que receberam orientação, 43 (45,7%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” com ($p = 0,038$) e quanto à parar de fumar, de 15, sete (46,7%) também foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” ($p = 0,036$); quanto a prática de atividade física de 246 que receberam orientação, 16 (6,5%) foram classificados como “Regular (35-54 pontos)” ($p = 0,011$).

Na FCFRP, quanto a orientação profissional, também houve associação ($p = 0,016$), com 142 participantes que já haviam recebido orientação, 71 (50,0%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e na orientação sobre prática de atividade física, dos 134 que foram orientados, 66 (49,3%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)”, com ($p = 0,010$).

Já na FORP, na orientação profissional, de 111 participantes que receberam algum tipo de orientação, 44 (39,6%) apresentaram como classificação “Bom (55-69 pontos)” e quatro (3,6%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p = 0,004$). O participante que trata algum tipo de DCV, um (100,0%) foi classificado como “Regular (35-54 pontos)” ($p = 0,038$).

E na EEFRP não houve associação entre as variáveis, orientação profissional ($P = 0,098$), se apresentam histórico de DCV ($P = 0,583$).

Quando comparado o EV e a saúde cardiovascular separadamente entre as categorias de vínculo, nos alunos de graduação, para os participantes que tomavam medicação por conta própria, de dois, um (50,0%) foi classificado como “Bom (55-69 pontos)” e um (50,0%) como “Necessita melhorar (0-34 pontos)”, com ($p = 0,003$); quanto a ter recebido alguma orientação profissional, dos 148 que receberam, 56 (37,8%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)”, com associação entre as variáveis ($p = 0,002$).

Nos pós-graduandos, dos 26 que foram diagnosticados com HAS, 15 (57,7%) apresentaram como classificação “Bom (55-69 pontos)” e um (3,8%) como “Necessita melhorar (0-34 pontos)”, ($p = 0,013$); quanto a ter recebido alguma orientação

profissional, dos 328 que receberam, 142 (43,3%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e 21 (6,4%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p<0,001$); na orientação sobre redução do álcool, de 38, 18 (47,4%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e cinco (13,2%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p=0,013$); na orientação sobre perda de peso, de 122, 60 (49,2%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e 11 (09,0%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p<0,001$); sobre a prática de atividade física, de 312 participantes que receberam a orientação, 138 (44,2%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e 19 (6,1%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p<0,001$), com associação entre as variáveis.

Entre os docentes, para os participantes que se automedicavam, de cinco, dois (40,0%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e um (20,0%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p=0,028$).

Nos técnico-administrativos, de 30 participantes que foram diagnosticados com HAS, 12 (40,0%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e três (10,0%) como “Regular (35-54 pontos)”; para os que tomam medicação por conta própria, de dois, todos (100,0%) foram classificados como “Regular (35-54 pontos)”, ($p=0,001$); quanto a orientação profissional na redução do álcool, de 20, nove (45,0%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e um (05,0%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p=0,006$); na perda de peso, de 59 que receberam orientação, 31 (52,5%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e quatro (6,8%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p=0,045$); quanto ao tratamento para parar de fumar, de nove participantes, quatro (44,4%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e dois (22,2%) como “Regular (35-54 pontos)”; na prática de atividade física, de 114, 65 (57,0%) foram classificados como “Muito bom (70-84 pontos)” e seis (05,3%) como “Regular (35-54 pontos)”, ($p=0,045$).

Tabela 20 – Soma dos escores dos 25 itens do Questionário Estilo de Vida Fantástico em comparação com dados da saúde cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

		Estilo de Vida					Total n(%)	p.valor
Dados da Saúde Cardiovascular		Excelente (85-100 pontos) n (%)	Muito bom (70-84 pontos) n (%)	Bom (55- 69 pontos) n (%)	Regular (35-54 pontos) n (%)	Necessita melhorar (0-34 pontos) n (%)		
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial	Sim	11 (10,9%)	47(46,5%)	37(36,6%)	5(5,0%)	1(1,0%)	101(100,0%)	0,168*
	Não	110(10,9%)	551(54,7%)	304(30,2%)	41(4,1%)	1(0,1%)	1007(100,0%)	
Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico	Sim	11(13,1%)	45(53,6%)	23(27,4%)	5(6,0%)	0(0,0%)	84(100,0%)	0,679*
	Não	110(10,7%)	553(54,0%)	318(31,1%)	41(4,0%)	2(0,2%)	1024(100,0%)	
Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria	Sim	1(7,7%)	3(23,1%)	5(38,5%)	3(23,1%)	1(7,7%)	13(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	120(11,0%)	595(54,3%)	336(30,7%)	43(3,9%)	1(0,1%)	1095(100,0%)	
Recebeu orientação de profissionais de saúde sobre:	Sim	56(7,7%)	373(51,1%)	261(35,8%)	39(5,3%)	1(0,1%)	730(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	65(17,2%)	225(59,5%)	80(21,2%)	7(1,9%)	1(0,3%)	378(100,0%)	
Redução do consumo de álcool	Sim	15(14,7%)	39(38,2%)	39(38,2%)	9(8,8%)	0(0,0%)	102(100,0%)	<u>0,003*</u>

	Não	106(10,5%)	559(55,6%)	302(30,0%)	37(3,7%)	2(0,2%)	1006(100,0%)	
Redução da ingestão de sal	Sim	19(10,1%)	99(52,4%)	58(30,7%)	13(6,9%)	0(0,0%)	189(100,0%)	0,343*
	Não	102(11,1%)	499(54,3%)	283(30,8%)	33(3,6%)	2(0,2%)	919(100,0%)	
Tratamento para perda de peso	Sim	22(7,7%)	130(45,6%)	114(40,0%)	19(6,7%)	0(0,0%)	285(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	99(12,0%)	468(56,9%)	227(27,6%)	27(3,3%)	2(0,2%)	823(100,0%)	
Tratamento para parar de fumar	Sim	5(12,5%)	18(45,0%)	13(32,5%)	4(10,0%)	0(0,0%)	40(100,0%)	0,256*
	Não	116(10,9%)	580(54,3%)	328(30,7%)	42(3,9%)	2(0,2%)	1068(100,0%)	
Prática de atividade física	Sim	51(7,5%)	353(51,6%)	243(35,5%)	36(5,3%)	1(0,1%)	684(100,0%)	<u><0,001*</u>
	Não	70(16,5%)	245(57,8%)	98(23,1%)	10(2,4%)	1(0,2%)	424(100,0%)	
Está recebendo tratamento para DCV ou outros	Sim	4(22,2%)	9(50,0%)	3(16,7%)	2(11,1)	0(0,0%)	18(100,0%)	0,118*
	Não	117(10,7%)	589(54,0%)	338(31,0%)	44(4,0%)	2(0,2%)	10900(100,0%)	
Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2	Sim	0(0,0%)	16(72,7%)	4(18,2%)	2(9,1%)	0(0,0%)	22(100,0%)	0,102*
	Não	121(11,1%)	582(53,6%)	337(31,0%)	44(4,1%)	2(0,2%)	1086(100,0%)	
Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, AVE)	Sim	58(9,4%)	319(51,5%)	216(34,8%)	25(4,0%)	2(0,3%)	620(100,0%)	<u>0,005*</u>
	Não	63(12,9%)	279(57,9%)	125(25,6%)	21(4,3%)	0(0,0%)	488(100,0%)	

*Teste Exato de Fisher

DCV: Doença Cardiovascular, IAM: Infarto Agudo do Miocárdio, AVE: Acidente Vascular Encefálico.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

6.7.1 ANÁLISE BIVARIADA DE DADOS DO ESTILO DE VIDA E SAÚDE CARDIOVASCULAR

A análise estatística bivariada permitiu observar como duas variáveis se comportam na presença uma da outra e buscou avaliar os parâmetros separadamente, o que não significa que todas as variáveis vão entrar nos modelos de regressão, pois essa análise tem o intuito de separar o que será mais relevante estatisticamente para o estudo.

Na tabela 21 buscou-se realizar uma comparação de grupos para as variáveis “idade” e “recebeu orientação de profissional da saúde” por PA da comunidade acadêmica das Unidades de ensino e identificou-se que houve associação entre as variáveis ($p=0,0436$) na comparação com as variáveis numéricas (Idade e Número de Orientações Recebidas), na qual se verificou que existe diferença entre essas variáveis, quanto à classificação da PA.

A piora do grau de classificação dos valores da PA, entre os participantes deste estudo esteve diretamente relacionada com o aumento da média da idade, quer para a classificação da pré-hipertensão quer para HAS.

Da mesma forma ocorreu também na variável “recebeu orientação de profissional de saúde”, na qual as pessoas que já receberam orientações dos profissionais da saúde, são aquelas que também apresentaram pior classificação em relação aos valores da PA, pré-hipertensão ou hipertensão. Com isso rejeitamos a hipótese nula, pois o número médio de orientações profissionais é diferente com relação à classificação da PA dos participantes.

Já na Tabela 22 analisou-se a comparação de grupos para as variáveis “idade” e “recebeu orientação profissional da saúde” por EV da comunidade acadêmica das Unidades de ensino e identificou-se que o valor de p foi significativo, constatando-se que existe diferença entre essas variáveis quanto ao EV.

A idade média aumenta conforme tem a melhora na classificação do EV com “Excelente” e “Muito bom”, ou seja, participantes mais jovens obtiveram pior classificação no EV em relação às pessoas mais velhas. E na variável “recebeu orientação de profissional da saúde”, as pessoas que já receberam mais orientações

dos profissionais da saúde, são aquelas que apresentaram classificação “Bom e Regular/Precisa Melhorar no EV, por isso rejeitamos a hipótese nula.

Tabela 21- Comparação de grupos para as variáveis idade e orientações profissionais por pressão arterial da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	Pressão Arterial	n	média	sd	min	max	estat_	p.valor
idade	ótima	496	34,40	11,83	18,60	74,00	192650	<u>0,0436*</u>
idade	Normal	393	34,29	12,57	18,10	74,80		
idade	Pré-hipertensão	95	38,18	14,33	19,20	74,40		
idade	Hipertensão	89	37,92	13,74	18,00	73,10		
orienta_prof_n	ótima	496	0,98	1,13	0,00	5,00	220637	<u>0,0002*</u>
orienta_prof_n	Normal	393	1,23	1,15	0,00	5,00		
orienta_prof_n	Pré-hipertensão	95	1,45	1,24	0,00	5,00		
orienta_prof_n	Hipertensão	89	1,90	1,25	0,00	5,00		

*Teste Jonkcheere-Terpstra

H0: ótima = normal = Pré-hipertensão = Hipertensão

H1: ótima < normal < Pré-hipertensão < Hipertensão

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 22- Comparação de grupos para as variáveis idade e orientações profissionais por estilo de vida da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1106). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	Estilo de Vida	n	mean	sd	min	max	estat_	p.valor
idade	Excelente	121	38,87	14,35	19,20	72,60	157409,5	<u>0,0004*</u>
idade	Muito bom	596	35,65	13,15	18,00	74,80		
idade	Bom	341	32,42	10,41	18,10	68,10		
idade	Regular/Precisa Melhorar	48	30,71	9,20	19,40	64,40		
orienta_prof_n	Excelente	121	0,93	1,31	0,00	5,00	219082	<u>0,0004*</u>
orienta_prof_n	Muito bom	596	1,07	1,14	0,00	5,00		
orienta_prof_n	Bom	341	1,37	1,12	0,00	5,00		
orienta_prof_n	Regular/Precisa Melhorar	48	1,71	1,29	0,00	5,00		

*Teste Jonkcheere-Terpstra

H0: Excelente = Muito Bom = Bom = Precisa Melhorar

H1: Excelente < Muito Bom < Bom < Precisa Melhorar ou Excelente > Muito Bom > Bom > Precisa Melhorar

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 23 – Associação entre as variáveis independentes da saúde cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	Pressão Arterial				Estat_	p.valor
	Ótima	Normal	Pré- hipertensão	Hipertensão		
	n	n	n	n		
Sexo					-9,6381	<u>0,0000</u>
Feminino	423	260	35	49		
Masculino	73	133	60	40		
Categoria de Vínculo					2,5411	0,4679
Aluno de graduação	105	91	21	14		
Aluno de pós-graduação	229	183	44	35		
Docente	79	64	19	19		
Técnico-administrativo	83	55	11	21		
Unidade de Ensino USP					6,4435	0,1684
EERP	131	102	20	20		
EEFERP	15	17	5	6		
FCFRP	83	85	16	21		
FMRP	197	129	42	31		
FORP	70	60	12	11		
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial					-11,0933	<u>0,0000</u>
Não	481	364	74	54		
Sim	15	29	21	35		
Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico					-8,1578	<u>0,0000</u>
Não	482	365	77	67		
Sim	14	28	18	22		
Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria					-3,2595	<u>0,0011</u>

Não	493	389	94	84		
Sim	3	4	1	5		
Recebeu orientação de profissionais de saúde					-6,3967	<u>0,0000</u>
Não	211	118	21	12		
Sim	285	275	74	77		
Redução do consumo de álcool					-4,1069	<u>0,0000</u>
Não	464	354	82	72		
Sim	32	39	13	17		
Redução da ingestão de sal					-6,4881	<u>0,0000</u>
Não	438	324	68	56		
Sim	58	69	27	33		
Tratamento para perda de peso					-4,7292	<u>0,0000</u>
Não	388	289	69	46		
Sim	108	104	26	43		
Tratamento para parar de fumar					-0,4069	0,6841
Não	479	379	88	87		
Sim	17	14	7	2		
Prática de atividade física					-5,5223	<u>0,0000</u>
Não	225	137	30	15		
Sim	271	256	65	74		
Está recebendo tratamento para DCV ou outros					-0,4091	0,6825
Não	490	384	95	87		
Sim	6	9	0	2		
Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2					-2,0120	<u>0,0442</u>
Não	489	385	94	84		
Sim	7	8	1	5		
Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, AVE)					-1,1103	0,2669
Não	216	182	40	31		
Sim	280	211	55	58		
Nível Escolaridade					0,8699	0,3844*
Ensino Médio	100	102	23	19		

Superior	151	97	22	21		
Mestrado	148	123	26	24		
Doutorado	37	31	9	12		
Pós-doutorado	60	40	15	13		
Frequência medida da Pressão Arterial					1,7185	0,0857*
Diariamente	333	274	47	52		
Semanalmente	100	80	31	27		
Anualmente/Nunca	63	39	17	10		
IMC					8,6958	<u>0,0000*</u>
Baixo peso/Normal	332	221	29	31		
Sobrepeso	121	113	46	24		
Obesidade	43	59	20	34		
Total	496	393	95	89		

Teste Cochran-Armitage/ *Teste Linear por Linear

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; EERP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FCFRP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; EEFERP: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, AVE: Acidente Vascular Encefálico, DCV: Doença Cardiovascular, IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 24 – Associação entre as variáveis independentes do estilo de vida da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1106). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	Estilo de Vida				Estat_	p.valor
	Excelente	Muito bom	Bom	Regular/Precisa Melhorar		
	n	n	n	n		
Sexo					-0,3733	0,7089
Feminino	80	438	244	29		
Masculino	41	158	97	19		
Categoria de vínculo					22,0159	<u>0,0001</u>
Aluno de graduação	23	133	76	15		
Aluno de pós-graduação	50	246	187	22		
Docente	27	117	34	5		
Técnico-administrativo	21	100	44	6		
Unidade de Ensino USP					3,9237	0,4164
EERP	27	152	88	10		
EEFERP	9	23	10	3		
FMRP	31	112	62	9		
FMRP	38	225	131	20		
FORP	16	84	50	6		
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial					-1,3848	0,1661
Não	110	550	304	42		
Sim	11	46	37	6		
Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico					0,2741	0,7840
Não	110	552	318	43		

Sim	11	44	23	5		
Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria					-3,2380	<u>0,0012</u>
Não	120	593	336	44		
Sim	1	3	5	4		
Recebeu orientação de profissionais de saúde					-6,8166	<u>0,0000</u>
Não	65	224	80	8		
Sim	56	372	261	40		
Redução do consumo de álcool					-1,9216	<u>0,0547</u>
Não	106	558	302	39		
Sim	15	38	39	9		
Redução da ingestão de sal					-1,2655	0,2057
Não	102	498	283	35		
Sim	19	98	58	13		
Tratamento para perda de peso					-4,6775	<u>0,0000</u>
Não	99	466	227	29		
Sim	22	130	114	19		
Tratamento para parar de fumar					-1,0313	0,3024
Não	116	578	328	44		
Sim	5	18	13	4		
Prática de atividade física					-6,1409	<u>0,0000</u>
Não	70	244	98	11		
Sim	51	352	243	37		
Está recebendo tratamento para DCV ou outros					0,7133	0,4757
Não	117	587	338	46		
Sim	4	9	3	2		
Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2					-0,5171	0,6051
Não	121	580	337	46		
Sim	0	16	4	2		

Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, AVE)					-2,9816	<u>0,0029</u>
Não	63	278	125	21		
Sim	58	318	216	27		
Nível Escolaridade					-1,9655	<u>0,0494*</u>
Ensino Médio	21	138	82	17		
Doutorado	13	51	23	3		
Mestrado	32	167	120	14		
Pós-doutorado	16	90	20	2		
Superior	39	150	96	12		
Frequência medida da Pressão Arterial					0,1332	0,8940*
Anualmente/Nunca	22	76	43	9		
Diariamente	72	395	219	32		
Semanalmente	27	125	79	7		
IMC					6,0335	<u>0,0000*</u>
Baixo peso/Normal	92	381	152	16		
Obesidade	4	60	82	12		
Sobrepeso	25	155	107	20		
Total	121	596	341	48		

Teste Cochran-Armitage/ *Teste Linear por Linear

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; EERP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FCFRP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; EEFERP: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, AVE: Acidente Vascular Encefálico, DCV: Doença Cardiovascular, IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Dados das tabelas 23 e 24 evidenciam a associação entre as variáveis independentes da saúde cardiovascular e do EV. Na Tabela 23 sobre a saúde cardiovascular, entre as variáveis que mostraram significância estatística estão sexo, Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial, Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico, Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria, Recebeu orientação de profissionais de saúde, Redução do consumo de álcool, Redução da ingestão de sal, Tratamento para perda de peso, Prática de atividade física, Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2 e IMC.

Na tabela 24 sobre EV, entre as variáveis que mostraram significância estatística estão, categoria de vínculo, Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria, Recebeu orientação de profissionais de saúde, Redução do consumo de álcool, Tratamento para perda de peso, Prática de atividade física, Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, Acidente Vascular Encefálico (AVE)), Nível Escolaridade e IMC.

6.7.1.1 Análise nos Modelos de Regressão de dados da Saúde Cardiovascular e do Estilo de Vida

Tabela 25 – Avaliação de Multicolinearidade das variáveis independentes pelos Fatores de Inflação da Variância (VIF) da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	VIF	detection	VIF	detection	VIF	detection	VIF	detection
Idade	3,14	0	3,14	0	3,13	0	3,03	0
Sexo Masculino	1,18	0	1,18	0	1,18	0	1,17	0
Categoria Aluno de pós-graduação	<u>8,05</u>	1	<u>8,05</u>	1	<u>8,04</u>	1	1,95	0
Categoria Docente	<u>8,97</u>	1	<u>8,97</u>	1	<u>8,96</u>	1	3,39	0
Categoria Técnico-administrativo	4,74	0	4,74	0	4,74	0	2,75	0
Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto	1,24	0	1,24	0	1,24	0	1,22	0
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto	1,52	0	1,52	0	1,52	0	1,48	0
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	1,68	0	1,68	0	1,68	0	1,64	0
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto	1,41	0	1,41	0	1,40	0	1,39	0
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial (SIM)	3,08	0	3,08	0	3,07	0	3,06	0
Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico (SIM)	3,08	0	3,08	0	3,08	0	3,08	0
Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria (SIM)	1,13	0	1,13	0	1,12	0	1,12	0
Recebeu orientação de profissionais de saúde (SIM)	<u>6,89</u>	1	<u>6,89</u>	1	-	-	-	-

Redução do consumo de álcool (Sim)	Infinito	1	1,47	0	1,46	0	1,46	0
Redução da ingestão de sal (SIM)	Infinito	1	1,58	0	1,58	0	1,57	0
Tratamento para perda de peso (SIM)	Infinito	1	1,96	0	1,87	0	1,87	0
Tratamento para parar de fumar (SIM)	Infinito	1	1,20	0	1,20	0	1,20	0
Prática de atividade física (SIM)	Infinito	1	<u>6,36</u>	1	1,22	0	1,22	0
Recebeu orientação de profissionais de saúde agrupado	Infinito	1	-	-	-	-	-	-
Está recebendo tratamento para DCV ou outros (SIM)	1,25	0	1,25	0	1,25	0	1,24	0
Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2 (SIM)	1,27	0	1,27	0	1,26	0	1,25	0
Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, AVE) (SIM)	1,05	0	1,05	0	1,05	0	1,05	0
Nivel_escolar_ Doutorado	3,66	0	3,66	0	3,66	0	-	-
Nivel_escolar_ Mestrado	<u>7,02</u>	1	<u>7,02</u>	1	<u>7,01</u>	1	-	-
Nivel_escolar_ Pós-doutorado	<u>6,06</u>	1	<u>6,06</u>	1	<u>6,05</u>	1	-	-
Nivel_escolar_Superior	<u>5,65</u>	1	<u>5,65</u>	1	<u>5,65</u>	1	-	-
Freq_med_PA_ Diariamente	2,26	0	2,26	0	2,26	0	2,26	0
Freq_med_PA_ Semanalmente	2,43	0	2,43	0	2,43	0	2,43	0
IMC Obesidade	1,83	0	1,83	0	1,83	0	1,82	0
IMC Sobrepeso	1,34	0	1,34	0	1,33	0	1,33	0

AVE: Acidente Vascular Encefálico, DCV: Doença Cardiovascular, IMC: Índice de Massa Corporal, PA: Pressão Arterial.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Dados da Tabela 25 evidenciam a avaliação da presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes da saúde cardiovascular e EV. A avaliação de multicolinearidade avalia a entrada de variáveis no modelo que sejam muito correlacionadas entre si. Uma das medidas mais utilizadas é o Fator de Inflação da Variância (VIF), no qual valores acima de cinco são multicolineares, ou seja, são relacionados entre si. Foram realizadas quatro rodadas e na última, todas as variáveis passaram no modelo de regressão. Em cada aplicação do VIF foi retirada uma variável independente mediante a escolha do pesquisador, causadora do problema de multicolinearidade.

Na primeira aplicação do VIF identificou-se multicolinearidade perfeita entre cada uma das orientações profissionais e o número total de orientações profissionais (a soma das orientações individuais corresponde ao número total de orientações). Para maior relevância do estudo, optou-se por remover a variável “número total de orientações”, para remover o problema existente de multicolinearidade.

Na segunda aplicação do VIF identificou-se multicolinearidade entre a variável “recebeu orientação de profissional da saúde”, e a orientação “prática de atividade física”.

Na terceira aplicação do VIF entre a “categoria de vínculo” e o “nível de escolaridade”, optou-se por remover o “nível de escolaridade”.

Na quarta aplicação do VIF não foi mais identificado problema de multicolinearidade. E todas as variáveis remanescentes foram utilizadas nos modelos de regressão sobre a saúde cardiovascular e EV.

Tabela 26 – Ajustes de regressão logística ordinal sobre hipótese de paralelismo com todas as variáveis independentes da saúde cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept):1 Normal ou acima	-0,7447	0,3213	-2,3176	<u>0,0205</u>
(Intercept):2 Pré hipertenso ou acima	-2,8812	0,3348	-8,6049	<u>0,0000</u>
(Intercept):3 Hipertenso	-3,8927	0,3487	-11,1633	<u>0,0000</u>
Idade	0,0097	0,0083	1,1648	0,2441
Sexo Masculino	1,3057	0,1441	9,0621	<u>0,0000</u>
Aluno de pós-graduação	-0,1681	0,1674	-1,0043	0,3152
Docente	-0,6344	0,2961	-2,1427	<u>0,0321</u>
Técnico-administrativo	-0,8870	0,2765	-3,2076	<u>0,0013</u>
EEFERP	0,1416	0,3336	0,4246	0,6711
FCFRP	0,2110	0,1845	1,1436	0,2528
FMRP	-0,2372	0,1600	-1,4821	0,1383
FORP	-0,0633	0,2022	-0,3132	0,7541
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial (SIM)	1,9174	0,3532	5,4280	<u>0,0000</u>
Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico (SIM)	-0,1134	0,3834	-0,2957	0,7675
Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria (SIM)	0,5596	0,5631	0,9938	0,3203
Redução do consumo de álcool (Sim)	-0,0030	0,2412	-0,0126	0,9899
Redução da ingestão de sal (SIM)	0,2724	0,1919	1,4191	0,1559
Tratamento para perda de peso (SIM)	-0,2561	0,1839	-1,3928	0,1637

Tratamento para parar de fumar (SIM)	-0,6124	0,3427	-1,7872	0,0739
Prática de atividade física (SIM)	0,5618	0,1387	4,0506	<u>0,0001</u>
Está recebendo tratamento para DCV ou outros (SIM)	-0,8035	0,5205	-1,5438	0,1226
Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2 (SIM)	-0,0545	0,4639	-0,1175	0,9065
Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, AVE) (SIM)	0,0315	0,1241	0,2538	0,7997
Freq_med_PA_Diariamente	-0,0613	0,1898	-0,3231	0,7466
Freq_med_PA_Semanalmente	-0,4171	0,2263	-1,8437	0,0652
IMC Obesidade	1,1903	0,2249	5,2923	<u>0,0000</u>
IMC Sobrepeso	0,4776	0,1513	3,1557	<u>0,0016</u>

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; EERP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FCFRP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; EEFERP: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto. IMC: Índice de Massa Corporal, PA: Pressão Arterial, AVE: Acidente Vascular Encefálico, DCV: Doença Cardiovascular.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

O sexo masculino apresenta-se na Tabela 26 e não o feminino em decorrência do mesmo apresentar-se com maior fator de risco na análise. E salienta-se que se estabeleceu categorias de referência e estas não se apresentam nas tabelas. Nas demais variáveis optou-se por não fazer escolhas e deixou-se a cargo do programa estatístico.

No ajuste de modelo de regressão logística ordinal com todas as variáveis independentes observou-se que houve associação entre as variáveis “gênero”, “categoria de vínculo”, “Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial”, “orientação sobre prática de atividade física” e “IMC”, conforme Tabela 26.

Na Tabela 27, pode-se observar que, com exceção da categoria de vínculo, todas as variáveis apresentaram associação no modelo completo mantiveram-se no modelo após uso do Critério de Informação de Bayesiana (BIC), para as variáveis remanescentes da primeira etapa, o que permitiu evidenciar a associação das variáveis.

Tabela 27 – Modelo de regressão logística ordinal com as variáveis selecionadas pelo Critério de Informação de Bayesiana sobre a Saúde Cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept):1 Normal ou acima	-0,8077	0,1162	-6,9477	<u>0,0000</u>
(Intercept):2 Pré-hipertenso ou acima	-2,8906	0,1489	-19,4195	<u>0,0000</u>
(Intercept):3 Hipertenso	-3,8755	0,1762	-21,9909	<u>0,0000</u>
Sexo Masculino	1,2664	0,1362	9,2995	<u>0,0000</u>
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial (SIM)	1,5502	0,2113	7,3364	<u>0,0000</u>
Prática de atividade física (SIM)	0,5045	0,1293	3,9014	<u>0,0001</u>
IMC Obesidade	0,9254	0,1795	5,1563	<u>0,0000</u>
IMC Sobrepeso	0,3518	0,1390	2,5303	<u>0,0114</u>

IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

O passo seguinte da análise foi avaliar a hipótese de proporcionalidade assumida no ajuste dos modelos. Para avaliação dessa etapa optou-se por testar individualmente cada variável presente no modelo, caso a hipótese da referida variável não seguisse a proporcionalidade.

Na Tabela 28 aplicou-se o teste da Razão de Verossimilhança para cada uma das variáveis do modelo ajustado da Tabela 27. Como resultado identificou-se associação para as variáveis sexo e IMC, indicando que para ambas a hipótese de proporcionalidade não se aplica.

Na Tabela 29 foi ajustado um modelo, para o qual foi assumido que sexo e IMC não seguem proporcionalidade. Para averiguar essa hipótese de sexo e IMC não seguirem proporcionalidade conjuntamente, foi efetuado o teste de Razão de Verossimilhança para comparar o modelo em que sexo e IMC não são proporcionais, com os modelos em que sexo não é proporcional e com o modelo de IMC não ser proporcional. Constatou-se que a hipótese nula foi rejeitada nos dois casos. Ambos os parâmetros sexo e IMC não são proporcionais.

Tabela 28 – Teste da Razão de Verossimilhança sobre a saúde cardiovascular: avaliação da proporcionalidade dos parâmetros da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020

	#Df	LogLik	Df	Chisq	Pr(>Chisq)	
H1Sexo	3209	-1101,71				H1: Variável sexo não segue proporcionalidade
H0	3211	-1108,70	2	13,98	<u>0,0009</u>	H0: Todas as variáveis seguem proporcionalidade
H1Medico disse HA	3209	-1107,16				H1: Variável medico não segue proporcionalidade
H0	3211	-1108,70	2	3,07	0,2151	H0: Todas as variáveis seguem proporcionalidade
H1Prat_atv_fisica	3209	-1107,26				H1: Variável pratica não segue proporcionalidade
H0	3211	-1108,70	2	2,88	0,2372	H0: Todas as variáveis seguem proporcionalidade
H1IMC	3207	-1101,85				H1: Variável IMC não segue proporcionalidade
H0	3211	-1108,70	4	13,70	<u>0,0083</u>	H0: Todas as variáveis seguem proporcionalidade

HA: Hipertensão Arterial, IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Tabela 29 – Teste da Razão de Verossimilhança sobre a saúde cardiovascular: avaliação conjunta de não proporcionalidade de gênero e IMC da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020

	#Df	LogLik	Df	Chisq	Pr(>Chisq)	
H1 Ambos	3209	-1101,71				H1: sexo e IMC não seguem proporcionalidade
H0 Sexo	3205	-1096,60	-4	10,21	<u>0,0370</u>	H0: Somente variável sexo não segue proporcionalidade
H1 Ambos	3207	-1101,85				H1: sexo e IMC não seguem proporcionalidade
H0 IMC	3205	-1096,60	-2	10,50	<u>0,0053</u>	H0: Somente variável IMC não segue proporcionalidade

IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

E no modelo final foi calculado as Razões de Chances correspondentes a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados sobre a saúde cardiovascular, conforme Tabela 30, na qual se evidenciou que participantes do sexo masculino têm 3,78 vezes mais chance de possuir PA classificada como Normal (ou pior) do que os do sexo feminino. Participantes do sexo masculinos têm 3,79 vezes mais chance de possuir PA classificada como pré-hipertensão (ou pior) do que os do sexo feminino.

Participantes do sexo masculino têm 2,03 vezes mais chance de possuir Pressão Arterial classificada como Hipertensão do que os femininos. Aqueles cujo médico disse que têm HAS tem 4,68 vezes mais chances de possuir PA classificada como Normal (ou pior), pré-hipertensão (ou pior) ou Hipertensão do que os participantes em que o médico disse que não têm HAS.

Participantes que receberam orientação para pratica de atividade física têm 1,69 vezes mais chance de possuir PA classificada como Normal (ou pior), pré-hipertensão (ou pior) ou Hipertensão do que os que não receberam. Aqueles com classificação de IMC como obesidade têm 2,13 vezes mais chance de possuir PA classificada como Normal (ou pior) do que os participantes com classificação de IMC Normal ou baixo.

Participantes com classificação de IMC como obesidade têm 3,26 vezes mais chance de possuir PA classificada como pré-hipertensão (ou pior) do que aqueles com classificação de IMC Normal ou baixo. Participantes com classificação de IMC como obesidade têm 2,90 vezes mais chance de possuir PA classificada como Hipertensão do que os com classificação de IMC Normal ou baixo. E aqueles com classificação de IMC como sobrepeso têm 1,98 vezes mais chance de possuir PA classificada como pré-hipertensão (ou pior) do que os com classificação de IMC Normal ou baixo.

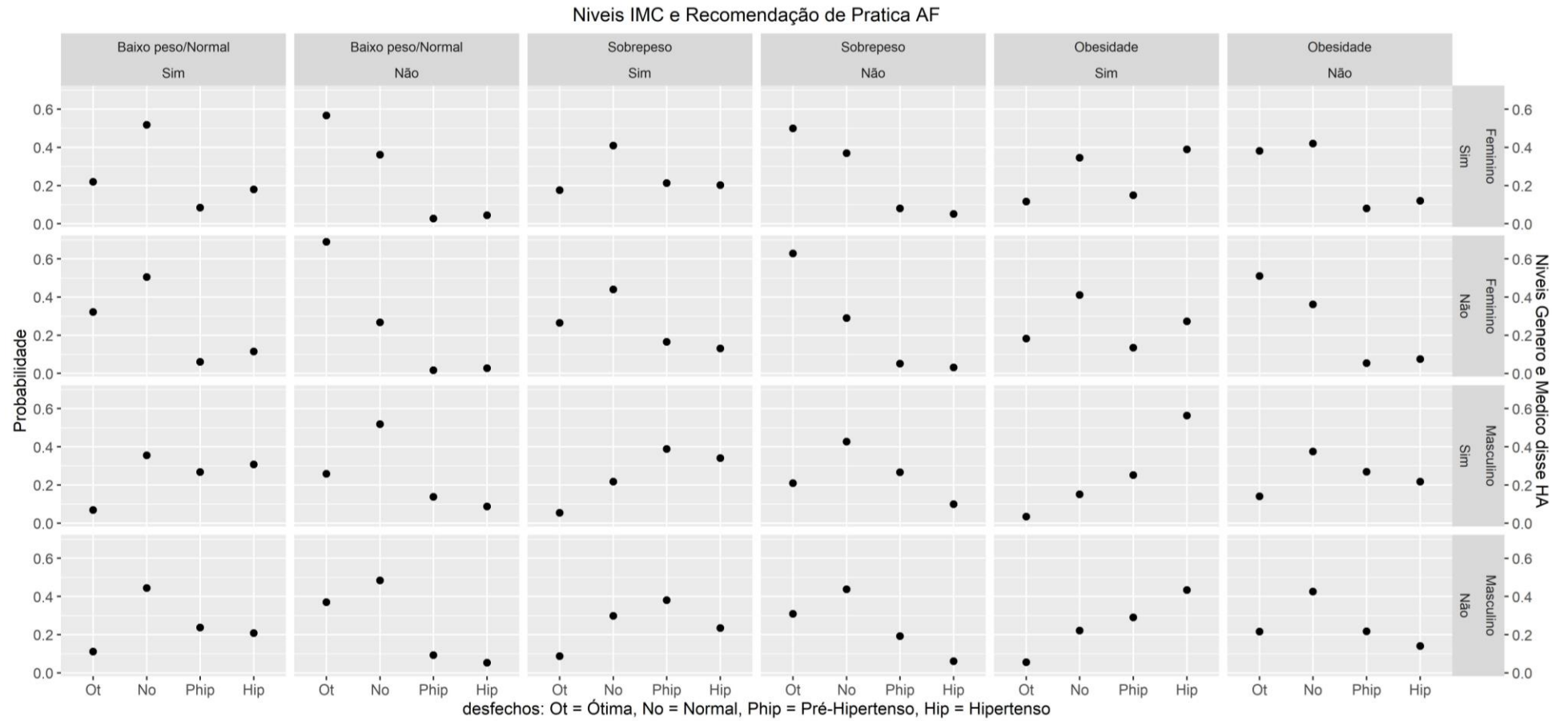
Tabela 30 – Razões de Chances correspondentes a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados sobre a Saúde Cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, SP, 2020 (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

	Beta	SE	z.value	p.valor	LI_Beta	LS_Beta	Razão chances (OR)	LI_OR	LS_OR
(Intercept):1 Normal ou acima	-0,7963	0,1184	-6,7232	<u>0,0000</u>	-1,0284	-0,5641			
(Intercept):2 Pré-hipertenso ou acima	-3,0973	0,1831	-16,9121	<u>0,0000</u>	-3,4562	-2,7383			
(Intercept):3 Hipertenso	-3,5889	0,2208	-16,2574	<u>0,0000</u>	-4,0216	-3,1563			
Sexo Masculino:1	1,3300	0,1601	8,3048	<u>0,0000</u>	1,0161	1,6439	<u>3,7809</u>	2,7624	5,1751
Sexo Masculino:2	1,3336	0,1804	7,3913	<u>0,0000</u>	0,9800	1,6873	<u>3,7948</u>	2,6644	5,4048
Sexo Masculino:3	0,7105	0,2385	2,9795	<u>0,0029</u>	0,2431	1,1779	<u>2,0351</u>	1,2752	3,2477
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial (SIM)	1,5434	0,2128	7,2536	<u>0,0000</u>	1,1263	1,9604	<u>4,6804</u>	3,0844	7,1023
Prática de atividade física (SIM)	0,5249	0,1296	4,0496	<u>0,0001</u>	0,2709	0,7789	<u>1,6903</u>	1,3111	2,1792
Imc_cat_agrup2 Obesidade:1	0,7566	0,2122	3,5650	<u>0,0004</u>	0,3406	1,1726	<u>2,1310</u>	1,4058	3,2303
Imc_cat_agrup2 Obesidade:2	1,1806	0,2346	5,0315	<u>0,0000</u>	0,7207	1,6405	<u>3,2564</u>	2,0559	5,1578
Imc_cat_agrup2 Obesidade:3	1,0669	0,2811	3,7959	<u>0,0001</u>	0,5160	1,6178	<u>2,9065</u>	1,6754	5,0422
Imc_cat_agrup2 Sobrepeso:1	0,2728	0,1529	1,7841	0,0744	-0,0269	0,5724	<u>1,3136</u>	0,9735	1,7725
Imc_cat_agrup2 Sobrepeso:2	0,6852	0,2044	3,3517	<u>0,0008</u>	0,2845	1,0860	<u>1,9843</u>	1,3291	2,9623
Imc_cat_agrup2 Sobrepeso:3	0,1482	0,2883	0,5142	0,6071	-0,4168	0,7132	<u>1,1598</u>	0,6592	2,0406

IMC: Índice de Massa Corporal

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Gráfico 1- Valores preditos da saúde cardiovascular pelo modelo ajustado. Ribeirão Preto, SP, 2020



O Gráfico 1 evidencia valores preditos, ou seja, são as probabilidades de classificação da PA segundo o modelo ajustado, contendo as variáveis: “sexo”, “IMC”, “Médico disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial HAS” e sobre a “prática de atividade física”.

A probabilidade de participantes do sexo feminino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de sobrepeso e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 16,51% de apresentar PA classificada como pré-hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo masculino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de sobrepeso e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 38,04% de apresentar PA classificada como pré-hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo feminino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que não tem o diagnóstico de HAS, é de 5,39% de apresentar PA classificada como pré-hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo masculino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que não tem o diagnóstico de HAS, é de 21,78% de apresentar PA classificada como pré-hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo feminino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 13,46% de apresentar PA classificada como pré-hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo masculino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 28,98% de apresentar PA classificada como pré-hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo feminino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de sobrepeso e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 13,04% de apresentar PA classificada como hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo masculino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de sobrepeso e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 23,38% de apresentar PA classificada como hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo feminino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 27,32% de apresentar PA classificada como hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo masculino que não praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 43,34% de apresentar PA classificada como hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo feminino que praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 38,85% de apresentar PA classificada como hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo masculino que praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que o médico disse que tem o diagnóstico de HAS, é de 56,39% de apresentar PA classificada como hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo feminino que praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que não tem o diagnóstico de HAS, é de 11,95% de apresentar PA classificada como hipertensão.

A probabilidade de participantes do sexo masculino que praticavam atividade física, apresentarem IMC com classificação de obesidade e que não tem o diagnóstico de HAS, é de 21,64% de apresentar PA classificada como hipertensão.

Verifica-se que participantes do sexo masculino apresentam mais probabilidades de apresentar alteração na classificação da PA como pré-hipertensão ou HAS, mesmo para aqueles que têm o diagnóstico ou não para HAS, na qual evidencia-se a influência do IMC sobre determinada alteração.

Tabela 31 – Ajustes de regressão logística ordinal sobre hipótese de paralelismo com todas as variáveis independentes do estilo de vida da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept):1 Bom ou Melhor	3,2843	0,3467	9,4737	<u>0,0000</u>
(Intercept):2 Muito Bom ou Melhor	0,5520	0,3156	1,7494	0,0802
(Intercept):3 Excelente	-2,5227	0,3289	-7,6709	<u>0,0000</u>
Idade	0,0392	0,0084	4,6566	<u>0,0000</u>
Sexo Masculino	0,0105	0,1425	0,0738	0,9412
Aluno de pós-graduação	-0,2458	0,1649	-1,4912	0,1359
Docente	-0,0450	0,2944	-0,1530	0,8784
Técnico-administrativo	-0,0270	0,2707	-0,0999	0,9204
EEFERP	0,4267	0,3354	1,2723	0,2033
FCFRP	0,0024	0,1838	0,0128	0,9898
FMRP	-0,0916	0,1577	-0,5808	0,5614
FORP	-0,1557	0,2013	-0,7736	0,4392
Médico ou outro profissional da saúde disse que tem pressão alta ou Hipertensão Arterial (SIM)	-0,6816	0,3567	-1,9108	0,0560
Toma ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico (SIM)	0,6740	0,3938	1,7117	0,0870
Toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria (SIM)	-1,2614	0,5755	-2,1920	<u>0,0284</u>

Redução do consumo de álcool (Sim)	-0,3801	0,2471	-1,5379	0,1241
Redução da ingestão de sal (SIM)	0,2591	0,1969	1,3160	0,1882
Tratamento para perda de peso (SIM)	0,2872	0,1832	1,5674	0,1170
Tratamento para parar de fumar (SIM)	-0,4675	0,3451	-1,3547	0,1755
Prática de atividade física (SIM)	-0,6468	0,1367	-4,7329	<u>0,0000</u>
Está recebendo tratamento para DCV ou outros (SIM)	0,5986	0,5317	1,1258	0,2603
Está recebendo tratamento sobre Diabetes do tipo 2 (SIM)	-0,6267	0,4797	-1,3065	0,1914
Histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, AVE) (SIM)	-0,2238	0,1226	-1,8258	0,0679
Freq_med_PA_ Diariamente	-0,0970	0,1797	-0,5396	0,5895
Freq_med_PA_ Semanalmente	0,0634	0,2169	0,2923	0,7701
IMC Obesidade	-1,6950	0,2300	-7,3688	<u>0,0000</u>
IMC Sobrepeso	-0,9810	0,1547	-6,3430	<u>0,0000</u>

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; EERP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FCFRP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; EEFERP: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto; IMC: Índice de Massa Corporal, PA: Pressão Arterial, DCV: Doença Cardiovascular, AVE: Acidente Vascular Encefálico.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Assim como na Tabela 26, na Tabela 31 o sexo masculino encontra-se exposto e não o feminino, em decorrência do mesmo apresentar-se com maior fator de risco na análise. Assim como as demais variáveis nas tabelas da saúde cardiovascular, as tabelas do EV seguiram o mesmo padrão.

No ajuste de modelo de regressão logística ordinal com todas as variáveis independentes, observou-se que apresentaram associação as variáveis: idade, toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria, orientação sobre prática de atividade física e IMC, conforme mostra a Tabela 31.

Na Tabela 32 pode-se observar que, com exceção da categoria “toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria”, todas as variáveis que apresentaram associação no modelo completo mantiveram-se no modelo após uso do Critério de Informação de Bayesiana (BIC), para as variáveis remanescentes da primeira etapa, o que permitiu evidenciar a associação das variáveis.

Tabela 32 – Modelo de regressão logística ordinal com as variáveis selecionadas pelo Critério de Informação de Bayesiana sobre a Saúde Cardiovascular da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept):1 Bom ou Melhor	2,7936	0,2301	12,1392	<u>0,0000</u>
(Intercept):2 Muito bom ou Melhor	0,1208	0,1880	0,6423	0,5207
(Intercept):3 Excelente	-2,8989	0,2143	-13,5275	<u>0,0000</u>
Idade	0,0409	0,0050	8,1112	<u>0,0000</u>
Prática de atividade física (SIM)	-0,6174	0,1264	-4,8825	<u>0,0000</u>
IMC Obesidade	-1,5177	0,1833	-8,2793	<u>0,0000</u>
IMC Sobrepeso	-0,9084	0,1418	-6,4039	<u>0,0000</u>

IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Assim como na saúde cardiovascular, o passo seguinte da análise do EV foi avaliar a hipótese de proporcionalidade assumida no ajuste dos modelos. Para avaliação dessa etapa optou-se por testar individualmente cada variável presente no modelo, para a hipótese da referida variável não seguir proporcionalidade.

Na Tabela 33 aplicou-se o teste da Razão de Verossimilhança para cada uma das variáveis do modelo ajustado da Tabela 32. Como resultado não se identificou-se significância estatística para as variáveis, indicando que todas as variáveis seguem proporcionalidade, não rejeitando a hipótese nula.

E no modelo final foi calculado as correspondentes Razões de Chances a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados sobre o EV, conforme mostra a tabela 34. Evidenciou-se que para cada ano de vida a mais espera-se um aumento de 1,04 vezes na chance de possuir EV classificado como Muito Bom (ou pior), Bom (ou pior) ou Ruim/Precisa melhorar.

Participantes que cujo médico disse que têm HAS, mostraram uma redução de 46,06% ($1 - 0.5394$) na chance de possuir EV classificado como Bom (ou melhor), Muito Bom (ou melhor), excelente do que os participantes que não apresentaram diagnóstico de HAS.

Participantes que foram classificados como tendo obesidade têm uma redução de 78,08% ($1 - 0.2192$) na chance de possuir EV classificado como Muito Bom (ou pior), Bom (ou pior) ou Ruim/Precisa melhorar do que aqueles classificados como Eutróficos.

Participantes que foram classificados como sobrepeso têm uma redução de 59,68% ($1 - 0.4032$) na chance de possuir EV classificado como Muito Bom (ou pior), Bom (ou pior) ou Ruim/Precisa melhorar do que os classificados como Eutróficos.

Tabela 33 – Teste da Razão de Verossimilhança sobre o estilo de vida: avaliação da proporcionalidade dos parâmetros da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (n=1073). Ribeirão Preto, SP, 2020

	#Df	LogLik	Df	Chisq	Pr(>Chisq)	
H1Idade	3311	-1104,92				H1: Variável idade não segue proporcionalidade
H0	3309	-1104,27	-2	1,31	0,5201	H0: Todas as variáveis seguem proporcionalidade
H1 Prat_Ativ_física	3311	-1104,92				H1: Variável pratica não segue proporcionalidade
H0	3309	-1104,15	-2	1,54	0,4626	H0: Todas as variáveis seguem proporcionalidade
H1IMC	3311	-1104,92				H1: Variável IMC não segue proporcionalidade
H0	3307	-1103,17	-4	3,51	0,4767	H0: Todas as variáveis seguem proporcionalidade

IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

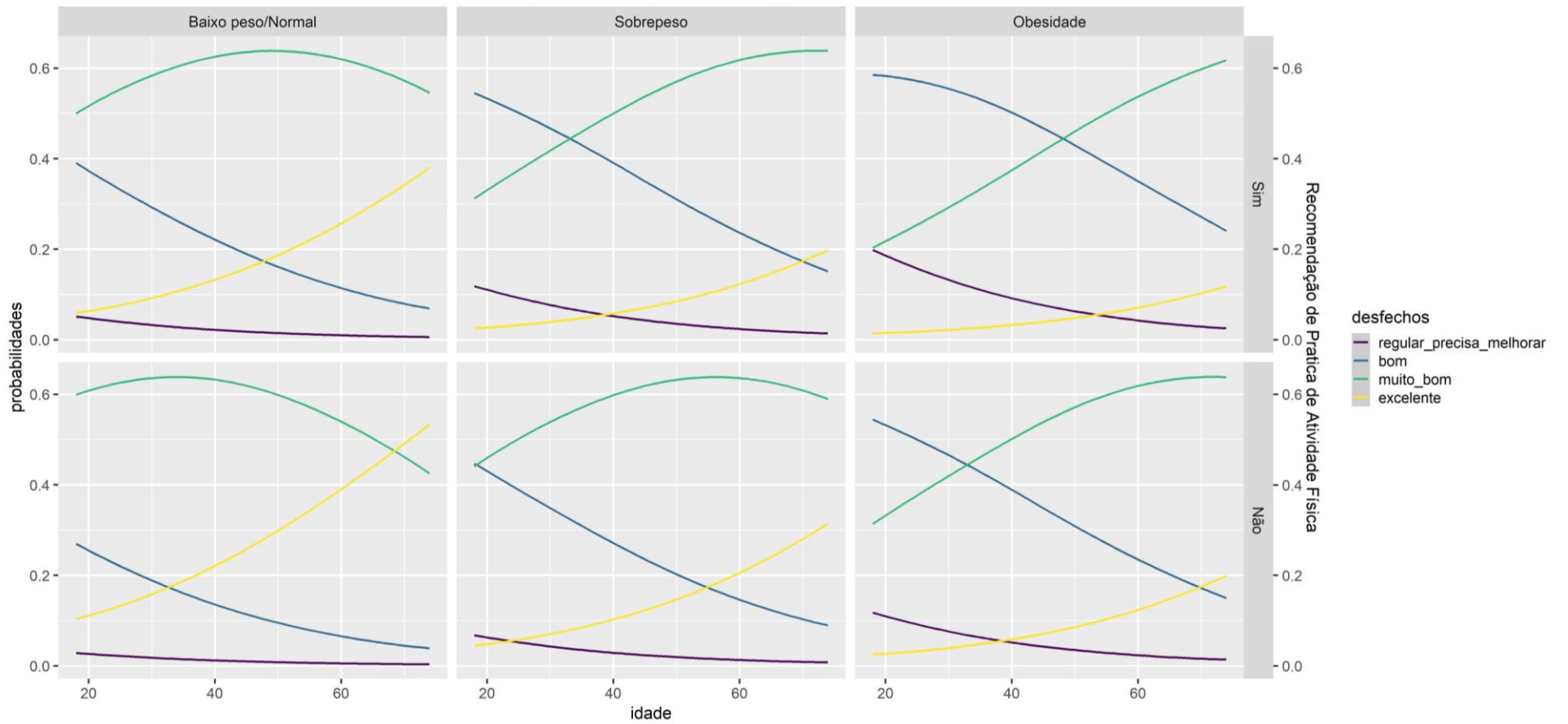
Tabela 34 – Razões de Chances correspondentes a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados sobre o estilo de vida da comunidade acadêmica das Unidades de ensino no *Campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, SP, 2020 (n=1108). Ribeirão Preto, SP, 2020

Variáveis	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)	LI_Beta	LS_Beta	Razão chances	LI_OR	LS_OR
(Intercept):1 Bom ou Melhor	2,7936	0,2301	12,1392	<u>0,0000</u>	-1,0284	-0,5641			
(Intercept):2 Muito bom ou Melhor	0,1208	0,1880	0,6423	0,5207	-3,4562	-2,7383			
(Intercept):3 Excelente	-2,8989	0,2143	-13,5275	<u>0,0000</u>	-4,0216	-3,1563			
Idade	0,0409	0,0050	8,1112	<u>0,0000</u>	1,0161	1,6439	<u>1,0417</u>	1,0315	1,0521
Pratica de atividade física (SIM)	-0,6174	0,1264	-4,8825	<u>0,0000</u>	0,9800	1,6873	<u>0,5394</u>	0,4210	0,6911
IMC Obesidade	-1,5177	0,1833	-8,2793	<u>0,0000</u>	0,2431	1,1779	<u>0,2192</u>	0,1530	0,3140
IMC Sobrepeso	-0,9084	0,1418	-6,4039	<u>0,0000</u>	1,1263	1,9604	<u>0,4032</u>	0,3053	0,5324

IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Gráfico 2- Valores preditos do estilo de vida pelo modelo ajustado. Ribeirão Preto, SP, 2020



O Gráfico 2 evidencia valores preditos, ou seja, são as probabilidades da classificação do EV segundo o modelo ajustado, contendo as seguintes variáveis: IMC, prática de atividade física e idade.

A probabilidade do participante que não praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 20 anos, é de 10,97% de apresentar classificação regular/ precisa melhorar no EV.

A probabilidade do participante que não praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 30 anos, é de 7,57% de apresentar classificação regular/ precisa melhorar no EV.

A probabilidade do participante que não praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 40 anos, é de 5,16% de apresentar classificação regular/ precisa melhorar no EV.

A probabilidade do participante que não praticava atividade física, apresentava IMC classificado como sobrepeso e tinha 50 anos, é de 1,93% de apresentar classificação regular/ precisa melhorar no EV.

A probabilidade do participante que não praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 60 anos, é de 2,34% de apresentar classificação regular/ precisa melhorar no EV.

A probabilidade do participante que não praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 70 anos, é de 1,57% de apresentar classificação regular/ precisa melhorar no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC classificado como sobrepeso e tinha 20 anos, é de 53,22% de apresentar classificação bom no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC classificado como sobrepeso e tinha 40 anos, é de 39,06% de apresentar classificação bom no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 70 anos, é de 27,11% de apresentar classificação bom no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC classificado como sobrepeso e tinha 20 anos, é de 33,09% de apresentar classificação muito bom no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC

classificado como obesidade e tinha 40 anos, é de 37,41% de apresentar classificação muito bom no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 70 anos, é de 59,78% de apresentar classificação muito bom no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 20 anos, é de 1,45% de apresentar classificação excelente no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 40 anos, é de 3,23% de apresentar classificação excelente no EV.

A probabilidade do participante que praticava atividade física, apresentava IMC classificado como obesidade e tinha 70 anos, é de 10,23% de apresentar classificação excelente no EV.

Verifica-se que participantes mais jovens apresentaram pior classificação no EV como regular/ precisa melhorar em relação a participantes mais velhos; entretanto também evidencia-se a influência da prática de atividade física sobre a alteração e o fato de o número de participantes jovens no estudo ter sido maior. O que reforça a preocupação com o EV de jovens e adultos de maneira geral.

DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi analisar o estilo de vida e a saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica. O predomínio de adultos, com excesso de peso, sedentários, com pouca prática de atividade física, alteração na PA, mas em sua maioria com algum tipo de formação concluída ou andamento e/ou pós graduações foram destacados. Houve prevalência de EV classificados como “bom” e a maioria dos participantes necessitava implementar melhorias no consumo alimentar, prática de atividade física e outros hábitos de vida.

O perfil dos participantes desta investigação pode ser visualizado na Tabela 4 e assemelha-se ao dos outros estudos que também avaliaram EV e/ou saúde cardiovascular. No que se refere ao sexo, em sua maioria apresentam público feminino em maior proporção (BUHRER et al., 2019; CONTRERAS; PEREIRA, 2018), média de idade na faixa de 34 anos ou mais (NUMATA FILHO et al., 2016), participantes de comunidades acadêmicas, sendo mais evidentes estudos com alunos e docentes universitários (LUNA et al., 2018; CARDOSO et al., 2016; TASSINI et al., 2017).

Em relação ao nível de escolaridade, em sua maioria apresentam alguma formação ou ainda estudam e verifica-se que quanto maior o nível de escolaridade melhor serão os hábitos alimentares da pessoa, seja no consumo de frutas, verduras e legumes entre outros aspectos positivos da alimentação que interferem no EV (BRASIL, 2020a).

A atualidade é marcada por inúmeras questões relacionadas às DCNT, principalmente DCV e estas estão diretamente relacionadas à forma das pessoas lidarem e construírem o seu hábito de vida. O EV atual da população tem comprometido a qualidade de vida pela falta de uma boa alimentação, exercícios físicos, consumo abusivo de drogas, dentre outros, deixando as pessoas mais vulneráveis às doenças supracitadas (LUNA et al., 2018).

Dados resultantes do presente estudo corroboram com a pesquisa de Luna e colaboradores (2018), em que os domínios analisados no EV e dados da saúde cardiovascular na Tabela 20 evidenciaram a importância da mudança de hábitos de

vida para se manter uma boa qualidade de vida e minimizar as DCV, que são tão afetadas por esses hábitos.

Sabe-se que mudar o EV não é tarefa fácil, quase sempre é cercado de muita resistência, pois as pessoas não gostam de alterar hábitos que realizam por muito tempo. Porém pode-se utilizar da educação em saúde como meio para conduzi-las a mudar seu EV por meio de hábitos e atitudes saudáveis, com intuito de prevenir as DCV e o aumento da mortalidade pela mesma (TASSINI et al., 2017).

A promoção da saúde e a redução da mortalidade são consequência de um EV saudável. Os maiores riscos para a saúde e o bem-estar para a maioria das pessoas ocorre por meio do próprio comportamento individual (LUNA et al., 2018).

Assim como o EV do indivíduo remete ao seu comportamento, este recebe influência do meio onde vive. Os dias atuais tem sido marcado pela pandemia COVID-19, na qual encomiou em distanciamento social e medidas preventivas na população. E as alterações apontadas na literatura influenciam em um EV saudável, que consistem em uma alimentação com alimentos ultraprocessados e de alta densidade energética, como batatas fritas, pipoca, chocolate e sorvete, inatividade física e aumento no consumo de álcool isoladamente e o consumo associado de álcool e tabaco (MALTA et al., 2020; GARCÍA-ÁLVAREZ et al., 2020; WANG et al., 2020).

Além disso, a pandemia também proporcionou uma alteração no trabalho de muitas pessoas, tais como docentes e técnicos-administrativos e nos estudos de alunos de graduação e pós graduação dentro das universidades, sendo as atividades transferidas para forma remota. A transferência do ensino presencial para o remoto produziu nos docentes uma urgência em adaptar os modos de encontro com os alunos e a partilha dos conteúdos didáticos, estes tiveram que se adaptar a nova modalidade de ensino e aprender rapidamente a trabalhar com plataformas digitais, proporcionando uma cobrança e fatores estressores ainda maior seja para docentes como para alunos (TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2021; CHARCZUK, 2020).

7.1 Índice de Massa Corporal

O IMC (peso [kg]/altura [m²]) é um indicador da situação do peso em que a pessoa se encontra, desde magreza até níveis de obesidade. Como o IMC apresenta

como base o peso e a altura, considera-se que ele fornece estimativas de adiposidade menos invasivas e mais diretas, por exemplo, dobras cutâneas. Em seus maiores extremos, ou seja, sobrepeso e obesidade, o IMC é comumente aceito como um indicador de excesso de gordura. Sua base conceitual é bem compreendida pelo público em geral (LOPES et al., 2019).

A obesidade pode ser compreendida como um transtorno metabólico em uma condição de inflamação crônica com excesso de gordura corporal (SBP, 2019). Pode contribuir com o surgimento de doenças crônicas, afetando a saúde e qualidade de vida do indivíduo e da sua família (SILVA, 2019).

No presente estudo foi possível calcular o IMC, por meio de dados fornecidos pelos participantes, como peso e altura e constatou-se que docentes, técnico-administrativos, alunos de graduação e de pós graduação apresentaram classificação como peso adequado (eutróficos), sobrepeso, obesidade classe I, II e III, sendo os homens com maior alteração em relação à mulheres, conforme mostrado nas Tabelas 5, 6, 7 e 18.

Estudos como o Vigitel 2019 mostrou a elevada prevalência geral de excesso de peso (55,4%) na população brasileira, caracterizando já como um problema de saúde pública. A média do IMC da pesquisa foi $28,5 \text{ kg/m}^2 \pm 5,2$ e a predominância de excesso de peso (69,8%). O estudo ainda ressalta o papel da escolaridade para a diminuição da incidência do excesso de peso (BRASIL, 2020a).

Quando questionado aos participantes do presente estudo, sobre o intervalo de quilos de seu peso considerável saudável que está acima do esperado, 20,9% referiram estar com mais de 8kg acima, 8,6% com 6kg acima, 10,2% com 4kg acima e 54,1% com 2kg acima de seu peso ideal, conforme constou na Tabela 14.

Na Tabela 5 foi possível evidenciar um valor máximo de IMC nos participantes de $52,17 \text{ kg/m}^2$ e média de $25,12 \text{ kg/m}^2$, com desvio padrão de 5,02. Estes resultados revelam que, de uma maneira geral, eles apresentaram resultados satisfatórios, porém é notável algumas alterações no IMC, que correspondem ao sobrepeso e aos diferentes graus de obesidade.

Os fatores que poderiam explicar o crescente aumento do número de indivíduos obesos, provavelmente estão mais relacionados às mudanças no EV e nos hábitos

alimentares, como o aumento no consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética e a diminuição da prática de atividade física (SILVA, 2019).

Em comparação entre o sexo feminino e masculino, o estudo mostrou que entre o total das mulheres, 36,2% apresentaram IMC elevados, com valor $\geq 25,0$ kg/m². Já entre os homens 53,6% apresentaram IMC elevados, com valor $\geq 25,0$ kg/m², ou seja, mesmo sendo uma população menor em relação às mulheres, os homens apresentaram um valor alterado em mais de 50% de sua totalidade, conforme mostraram as Tabelas 6 e 7.

Estudo realizado com 22 homens, identificou em seus resultados, maior sedentarismo entre eles, o que corrobora com achados em decorrência de IMC mais elevado em relação às mulheres. Isso foi evidenciado, pois eles apontaram sedentarismo resultante da intensa rotina de trabalho e compromissos, fazendo com que coloquem sua saúde em segundo plano. O que reafirma que o cuidar está sempre mais ligado ao sexo feminino (OLIVEIRA et al., 2021).

A obesidade na adolescência e juventude pode ser um fator de risco para a morte prematura na vida adulta, independentemente da presença de obesidade nesta etapa da vida. Pois verifica-se que os indivíduos obesos têm menor expectativa de vida e risco de morte prematura de até 100% maior, que aqueles com valor de IMC classificado como normal (SILVA, 2019).

Há alguns anos atrás, pensava-se que a obesidade afetava principalmente adultos de meia-idade, mas com o passar dos anos percebe-se que a obesidade está também entre adultos jovens, entre eles, alunos universitários. O ingresso na vida acadêmica faz com os mesmos adotem novos comportamentos e hábitos, incluído redução de atividade física e alteração no padrão alimentar (PRADO et al., 2021).

Entre alunos de graduação, de 247, 19,4% apresentaram sobrepeso, 4,4% obesidade grau I, 3,2% obesidade grau II e um 0,4% com obesidade grau III. Já entre os pós-graduandos, de 506, 26,8% apresentaram sobrepeso, 8,1% obesidade classe I, 2,9% obesidade classe II e quatro 0,7% com obesidade classe III, conforme dados deste estudo.

Estudo longitudinal realizado com 138 universitários, com objetivo de investigar a ingestão dietética e o nível de atividade física como preditores de mudanças no peso

e no IMC dos alunos, evidenciou que estes exerceram influência no peso e no IMC dos universitários e verificou-se a importância do desenvolvimento de ações efetivas para a prevenção da obesidade, principalmente entre os calouros, grupo esse considerado de risco (PRADO et al., 2021).

Outro estudo que buscou investigar o sobrepeso/obesidade e a autopercepção da imagem corporal de universitários, identificou que entre os 324 alunos universitários participantes, 43,2% apresentaram sobrepeso (PONTE et al., 2019). Já nesta pesquisa foi possível perceber entre os alunos universitários de graduação e de pós graduação que 35% dos participantes apresentaram $IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$, indicando sobrepeso e obesidade.

Estudantes universitários constituem um público frequentemente identificado como vulnerável ao ganho de peso, ocasionando o sobrepeso e a obesidade entre os mesmos, com início ao ingresso à universidade e com progressão gradual até a formação (SANCHEZ, 2019).

Muitas vezes esse processo pode ocorrer porque grande parte dos cursos são ministrados em período integral, principalmente da área da saúde, o que já compromete parte do tempo dos alunos, fazendo com que a prática de atividade física seja considerada como baixa prioridade, tornando-os sedentários (PRADO et al., 2021).

O presente estudo foi realizado em Unidades de Ensino de uma universidade no interior de São Paulo, sendo a EERP, FCFRP, EEFERP, FORP e FMRP as unidades participantes, cujos cursos são todos oferecidos em período integral, o que pode corroborar com a pesquisa supracitada.

Ao explorar ainda mais os dados deste estudo, quando analisado as unidades de ensino separadamente, os resultados apresentados mostraram que os alunos dos Cursos de pós graduação apresentaram, em maior número, mais sobrepeso e obesidade grau I quando comparados com os demais, com exceção da EEFERP, onde este índice foi maior entre os técnico-administrativos. Alunos de graduação apresentaram seus índices mais próximos da normalidade do peso, técnico-administrativos apresentaram sobrepeso, obesidade grau I, II e III e docentes tiveram valores que indicaram sobrepeso e obesidade grau I em todas as Unidade de Ensino.

A EEFRP embora em pouco número, não apresentou participante com obesidade grau III.

No que diz respeito aos docentes na universidade, de 183, 36,1% apresentam sobrepeso, 15,3% obesidade grau I, 2,7% obesidade grau II e 1 0,5%) com obesidade grau III, o que reporta para um EV “Regular (35-54 pontos)” entre esses participantes.

Estudo semelhante realizado com 121 docentes em exercício universitário evidenciou que 46,8% foram classificados como eutróficos, 36,9% com sobrepeso e 16,2% apresentaram obesidade, sendo estes com uma média de idade de 44,4 anos (DIAS et al., 2017).

Investigação que avaliou 30 docentes contratados de uma Instituição de ensino superior corrobora com os resultados encontrados. O objetivo desta pesquisa foi diagnosticar o estado nutricional dos docentes por meio da avaliação antropométrica. O IMC classificou grande parte dos docentes com sobrepeso, sendo os da área da área da saúde com maior predominância; além disso constatou que existe uma alta prevalência de sedentarismo e elevado risco para DCV entre os mesmos (SOUSA et al., 2019).

Quanto aos técnico-administrativos universitários, evidenciou-se que de 172 participantes, 34,3% apresentam sobrepeso, 15,1% obesidade classe I, 5,2% obesidade classe II e 5,2% obesidade classe III.

Dados de um estudo corroboram com tais achados, ao avaliar 20 servidores de uma Universidade Federal do Pará, com a finalidade de incentivar a saúde, analisando hábitos alimentares. Foi identificado que 63,59% dos técnico-administrativos estavam com excesso de peso, ou seja, apresentavam IMC com valores $\geq 25,0$ kg/m² (SOUZA et al., 2019).

Em uma totalidade, 309 participantes deste estudo foram classificados com sobrepeso, sendo que desses, 19 (6,1%) apresentaram classificação “Regular (35-54 pontos)” e dos 106 participantes que apresentaram obesidade classe I, 53 (50,0%) foram classificados como “Bom (55-69 pontos)” e 6 (5,7%) como “Regular (35-54 pontos)” no EV. Esses achados denotam a influência do EV na classificação do IMC.

Verifica-se que o sobrepeso e a obesidade em adultos e adultos jovens necessitam de uma manutenção de comportamentos de EV que favoreçam tanto a prática de atividade física como uma alimentação saudável (PONTE et al., 2019).

7.2 Saúde Cardiovascular

Segundo a *Global Burden of Disease (GBD)*, traduzido no Brasil como Carga Global de Doenças, a definição de DCV total engloba 10 causas: cardiopatia reumática, fibrilação, cardiopatia hipertensiva, doenças isquêmicas do coração, *flutter* atrial doença cerebrovascular, endocardite, cardiomiopatia, miocardite, aneurisma aórtico e doença vascular periférica (MALTA et al., 2020).

O *GBD* trata-se de um importante estudo epidemiológico que utiliza métricas de morbimortalidade correspondente aos principais agravos, fatores de risco e doenças em nível regional, nacional e global (NASCIMENTO et al., 2018).

Em meio ao aumento de DCV, a *World Heart Federation* celebrou em 2020 o Dia do Coração em 29 de setembro com o seguinte tema “Use o coração para vencer as doenças cardiovasculares”, com intuito de melhorar os hábitos de vida para prevenir as DCV, seja por meio de uma alimentação saudável, ou pela prática de atividades físicas, dizendo não ao fumo e ao álcool, entre outras, na qual o Ministério da Saúde também tem aderido (BRASIL, 2020b).

Em 2021 a *World Heart Federation* usou o tema “Use o coração para se conectar”, com intuito de usar o conhecimento, a compaixão e a influência para garantir a todos uma melhor chance de viver uma vida saudável para o coração e, também, seguindo os hábitos saudáveis descritos anteriormente, uma vez que as DCV continuam sendo a causa de morte número um no mundo, resultando em 18,6 milhões de mortes por ano (*WORLD HEART FEDERATION*, 2021).

Verifica-se que a DCV tem sido uma preocupação mundial devido ao aumento no número de óbitos. O presente estudo verificou a saúde cardiovascular dos participantes e identificou que entre as mulheres, 1,38% estava recebendo tratamento para DCV ou outros, 1,64% para DM e 57,95% apresentavam histórico familiar de

DCV. E entre os homens, 2,22% estavam recebendo tratamento para DCV ou outros, 2,85% para DM e 51,11% apresentavam histórico familiar de DCV, conforme os dados mostrados nas das Tabelas 8 e 9.

Estudo aponta que as DCV situam-se dentro dos cinco grupos que acarretam a mortalidade masculina, ocupando o segundo lugar após as causas externas. Os homens em decorrência da desvalorização do autocuidado e por apresentarem maior exposição aos fatores de risco comportamentais e culturais, advindos do próprio estereótipo do gênero na sociedade, são mais vulneráveis às doenças, quando comparados com as mulheres (OLIVEIRA et al., 2021).

Quando analisado a saúde cardiovascular entre as categorias de vínculo, o presente estudo verificou que os docentes, 66,7% estavam recebendo tratamento para DCV ou outros e 14,7% apresentavam histórico familiar de DCV. E entre os técnico-administrativos, 22,2% estavam recebendo tratamento para DCV ou outros e 15,9% apresentavam histórico familiar de DCV.

Já entre os graduandos, nenhum estava recebendo tratamento para DCV ou outros e ninguém apresentava DM e 22,4% apresentavam histórico familiar de DCV. Entre os alunos de pós graduação, 11,1% estavam recebendo tratamento para DCV ou outros, 4,5% para DM e 47,7% apresentavam histórico familiar de DCV.

Estudo realizado com 81 alunos de uma instituição de ensino superior, identificou que 79% deles dos alunos desconhecem possuir alguma doença cerebrocardiovascular pré-existente. Dos que possuem algum histórico familiar, o mais prevalente nos estudantes foi hipercolesterolemia (12,3%), seguida da hipertrigliceridemia (8,6%), do hipotireoidismo (6,2%) e da HAS (4,9%). E o fator de risco familiar mais prevalente foi a HAS (79,0%), seguida de diabetes mellitus (70,4%). (TRANQUILINO; JESUS, 2021). Diante disso, o conhecimento dos jovens e seus familiares em relação a essas comorbidades, é de suma importância para a prevenção dos fatores de risco.

Já estudo realizado com 139 universitários da área da saúde e exatas, identificou que eles não possuem antecedentes pessoais para DCV, mas ao comparar as áreas, foram identificados diferença dos fatores de risco para DCV entre universitários da área da saúde e exatas, nos quesitos: fisicamente ativo, qualidade do sono e consumo de álcool. Área de exatas apresentou participantes mais

fisicamente ativos, porém com mais consumo de álcool e a qualidade de sono foi pior na área da saúde (MEDEIROS et al., 2018).

Estudo ressaltou que quanto maior o número de fatores de risco presentes em um mesmo indivíduo, maior a probabilidade dele apresentar um evento cardiovascular (BACK et al., 2019).

Dentre os fatores de risco, também encontra-se a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); esta é uma das principais DCNT que podem ser evitadas por meio de mudanças no EV. Uma pessoa com obesidade, tende a ter maior probabilidade da doença, haja vista, que o excesso de tecido adiposo promove impacto em diversas funções corporais, entre eles sistema imune, sensibilidade à insulina, pressão arterial, entre outros que estão relacionados à DCV (SBD, 2019).

Estudo realizado com 106 docentes e demais técnico-administrativos de uma universidade, identificou que a glicemia elevada, seja pós-prandial ou não, foi encontrada em 11,3% dos participantes (SOUZA E SILVA., et al., 2021), o que diverge do presente estudo no qual, 54,5% dos docentes e 40,9% técnico-administrativos apresentaram DM.

Estudo com 250 universitários identificou uma frequência de alunos com diabetes, nos cursos de Psicologia e Enfermagem de 0,8% de universitários (LEMOS; HAYASIDA, 2018), o que corrobora com o presente estudo, em que alunos universitários apresentaram uma prevalência baixa de DM, o que se pode justificar pela faixa etária.

Porém vale salientar que na faixa etária de 20 a 79 anos, estima-se que ainda existem 46% (5,7 milhões) de pessoas diabéticas não diagnosticadas (IDF, 2017).

Estudo não evidenciou associação estatisticamente significativa entre a variável Diabetes e PA elevada (SANTOS et al., 2017). Entretanto, investigação realizada com 219 participantes com DM, observou que a hipertensão foi a mais evidente entre os diabéticos, com prevalência de 74,9% (WINKELMANN; FONTELA, 2014).

De 792 mulheres do estudo, 6,56% já foram diagnosticadas pelo médico com HAS, 5,30% faziam uso de medicação para HAS receitados pelo médico, 0,63% tomavam medicação para controle da PA por conta própria. Já de 315 homens,

15,55% já haviam sido diagnosticados com HAS, 13,33% usavam medicação para HAS, 2,53% tomavam medicação para controle da PA por conta própria, conforme mostrado nas Tabelas 8 e 9.

Cerca de 30% da população mundial sofre pela HAS, que se destaca, dentre as outras, como a comorbidade mais comum. Verificou-se que quanto mais elevada for a PA, mesmo em pessoas não hipertensas, maior o risco de apresentar doenças cerebrocardiovasculares (TRANQUILINO; JESUS, 2021).

Estudo identificou que entre 250 alunos universitários foi apresentado um predomínio de hereditariedade para HAS no curso de Enfermagem de (24,8%), com destaque de 58,4% nos cursos analisados, o que corrobora para complicações vasculares e de cardiopatia (LEMOS; HAYASIDA, 2018).

Quando foi analisada a saúde cardiovascular entre as categorias de vínculo neste estudo, entre os alunos de graduação, de 247, 3,6% utilizavam medicação para HAS e 15,4% medicação para o controle da PA por conta própria. Entre os alunos de pós graduação, de 506, 22,6% faziam uso de medicação para HAS e 30,8% tomavam medicação para controle da PA por conta própria.

Entre os docentes, de 183, 44,0% faziam uso de medicação para HAS e 38,5% tomavam medicação para controle da PA por conta própria. Entre os técnico-administrativos, de 172, 29,8% faziam uso de medicação para HAS e 15,4% automedicavam-se para o controle da PA.

Verifica-se entre os participantes do estudo, que o controle da HAS ainda é um desafio, pois muitos ainda faziam uso de medicação por conta própria ou não utilizavam, conforme dados das Tabelas 8, 9 e 20. Estudos apontam que o controle eficaz da HAS realmente é uma dificuldade entre a população, embora atualmente tenha uma ampliação do acesso aos serviços de saúde e do Programa Hipertensão e Diabetes - Hiperdia e mesmo tendo evidências científicas que comprovem os benefícios dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para a condição crônica, ainda sim muitos não seguem (MACÊDO et al., 2021; RESENDE et al., 2018).

Nas Tabelas 8 e 9 evidenciou-se que embora poucos homens e mulheres tenham sido diagnosticados com HAS ou com alguma DCV, ambos apresentavam

história na família com DCV, o que requer controle não medicamentoso por meio de um estilo de vida saudável.

No que se refere às mudanças de hábitos, a Atenção Básica (AB) dispõe de programas que podem incentivar a adesão às medidas não-farmacológicas e estão voltadas a minimizar a influência dos fatores de risco de DCV, objetivando a prevenção e o controle. Dentre as medidas não-farmacológicas mais citadas no estudo, estão a redução do peso, a alimentação saudável, a atividade física e a moderação no consumo de álcool (SILVA et al., 2020). O que corrobora com achados do presente estudo, nas diferentes categorias de vínculo e entre homens e mulheres.

Entre as mulheres do estudo, 66,54%, já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, seja sobre álcool 7,07%, tratamento para parar de fumar 2,52%, controle do peso 26,13% e sal 14,52% e prática de atividade física 63,63%. Já entre os homens, 64,44%, também já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, seja sobre álcool 14,60%, tratamento para parar de fumar 6,64%, controle do peso 24,76% e sal 23,49% e prática de atividade física 38,09%, conforme mostram as Tabelas 8 e 9.

Entre as categorias de vínculo, este estudo verificou que nos alunos de graduação, 20,3%, já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, seja sobre álcool 20,6%, tratamento para parar de fumar 12,5%, controle do peso 13,7% e sal 15,3% e prática de atividade física 20,3%. Alunos de pós graduação, 44,9% também já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da saúde, seja sobre álcool 37,3%, tratamento para parar de fumar 32,5%, controle do peso 42,8% e sal 41,8% e prática de atividade física 45,6%.

Estudo realizado com 250 alunos universitários da Universidade Federal do Amazonas, com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e identificar os Fatores de Risco Cardiovascular (FRC), evidenciou maior relevância dos FRC modificáveis, com prevalência entre sedentarismo, sobrepeso e hipercolesterolemia, o que se insere, neste âmbito o EV e os não modificáveis (herança positiva para obesidade, HAS, hipercolesterolemia e diabetes mellitus). A detecção precoce da presença de FRC nos jovens universitários viabiliza a elaboração de estratégias de intervenção com intuito de prevenir e reduzir as DCV no futuro (LEMOS; HAYASIDA, 2018).

Já quando analisado entre docentes e técnico-administrativos no estudo, verificou-se que entre os docentes, 18,1%, já tinham sido orientados por algum profissional da saúde, seja sobre álcool 22,5%, tratamento para parar de fumar 32,5%, controle do peso 22,8% e sal 25,4% e prática de atividade física 17,4%. E nos técnico-administrativos, 16,7%, igualmente já haviam sido orientados por algum profissional da saúde, seja sobre álcool 19,6%, tratamento para parar de fumar 22,5%, controle do peso 20,7% e sal 17,5% e prática de atividade física 16,7%.

Verifica-se que entre a população do estudo, grande parte já recebeu algum tipo de orientação quando às mudanças de hábitos para prevenção e controle de DCV. E diante disso, reforça-se a importância da prevenção de fatores de risco para DCV, seja na mudança de hábitos de vida na prática de atividade física, alimentação saudável, lazer, diminuição de estresse, ansiedade, entre outros e estes hábitos devem ser orientados para toda a família, desde crianças, adolescentes, adultos e idosos (SBD, 2019).

Estudo realizado com 65 idosos completa os dados supracitados, uma vez que quando não realizada a mudança de hábitos, pode-se verificar o desenvolvimento de DCV em associação com excesso de peso, aumento da circunferência abdominal e indicadores antropométricos (OLIVEIRA et al., 2019).

A conscientização e a realização de hábitos saudáveis são métodos preventivos capazes de garantir benefícios ao sistema cardiovascular, além de intervir na prevenção de diabetes, pois alimentação inadequada, inatividade física e excesso de peso são fatores de risco independentes para DCV (SBD, 2019).

7.3 Pressão Arterial

Os fatores que podem causar HAS são classificados como não-modificáveis e modificáveis (SANTOS et al., 2017). No presente estudo foram analisados dados que remetem aos fatores modificáveis na avaliação do EV do participante como: tabagismo, alcoolismo, obesidade, hábitos alimentares e sedentarismo, conforme está apresentado na Tabela 14.

A Tabela 19 mostrou que, de maneira geral, os participantes com HAS apresentaram uma classificação “Bom (55-69 pontos)” no EV, mas 18 (3,6%) com PA ótima e 16 (4,1%) com PA normal apresentaram classificação como “Regular (35-54 pontos)”, demonstrando a importância de correlacionar a HAS e EV, para que por meio de um EV saudável possam melhorar os valores da PA.

O aumento dos níveis da PA está diretamente relacionado ao sobrepeso e aos hábitos alimentares inadequados, o que também pode ocasionar os altos níveis de estresse (DIAS et al., 2017).

Estudo realizado com 150 docentes de um Instituto Federal do Piauí com o objetivo de identificar os fatores associados à hipertensão, constatou que 25,3% dos participantes apresentaram níveis elevados de PA e com maior proporção entre o sexo masculino (SANTOS et al., 2017). As Tabelas 10 e 11 deste estudo, corroboram com esses achados ao evidenciar que os homens também apresentaram mais propensão aos valores alterados da PA em relação às mulheres.

Já outro estudo realizado com 112 universitários no que concerne aos índices pressóricos, identificou que os participantes apresentaram classificação na PA como ótimos, independente do sexo (SOARES et al., 2019).

Entre os docentes participantes das Unidades de Ensino do presente estudo, 28,9% apresentam HAS, sendo que esta totalidade corrobora com estudo anterior e reforça a importância da prevenção e controle da HAS.

Outro estudo realizado com 106 profissionais da educação de um colégio universitário no interior do Rio de Janeiro buscou como objetivo descrever os casos de alteração de pressão arterial e de glicemia capilar; identificou que 44,9% dos participantes apresentaram níveis de PA elevados (SOUZA E SILVA et al., 2021). Estudos completam dados achados e comprovam frequentes alterações na PA em docentes (OLIVEIRA et al., 2015; CORREIA et al., 2017).

As DCNT, relacionadas ao EV têm apresentado relevância na área docente, principalmente por inatividade física, consumo de álcool ou tabaco, alimentação desajustada, ou seja, por hábitos de vida inadequados (SILVA et al., 2021).

Esse achado corrobora com os dados identificados neste estudo, pois entre os alunos de graduação e de pós graduação e técnico-administrativos das unidades de

ensino da saúde da universidade, os docentes foram os que mais apresentaram níveis alterados de PA, sendo que os técnico-administrativos, 12,2% apresentaram HAS, alunos de graduação 5,6% e alunos de pós graduação 6,9%.

Estudo corrobora ao avaliar a PA entre universitários e identificar poucos com PA elevada; entretanto a PA foi associada com a qualidade do sono, pois alunos universitários tendem a não manter uma boa qualidade de sono o que pode interferir na PA (SOARES et al., 2019); outro estudo com universitários, também identificou poucos alunos com alteração pressórica e identificou que a PA tem se mostrado como um dos indicadores de alterações psicossomáticas relacionadas às mudanças do nível de estresse (NOVAIS, REZENDE, 2021).

Quanto aos técnico-administrativos universitários, estudo realizado com 128 colaboradores técnicos de um centro universitário, com o objetivo de estimar a prevalência de HAS autorreferida, identificou que essa prevalência foi de 15,6% (MACEDO et al., 2020), o que corrobora com os achados do estudo.

Já outra investigação realizada com 833 técnicos-administrativos de uma universidade pública, com o objetivo de identificar a prevalência de HAS relatada por eles, verificou que 21,1% apresentam HAS (GRECO et al., 2019), o que diverge do encontrado no presente estudo, com uma prevalência menor de técnico-administrativos com HAS.

Em relação à faixa etária, pesquisa confirmou a sua influência nos valores da PA; pessoas na faixa acima de 60 anos apresentaram valores mais elevados em relação aos adultos jovens (SANTOS et al., 2017). Ademais o presente estudo constatou que os valores da PA apresentaram maior alteração entre ambos os sexos após a faixa etária entre 40-49 anos, mas que também tem aumentado nas demais faixas etárias, principalmente entre 20-29 anos e 30-39 anos. Mostrando que a PA pode alterar-se em qualquer idade, conforme demonstram as Tabelas 10 e 11.

A Tabela 21 complementa esses dados, indicando que a piora do grau de classificação dos valores da PA, entre os participantes, no geral, esteve diretamente relacionada com o aumento da média da idade, quer para a classificação da pré-hipertensão, quer para a hipertensão.

Quanto a escolaridade, pesquisa identificou que o nível de instrução pode influenciar na saúde das pessoas, já que está relacionado ao acesso à serviços de

saúde e ao cuidado para com a saúde (DUARTE; OLIVEIRA FILHO, 2018). Já a escolaridade não mostrou associação com os níveis pressóricos no estudo de Santos e colaboradores (2017), o que também foi percebido na presente investigação em que não houve associação, pois a maioria dos participantes informaram ter alguma graduação ou pós-graduação, seja em andamento ou concluída.

Em relação ao tabagismo e ao alcoolismo, estudos identificaram sua associação com a elevação de níveis pressóricos (PEREIRA et al., 2020; SOUSA et al., 2015). Além disso, outra pesquisa identificou uma PA elevada em relação aos participantes que não fumavam com prevalência de 24,3% e também foi mais elevada em pessoas que faziam uso de bebida alcoólica com 33,3% (SANTOS et al., 2017).

Dados da Tabela 14 evidenciaram que de 1108 participantes, apenas 6,0% ingeriam de 8 a 10 doses de álcool por semana (1dose=1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142ml) ou 1 curto, que se refere à uma dose menor segundo o questionário aplicado (42ml)), 0,9% ingeriam mais de 20 doses e 88,4% de 0 a 7 doses.

Estudos apresentam o quanto o IMC e a circunferência abdominal apresentam associação com os valores elevados da PA (SOUZA E SILVA et al., 2021; SANTOS et al., 2017). A presente investigação corrobora ao apresentar alto índice de sobrepeso entre os participantes, sendo entre os docentes 36,1%.

Resultados do presente estudo evidenciaram que de 1074 participantes que responderam corretamente ao item sobre a PA, observou-se um resultado máximo de PAS de 180 mmHg e PAD de 110 mmHg, com média e desvio padrão de 113,89 (11,23) na PAS e 73,79 (9,20) na PAD, conforme mostra a Tabela 5. Nota-se alterações nos valores das PAS e PAD que indicam uma alerta para o cuidado com a saúde cardiovascular e os fatores contribuintes para a elevação da PA.

Estudo verificou que sexo, faixa etária, cardiopatias, uso de bebidas alcoólicas e tabagismo, valor do IMC e da circunferência abdominal são fatores de risco relacionados ao estilo de vida e que interferem na PA. Além disso, destacou que os docentes são mais susceptíveis a tal resultado devido à alta exigência de trabalho e por ser uma área mais exposta aos ambientes conflituosos (SANTOS et al., 2017).

A presença de níveis alterados de PA e a associação entre os fatores relacionados ao EV fundamenta a recomendação da literatura quanto à mudança de EV, com a adoção de hábitos de vida saudáveis, com o intuito de minimizar, controlar e prevenir a HAS e outras DCNT (SOUZA E SILVA et al., 2021).

Diante disso, também deve-se atentar quanto a frequência com que a pessoa realiza a medida da PA, se nunca, anualmente, semanalmente ou diariamente. Nesta pesquisa, 64,5% informaram aferir diariamente, 21,5% semanalmente, 1,6% anualmente e 12,0% disseram nunca aferirem. Quando comparado entre homens e mulheres, a razão percentual foi proporcional entre ambos, mas vale ressaltar que ainda muitas pessoas não aferiam a PA, conforme consta nas Tabelas 12 e 13, o que pode interferir no rastreamento da PA, controle e prevenção da HAS.

Entre alunos de graduação, 30,1% informaram que nunca aferiam e 21,9% aferiam diariamente, entre os pós-graduandos, 43,6% nunca aferiam e 46,8% aferiam diariamente. Entre os docentes, 11,3% nunca aferiam e 14,9% aferiam diariamente, nos técnico-administrativos, 16,4% aferiam diariamente e 15,0% nunca aferiam.

Verifica-se que muitos participantes não realizavam a medida da PA com frequência, seja nas diferentes faixas etárias e categorias de vínculo, conforme demonstrado nas Tabelas 12 e 13. Determinada medida é de suma importância, levando-se em conta que não se sabe o quando a HAS pode iniciar em diferentes pessoas e como é uma doença crônica assintomática, quando a pessoa vir a sentir algum tipo de sintoma, já pode ter trazido complicações para órgãos alvo; por isso um diagnóstico precoce é essencial para a eficácia do tratamento, controle e promoção da saúde e para retardar possíveis complicações oriundas da HAS.

Estudo realizado com 100 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) identificou que 68% dos participantes não apresentavam o hábito de mensurar a PA e entre aqueles que mensuravam, 19%, a frequência era mensal. Além disso, 85% dos participantes não sabiam referir quando o valor da PA passava a ser considerado alto (OLIVEIRA et al., 2018).

Dessa maneira a literatura traz a importância da realização de rastreamento da PA, para identificar níveis elevados e dessa maneira trabalhar na prevenção, controle e conscientização da HAS e sobre seus fatores de risco e dessa forma, reduzir a morbimortalidade das DCV (COSTA et al., 2021). Estudo complementa com a

necessidade de intervenções e medidas educacionais nos serviços de saúde em prol da prevenção e promoção da saúde e pela busca do controle de valores elevados da PA (OLIVEIRA et al., 2018).

Entretanto a Tabela 21 desta investigação mostrou que muitos participantes que disseram já ter recebido orientações de profissionais da saúde, ainda assim apresentaram uma pior classificação em relação aos valores da PA, com pré-hipertensão ou hipertensão. E a Tabela 22 apresenta que também as pessoas que receberam tais orientações são aquelas que apresentaram classificação “Bom e Regular/Precisa Melhorar no EV. Esse fato indica que as pessoas precisam ainda receber mais orientações em saúde, ou então, significa, que as orientações recebidas não foram eficazes, talvez mal feitas e apressadas. Então não foram gravadas pelos participantes que continuaram seus hábitos desajustados, com piora no EV e na classificação da PA.

Neste sentido, uma equipe multiprofissional faz-se necessária para a implementação de intervenções e orientações em saúde, principalmente composta pelo profissional enfermeiro, que tem papel importante na identificação de fatores de risco da HAS, consegue conhecer as limitações dos pacientes, fazer o rastreamento da PA e, dessa maneira, aplicar estratégias eficazes para favorecer hábitos de vida saudáveis e diminuir riscos de outras comorbidades da HAS (RABELO et al., 2019).

7.4 Estilo de Vida nas Universidades

As universidades com suas demandas e exigências mostram-se como um dos maiores desafios para se conseguir um EV saudável e ativo. Estudos sobre a carreira docente foram desenvolvidos a partir dos anos de 1970, o que tem contribuído para uma melhor compreensão da sua trajetória profissional. Entretanto, a dimensão pessoal dos docentes, tem recebido pouca atenção no contexto universitário (CARDOSO; COSTA, 2016).

O trabalho docente no mundo globalizado reflete-se na sobrecarga de trabalho e na precariedade, com uma realidade social produtivista e exploradora. Para

favorecer a saúde dos docentes, faz-se necessário condições adequadas de trabalho, estrutura, recursos humanos, entre outras (SILVEIRA et al., 2017).

Além disso vale ressaltar que devido a propagação do novo coronavírus (COVID-19), doença declarada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as medidas restritivas influenciaram também na educação. O que antes o papel da educação se concentrava-se à estrutura das universidades, estas passaram a avaliar as condições de moradia, acesso e utilização de recursos tecnológicos por docentes e alunos (OLIVEIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2020).

Dessa maneira, os docentes precisaram enfrentar inúmeras sobrecargas afetivas, emocionais e laborais, pois precisaram se enquadrar em um novo formato de trabalho (*home office*) e pensarem em uma nova forma de comunicação didática em consonância com os meios tecnológicos, para conseguir cumprir a sua carga horária profissional (BARRETO; SANTOS, 2021).

A cobrança sobre os docentes vai muito além de ensino e produção de conhecimentos, mas também envolve o desenvolvimento de projetos de pesquisa, ensino e extensão, produções e publicações científicas, reuniões colegiadas, funções burocráticas, entre outros. Tal sobrecarga pode influenciar negativamente no EV desses docentes (SILVEIRA et al., 2017).

No presente estudo de uma maneira geral, docentes apresentaram uma classificação “Muito bom” no EV, conforme mostram as Tabela 17 e 24. Entretanto, ainda existem aspectos que precisam ser trabalhados no EV dos mesmos, pois apresentaram índices de sobrepeso e obesidade.

É notável que as pessoas passam a maior parte de suas vidas dentro das instituições de trabalho, sejam elas docentes e/ou técnico-administrativos. Dessa maneira, promover EV saudável aos trabalhadores, como atividade física, cultura, alimentação saudável e ambientes de lazer são de suma importância, já que a boa saúde é fortemente influenciada pelo EV (BALDUINO et al., 2019).

As empresas em geral têm tido maior atenção para a saúde, bem-estar e qualidade de vida de seus trabalhadores. Práticas inadequadas no ambiente de trabalho podem favorecer, de forma negativa, a saúde emocional e física dos trabalhadores e a saúde financeira das empresas. Uma energia negativa pode refletir na família, na sociedade e no sistema médico em consequência da baixa motivação, falta de atenção, diminuição de produtividade e alta rotatividade. Entende-se que

ambiente saudável no trabalho aumenta a produtividade do trabalhador e contribui para uma boa qualidade de vida (ABRAHÃO, 2020).

Resultados do presente estudo também realizados com técnico-administrativos de uma universidade evidenciou que, no geral, estes apresentaram um EV considerado saudável, conforme Tabela 24, mas também com alterações no peso.

Estudo realizado com 113 técnico-administrativos de uma universidade do Oeste catarinense com o objetivo de identificar o perfil do seu EV, corrobora com os resultados encontrados na presente investigação, ao evidenciar que os técnico-administrativos também possuem um EV saudável no geral, e os resultados com índices mais baixos foram observados no tocante à alimentação e à atividade física (BALDUINO et al., 2019).

A modernidade tem trazido consigo uma quantidade de atribuições que têm aumentado a cada dia; as pessoas têm uma variedade de incumbências e muitas vezes não conseguem exercê-las de forma satisfatória, ocasionando maior estresse e ansiedade. O fato de apenas buscar resolver problemas e cumprir obrigações, faz com que as pessoas esqueçam de coisas que lhe proporcionem bem-estar e prazer, deixando para segundo plano a prática de um EV saudável (FREITAS; LOPES; MEDEIROS, 2019).

Além disso, a razão pela qual alguns jovens seguem EV mais saudáveis e outros menos não está completamente elucidada. Verifica-se que os universitários, inclusive os pertencentes à área da saúde, são vulneráveis em relação as ações danosas à saúde, como o uso de tabaco, o consumo de álcool e a inadequação alimentar, o que não era de se esperar, visto que, em seu período acadêmico, espera-se que as universidades difundam o cuidado e a promoção da saúde (LINARD et al., 2019).

Isso pôde ser percebido neste estudo, pois entre os alunos de graduação e principalmente os de pós graduação, o EV muitas vezes foi deixado de lado, conforme demonstrado na Tabela 24, possivelmente devido à sobrecarga e por apresentarem um grande número de atividades didáticas e extracurriculares.

Estar em uma universidade requer dos alunos demandas sociais e acadêmicas, as quais demandas podem acarretar situações estressantes para muitos deles, podendo fazer com apresentem dificuldades para lidar com as situações diversas e necessitem de auxílio para manter interações sociais satisfatórias (DUTRA et al., 2018; BRITO et al., 2019).

Estudo realizado com 68 universitários de uma universidade de Mato Grosso quanto a avaliação do EV, evidenciou sentimentos de problemas emocionais, cansaço e desinteresse, que provavelmente foram encontrados devido a ansiedade e a angústia constantes pela cobrança de um bom desempenho acadêmico (FREITAS; LOPES; MEDEIROS, 2019).

A Tabela 22 deste estudo mostrou que a idade média aumentou conforme houve a melhora na classificação do EV com “Excelente” e “Muito bom”, ou seja, participantes mais jovens obtiveram pior classificação no EV em relação às pessoas mais velhas.

Tem sido observado o início cada vez mais precoce de hábitos prejudiciais à saúde, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e alimentação inadequada entre jovens. Essa situação evidencia a necessidade de espaços saudáveis nos ambientes incluindo casa, escola, universidade e trabalho (MORALES et al., 2018).

Foi constatado que os universitários representavam um público cujo EV e situações próprias do meio acadêmico podem resultar em diversos comportamentos de risco à saúde, como a falta de refeições, alto consumo de lanches rápidos e inadequados. Além disso tudo, há uma alta taxa de sedentarismo, excesso de peso e fatores de risco cardiovascular nesse grupo populacional (SANTOS; PRATI; SANTOS, 2021). Tais hábitos de vida também foram observados entre universitários na Espanha (CEREZO-PRIETO; FRUTOS-ESTEBAN, 2020).

Nas Tabelas 15 e 16 verificou-se que, de maneira geral, homens e mulheres apresentaram EV satisfatório mediante a classificação geral; entretanto necessita-se de atenção quanto aos participantes que foram classificados como “Regular” e que “Necessita melhorar”, pois podem estar mais propensos ao desenvolvimento de DCV a longo prazo.

Dessa forma, a aquisição de hábitos saudáveis como prática de atividade física, comportamento preventivo, alimentação balanceada, diminuição no tabagismo e alcoolismo e melhoria do sono podem reduzir os fatores de riscos para o desenvolvimento de DCV, sendo, portanto, ações de baixo custo, quando comparadas com os ascendentes orçamentos dos tratamentos medicamentosos e dependentes de alta tecnologia (LINARD et al., 2019).

7.5 Atividade Física

A atividade física pode ser entendida como qualquer movimento do corpo produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético superior ao repouso e abrange várias atividades como tarefas domésticas, trabalho, lazer, entre outros (DIAS et al., 2017).

O ato de ser ativo depende da interação de fatores, psicológicos ambientais e pessoais, por isso que a atividade física trata-se de uma manifestação simultânea do comportamento humano com determinantes biológicos e culturais. Entretanto percebe-se que ela é prejudicada pela sobrecarga de trabalho e diminuição do tempo livre, que acarretam também danos ao lazer (LUNA et al., 2018).

Dados da Tabela 14 deste estudo destacam que entre os participantes, apenas 15,1% eram ativos com pelo menos 30 minutos de atividade como corrida e bicicleta durante 5 vezes na semana e 26,4% eram moderadamente ativos com até 5 vezes na semana com atividades como jardinagem, caminhada e trabalho de casa.

Haja vista que o nível de atividade física está relacionado à manutenção de níveis saudáveis de aptidão física e a inatividade física constitui um fator de risco determinante para a as DCNT, associados ao risco de desenvolver DCV, aumentando a morbimortalidade no mundo (MILHOMEM et al., 2020; DIAS et al., 2017).

Resultados do presente estudo revelaram que entre os alunos de graduação, 20,3% já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da saúde sobre a prática de atividade física e entre os pós-graduandos, 45,6% também já haviam sido orientados no mesmo princípio.

Verifica-se a pouca orientação na prática de atividade física entre alunos universitários. Isso pode-se justificar pois o universitário de forma geral muitas vezes não inclui atividades físicas em sua rotina, já que geralmente dedica-se, pelo menos, quatro anos de sua vida a fim de obter um diploma e nesse período, todos têm suas vidas alteradas de alguma forma (BENTO et al., 2019; VILELA; NASCIMENTO, 2017).

Estudo ainda salienta, que muitas as vezes a falta de prática de atividade física não está apenas na ausência de tempo, mas que muitos já não possuíam o hábito de exercitar-se, outros porque a modalidade desejada incluía investimento financeiro e outros por falta de infraestrutura próxima (VILELA; NASCIMENTO, 2017).

Resultados demonstraram que entre os docentes, 17,4% já haviam recebido algum tipo de orientação de algum profissional da saúde sobre a prática de atividade física e entre os técnico-administrativos, 16,7% também já haviam sido orientados. Com esses achados, pode-se inferir pouca aderência à prática de atividade física entre docentes e técnico-administrativos.

Estudo corrobora ao inferir que a área docente é determinante negativo quando se refere à atividade física, pois está relacionado às altas exigências de produção e condições de trabalho insuficientes, sobrecarga de atividades, o que pode ocasionar estresse e com prejuízo ao lazer e a atividade física (CARDOSO et al., 2016).

Outra investigação também mostra que a inatividade física entre os docentes está diretamente associada aos altos índices de sobrepeso, sendo intensificada por uso de bebida alcoólica, alto nível de estresse e hábitos alimentares inadequados (DIAS et al., 2017).

Entre docentes de uma universidade do Paraná, foi identificado que 54,4% apresentavam nível de atividade física inadequado (DIAS et al., 2017). E outro estudo complementa ao identificar a prevalência de 75% dos docentes universitários de uma instituição pública do interior da Bahia como inativos fisicamente (REIS et al., 2017).

Já outra pesquisa aponta dados positivos, pois ao avaliar a atividade física entre docentes de educação física e de enfermagem, identificou que nenhum docente de educação física apresentou índices negativos durante a avaliação e esse resultado positivo também foi verificado entre os docentes de enfermagem (CARDOSO et al., 2016).

Esse dado de inatividade física também refere-se aos técnico-administrativos, corroborando com os achados. Segundo estudo realizado com servidores públicos de universidade pública no Paraná foi observado uma prevalência de inatividade física de 41,86% entre eles (GONÇALVES et al., 2017).

A inatividade física tem sido foco de pesquisas, principalmente quando relacionada ao local de trabalho, visto que baixos níveis de atividade física influenciam negativamente à saúde do trabalhador, deixando as pessoas mais suscetíveis ao afastamento do trabalho por desenvolvimento de doenças; além disso, apresentam maiores níveis de estresse e indisposição para a realização de tarefas cotidianas (MONTEIRO et al., 2018).

Estudo realizado com técnicos-administrativos de uma universidade de Porto Alegre, identificou que 61,1% deles atingiram as recomendações mínimas de

atividade física para benefícios à saúde (SANTOS et al., 2018). Entretanto, Monteiro e colaboradores (2018) estudando técnicos-administrativos de uma faculdade no Distrito Federal, identificaram que 67,9% deles não estavam realizando atividades físicas de acordo com as recomendações. E estudo realizado com 36 bancários em uma cidade do interior da Bahia, evidenciou que 66,7% eram insuficientemente ativos (SOUZA JÚNIOR et al., 2019).

Investigação fez uma importante análise ao identificar que a barreira para a prática de atividade física estava além de uma jornada de trabalho extensa, mas também associou-a com o desânimo devido à falta de energia e o mau humor, em função da exigência física e psicológica da atividade diária. Além disso, percebe-se que os compromissos familiares são influenciados da mesma forma, pois o fato da pessoa ter pouco tempo livre devido ao trabalho pode levá-la a optar por ficar em casa, na companhia de sua família, o que dificulta a prática de atividade física, também (MONTEIRO et al., 2018).

Esses dados corroboram com os achados do presente estudo, no qual se verificou a existência de inatividade física pela maioria dos participantes, haja vista o sobrepeso e obesidade identificados, além de pouco tempo para o lazer.

Verifica-se então que a prática de atividade física é uma das principais condições para se ter um EV saudável e sua ausência, por conseguinte, é percebida como um fator de risco para a saúde.

7.6 Alimentação

Entende-se que a alimentação está relacionada à idade e ao nível de atividade física do indivíduo, bem como, a quantidade de alimento a ser ingerida diariamente depende da necessidade energética de cada um. Dessa maneira, as necessidades energéticas vão diminuindo à medida que ocorre o processo de envelhecimento e com isso, os hábitos alimentares relacionados à quantidade também precisam ser reduzidos com os anos (BRASIL, 2014).

A alimentação saudável necessita ser compreendida como um direito humano que integra um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais de cada pessoa, em concordância com as fases do curso da vida (FREITAS; LOPES; MEDEIROS, 2019).

No presente estudo verificou-se entre os participantes que 43,5% realizavam uma dieta balanceada com grãos e cereais, frutas e vegetais, derivados do leite, carnes e semelhantes, mas 3,8% referiram raramente, 16,0% algumas vezes e 34,3% com relativa frequência seguiam uma dieta balanceada, conforme está apresentado na Tabela 14.

Estudo realizado com 206 servidores da Universidade Federal do Oeste do Pará, buscou realizar orientação nutricional após identificar sobrepeso e obesidade entre eles. Além disso, salientou que o aumento no consumo de alimentos processados, ricos em gordura, açúcar e sal, associado ao menor gasto energético diário devido à redução da atividade física, explicam as tendências crescentes de sobrepeso e obesidade na população e também das DCNT associadas (SOUZA et al., 2019).

A Tabela 14 mostra que quanto a ingestão de bebidas que contém café, chá ou coca-cola entre os participantes deste estudo, 21,0% referiram ingerir de três a seis vezes por dia, 59,4% de uma a duas vezes no dia e 16,6% referiram nunca fazer tal ingestão.

A cafeína pode acarretar um aumento da PA e, conseqüentemente, um aumento da velocidade metabólica e da diurese. No sistema cardiovascular, produz aumento da resistência vascular periférica e aumento agudo do débito cardíaco e da vasoconstrição (BARROSO et al., 2020).

Além disso, seu consumo tem sido muito utilizado em ambiente universitário, por melhorar a concentração nos estudos e as atividades extra curriculares e o rendimento físico. Entretanto seu uso necessita ser cauteloso, pois pode causar dependência (COELHO, SANTOS, SILVA, 2020).

A alimentação adequada e saudável necessita ser composta por, no mínimo, quatro grupos básicos de alimentos: leite; carne; cereais; vegetais e frutas. Ainda o Guia Alimentar para a População Brasileira completa quanto à alimentação saudável, com a indicação de alimentos minimamente processados ou baseada em uma variedade de alimentos *in natura*. Os alimentos processados devem ser utilizados em diminutas quantidades e, em suma, o consumo de alimentos ultraprocessados deve ser evitado (BRASIL, 2014).

Portanto, a alimentação saudável similarmente precisa ter, a garantia de acesso, a variedade, a segurança do ponto de vista de contaminação, o sabor e o

custo acessível, a harmonia e a cor, valorização às práticas alimentares culturalmente identificadas e o respeito (FREITAS; LOPES; MEDEIROS, 2019).

Quanto ao consumo em excesso de açúcares, sal, gordura animal e salgadinhos, 6,1% dos participantes deste estudo referiram consumir até quatro destes itens, 10,1% até três itens, 27,8% até dois itens, 34,4% pelo menos um item e 21,6% inferiram não consumir nenhum desses itens em excesso.

Verifica-se que todos esses itens são prejudiciais para a saúde cardiovascular e remetem a um EV não saudável, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

O estudo de Oliveira et al. (2020b), corrobora com os hábitos alimentares inadequados do presente estudo, pois a amostra revelou que a grande maioria dos participantes (75%) do seu estudo alimentam-se, predominantemente, de maneira inadequada com alimentos não saudáveis.

Estudo realizado com alunos universitários com hábitos alimentares saudáveis identificou que eles geralmente não adotam hábitos saudáveis e isso foi em ambos os sexos. A entrada na Universidade para muitos alunos representa o momento em que eles terão que se responsabilizar por sua alimentação, o que intensifica muitas mudanças em sua rotina. E alterações no comportamento alimentar podem resultar em práticas capazes de gerar riscos à saúde (FREITAS; LOPES; MEDEIROS, 2019).

Já outra investigação realizada com 81 alunos universitários se contrapõe-se, ao constatar que 95,1% dos estudantes possuem uma alimentação rica em frutas, verduras, legumes, cereais e leite; entretanto também identificou que 88,9% também incluem em sua alimentação alimentos ricos em sal, açúcares e gorduras (TRANQUILINO; JESUS, 2021).

Estudo realizado com 590 universitários da Espanha corrobora com tais hábitos alimentares, com uma alimentação inadequada, com grande presença de carne, álcool e comidas rápidas e congeladas e com um deficiente consumo de frutas e vegetais, sendo mais sério no caso dos homens e na maioria jovens (CEREZO-PRIETO; FRUTOS-ESTEBAN, 2020).

Hábitos alimentares inadequados, com baixo consumo de hortofrutícolas e fibras e elevado consumo de gordura e açúcar, associado com a reduzida prática de atividade física estão diretamente relacionados com o aparecimento de DCNT podendo estas serem desenvolvidas na comunidade universitária (FERRÃO et al., 2018).

A adoção de hábitos saudáveis na alimentação por toda a população universitária pode corroborar na melhora da qualidade de vida. Em contrapartida a nutrição pode ser prejudicada pelo trabalho, estudos, quantidade e qualidade da alimentação, condição financeira e controle do peso corporal, o que requer maior atenção da universidade para com a sua comunidade.

7.7 Estresse, Ansiedade e Depressão

Estresse está relacionado aos aspectos que podem determinar os estados de tensão, competitividade, ansiedade, perfeccionismo, entre outros. Pode ser compreendido como uma reação de um indivíduo a um estímulo que resulta em uma tensão com respostas psicológicas ou físicas (MARCHINI et al., 2019).

O estresse agudo e crônico também está associado ao desenvolvimento de doenças, entre elas a DCV. Pessoas com depressão crônica também possuem, cerca de duas vezes mais chance de desenvolver DCV, tendo uma relevância negativa maior que a ansiedade (SOUZA et al., 2021; LINARD et al., 2019). O estresse pode causar um desequilíbrio no corpo humano por originar um estado de tensão contínua, passível de interromper a homeostase (FERNANDES et al., 2019).

No presente estudo, verificou-se entre os participantes quanto a sua capacidade de lidarem com o estresse em seu cotidiano, que 3,2% raramente conseguiam, 26,5% conseguiam algumas vezes e 44,2% com relativa frequência, conforme Tabela 14.

Ainda na Tabela 14 foi possível identificar que os participantes aparentavam estar sempre com pressa o pode, também, representar a ansiedade deles. Entre os participantes, 20,8% aparentavam estar com pressa quase sempre, 28,1% com relativa frequência, 36,6% algumas vezes e apenas 9,3% inferiram raramente sentir isso.

Estudo realizado com alunos universitários evidenciou que eles já apresentam fatores estressores pela pressão por excelentes notas, carga de estudo pesada, trabalhos, exames e diversas matérias; dessa maneira o período letivo para eles é sempre um momento de tensão devido aos compromissos acadêmicos inseridos na rotina diária (CARDOSO et al., 2019; LINARD et al., 2019).

Entre 169 alunos universitários foi identificado que os que estão cursando os últimos semestres letivos também apresentam nível de estresse mais elevado do que os que estão cursando os primeiros semestres (MARCHINI et al., 2019). No presente estudo não foi delimitado o ano letivo, mas a maior parte dos participantes, também tenderam a apresentar agentes estressores dentro da universidade.

Quando analisado o estresse entre 89 técnico-administrativos de uma universidade pública, notou-se que agentes estressores estavam relacionados aos fatores retaliação, condições inseguras de trabalho, abuso de supervisores, postura corporal inadequada, indisponibilidade de treinamento físico e orientação (FERNANDES et al., 2019).

Estudo realizado com docentes de Educação Física e Enfermagem também identificou estresse entre os mesmos (CARDOSO et al., 2016). Verifica-se que o público na universidade está submetido aos agentes estressores, seja alunos, docentes, ou técnico-administrativos como mostra o presente estudo.

Quando analisado o sentimento de raiva entre os mesmos, 2,8% disseram sentir raiva quase sempre, 10,5% com relativa frequência, 43% algumas vezes e 15,2% quase nunca. O sentimento de raiva, estresse e ansiedade perpassa entre os membros da universidade analisada no estudo, como demonstrado na Tabela 14.

Diante disso, verifica-se a importância da atividade física, uma vez que esta pode aliviar sintomas de depressão, estresse, ansiedade, melhorando o bem estar psicológico; o exercício em si pode ser usado em conjuntos com outros tratamentos, como também em caráter preventivo, em prol da saúde mental. A atividade física também pode melhorar o humor, a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo (MIKKELSEN et al., 2017).

Neste intuito nota-se o quanto a saúde mental precisa ser trabalhada entre os participantes, sejam, alunos, técnico-administrativos e docentes; além do estresse, pode-se analisar que muitos participantes sentem-se tristes e deprimidos, pois 3,3% sentem-se tristes e deprimidos quase sempre, 10,7% com relativa frequência e 36,6% algumas vezes. Além disso, 6,7% relataram sentirem-se tensos e desapontados quase sempre e 16,2% com relativa frequência, conforme resultados da Tabela 14.

Esses dados corroboram com os de outros estudos realizados em diferentes universidades, ao analisar depressão, ansiedade e estresse entre alunos (BORTOLINI et al., 2021), docentes (RODRIGUES et al., 2020) e técnico-administrativos (FERNANDES et al., 2019).

Percebe-se que o estresse pode ter relação com a presença de sintomas de depressão (RODRIGUES et al., 2020). Diante disso, ressalta-se a importância e a necessidade de trabalhar dentro das universidades a saúde mental dos alunos, docentes e técnico-administrativos, seja, por meio de ações preventivas e terapêuticas que permitam a eles refletir e encontrar alternativas para os entraves presentes em seu cotidiano universitário.

7.8 Álcool e/ou Outras Drogas

Na atualidade o uso e o abuso de drogas entre jovens, principalmente, universitários, constitui problema de saúde pública e exige ações para a prevenção e o controle desse fenômeno, seja do Estado, das universidades e de toda a sociedade (CAMARGO et al., 2019).

No presente estudo a ingestão média por semana de álcool, considerando 1dose=1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142ml) ou 1 curto (42ml), foi de 88,4% de 0 a 7 doses na semana, 6,0% de 8 a 10 doses e mais de 20 doses 0,9% dos participantes, conforme dados da Tabela 14.

Ainda na mesma Tabela, quando questionados sobre a ingestão de mais de quatro doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, considerando também 1 dose= 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml), 37,0% referiram nunca, 29,0% quase nunca, 26,4% ocasionalmente, 7,2% com relativa frequência e 0,5% quase diariamente.

Pessoas com o ensino superior completo destacam-se como as que mais ingerem bebidas alcólicas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Estudo que avaliou o perfil de 43 docentes de ensino técnico, evidenciou que em 74,4% dos mesmos o consumo de bebidas alcólicas (fermentadas e destiladas) foi considerado inadequado (LANDIM et al., 2021).

Os maiores consumidores do álcool encontram-se na faixa etária de 25 a 39 anos. (SILVA; MUNER, 2021). Estudo realizado com 124 universitários evidenciou quanto a frequência do consumo de bebidas alcólicas, que 42,7% referiram consumir

de duas a quatro vezes por mês, 26,6% uma vez por mês ou menos, 9,7% duas a três vezes por semana e 0,8% quatro ou mais vezes por semana; 20,2% responderam que nunca consomem bebidas (BARROS; COSTA, 2019).

No que se refere ao tabagismo, estudo realizado com 81 alunos universitários, evidenciou que 96,3% referiram não fumar e 3,7% relataram fumar, em média, 3 cigarros por dia (TRANQUILINO; JESUS, 2021).

Estudo aponta que 24,6 % do total de estudantes já experimentaram alguma substância derivada do tabaco; esses dados coincidem com os do presente estudo, visto que esse elemento mantém-se em minoria. Já em relação ao etilismo, a maior parte dos estudantes (53,1%) revelam o uso rotineiro do álcool (PINHEIRO et al., 2017), reafirmando que a maioria dos estudantes universitários são etilistas (TRANQUILINO; JESUS, 2021; PINHEIRO et al., 2017).

Adentrar na universidade é uma fase única que oportuniza aos universitários a sensação de estarem em um ambiente longe da autoridade dos pais, compartilhando semelhanças e defendendo ideais que outrora não se observava ter e isso contribui para aumento de consumo de bebidas alcoólicas entre esses jovens (SILVA; MUNER, 2021).

Em relação ao uso do tabaco, no presente estudo, 89,2% referiram não usar nenhum nos últimos cinco anos, 4,6% nenhum nos últimos seis meses, 3,5% usavam de 1 a 10 cigarros por dia e 1,1% usavam mais de 10 por dia, conforme mostra a Tabela 14.

A prevalência do uso de drogas na comunidade universitária, é maior entre os estudantes, quando comparado aos estudantes do ensino médio e ao restante da população em geral (DURIGAN; MACHADO, 2020). Já no presente estudo, na Tabela 14, foi possível identificar que não houve essa prevalência entre a comunidade universitária, quanto ao uso de drogas como maconha e cocaína, pois 92,3% referiram nunca terem usado e 7,7% algumas vezes.

No que se refere ao abuso de remédios ou exagero no presente estudo, 86,1% declararam nunca, 3,1% ocasionalmente, 0,4% quase diariamente. O que mostra mais consciência da comunidade universitária quanto ao uso indiscriminado de medicamentos, como demonstrado na Tabela 14.

Parte das pessoas que fazem uso indiscriminado de substâncias químicas são estudantes universitários da área da saúde que, na graduação, têm noções de farmacologia e julgam esses conhecimentos satisfatórios para se automedicarem, negligenciando todo o universo que envolve essa ciência e tal uso, especialmente com finalidades terapêuticas, pode contribuir para alterações do quadro psicológico, uma vez que atua em sistemas importantes, que contribuem para o equilíbrio e harmonia do corpo e de suas relações com o outro (LOPES; MATA, 2017).

7.9 Relacionamentos Interpessoais

Os relacionamentos interpessoais são prejudicados pelo clima institucional, relações na comunidade, relações de trabalho entre outros (ALBUQUERQUE; CAVALCANTE, 2020). Isso pode ser afirmado, pois na perspectiva de uma universidade, muitos não apresentam tempo para lazer ou outras atividades fora do trabalho ou estudos (CARDOSO et al., 2020).

Essas informações coincidem com as obtidas na presente investigação; quanto ao fato de desfrutarem do tempo de lazer, 3,9% dos participantes relataram que quase nunca têm tempo, 30,6% algumas vezes, 9,2% raramente e 21,4% quase sempre tentam aproveitar esse momento, como demonstrado na Tabela 14.

Estudo apresenta a importância e a necessidade de se ter o lazer até mesmo dentro das universidades, com diferentes atividades voltadas aos hábitos de saúde, permitindo interações, melhorando a qualidade de vida e a saúde mental de toda a comunidade acadêmica (ROSSATO et al., 2021).

O relacionamento interpessoal e a interação são essenciais dentro e fora de uma universidade, uma vez que a situação inversa impacta em perda de produção e de qualidade no trabalho e nos estudos, comprometendo a saúde individual e coletiva do corpo da universidade (ALBUQUERQUE; CAVALCANTE, 2020).

O estudo evidenciou que 63,6% dos participantes quase sempre procuravam conversar com outras pessoas assuntos que lhes eram importantes, 2,6% raramente procuravam alguém para conversar e 0,8% quase nunca. Enquanto 60,2% procuravam dar e receber afeto quase sempre, 28,2% com relativa frequência e apenas 0,5% quase nunca, conforme consta na Tabela 14.

No âmbito universitário, são apontadas dificuldades no relacionamento interpessoal. Isso foi observado em estudo realizado com 15 professores de diferentes cursos da área da saúde, na qual foi evidenciado estreiteza na comunicação entre os docentes do mesmo curso ou departamentos (PIVETTAI et al., 2019).

Neste sentido, reforça-se ainda mais a importância de se manter um relacionamento interpessoal em ambiente universitário, pois poderá proporcionar melhor ensino-aprendizagem aos alunos e, possivelmente, um trabalho mais qualificado para os técnico-administrativos e docentes.

7.10 Sono

O sono é visto como um fenômeno ativo e de sobrevivência necessário às pessoas; está ligado ao bom funcionamento do sistema imunológico e na reparação e reorganização das células, quando se dorme bem. A insônia está entre os transtornos que afeta o sono; pode ser crônica ou de duração curta e pode ser percebida dentro do ambiente universitário (MONTEIRO; SANTOS NETO; SOUZA, 2020).

Estudo realizado com 86 alunos universitários que buscou avaliar o sono e repouso, identificou que 68% não dormem pelos números excessivo de atividades, 2,33% por insônia, 27,9% por ansiedade e 1,16% que alegaram realmente nunca dormir bem (FREITAS; LOPES; MEDEIROS, 2019).

Dados deste estudo mostraram que 3,9% dos participantes quase nunca dormiam e sentiam-se descansados, 8,9% referiram raramente, 27,3% algumas vezes, e 23,2% quase sempre conseguiam dormir, como demonstrado na Tabela 14.

Quando a qualidade do sono é comprometida, a capacidade de restauração da saúde também é prejudicada. Outrossim as alterações do sono também implicam em alterações fisiológicas e, em consequência podem influenciar no comprometimento cognitivo, risco aumentado em acidentes de trabalho e de desenvolver e/ou agravar DCV e DM (CORRÊA; CAMPOS; WEBER, 2018).

Além do mais verifica-se que o EV, como a prática de atividade física do mesmo modo influencia no padrão do sono (MONTEIRO; SANTOS NETO; SOUZA, 2020). E no presente estudo foi identificado um EV pouco ativo seja entre docentes, alunos de graduação, de pós-graduação e técnico-administrativos da universidade. O que pode corroborar com os episódios de insônia identificados entre os participantes.

As alterações do sono podem afetar a qualidade de vida e a capacidade de execução das atividades de vida diária das pessoas (CORRÊA; CAMPOS; WEBER, 2018). Dessa maneira, torna-se essencial a prática de ações de promoção de saúde, com intuito de modificar o padrão de sono na comunidade universitária, proporcionando um EV saudável.

7.11 Análise de Dados do Estilo de Vida e Saúde Cardiovascular

As DCV estão entre as principais causa de morte por doenças crônico-degenerativas, tanto em países em desenvolvimento, como também nos países já desenvolvidos. O EV apresenta grande influência em relação à essas enfermidades, sendo o sedentarismo um risco primário para DCV e atualmente este, juntamente com os baixos níveis de atividade física podem ser considerados como um problema de saúde pública (PRÉCOMA et al., 2019).

Neste estudo participantes cujos médicos disseram que eles apresentavam HAS tiveram uma redução de 46,06% na chance de possuir EV classificado como Bom (ou melhor), Muito Bom (ou melhor) excelente, do que os participantes que não apresentavam diagnóstico de HAS.

As DCNT como HAS e DM representam grande parte do atendimento médico diário na atenção básica e seu manejo adequado apresenta impacto direto no prognóstico dos pacientes (MALTA et al., 2017).

Neste estudo, na Tabela 20, para os participantes que estavam recebendo tratamento para DCV ou outros, 11,1% obtiveram classificação Regular no EV e 9,1% que estavam em tratamento para DM também receberam essa mesma classificação. Entre os que apresentaram histórico familiar de DCV 4,0% foram classificados como regular e 51,5% como muito bom.

Já entre os participantes do estudo que foram diagnosticados com HAS, 46,5% apresentaram como classificação no EV muito bom e 5,0% como regular. Mesmo a

maioria tendo apresentado boa classificação no EV, cuidados e orientações ainda se fazem necessárias, considerando-se o risco do aumento de DCV em decorrência dessas DCNT, conforme dados da Tabela 20.

No que se refere ao IMC e DCV, uma revisão sistemática identificou que prejuízos na qualidade de vida das pessoas e aumento na prevalência de DCV estão relacionadas ao IMC elevado, associado aos outros fatores de risco como o sexo e a idade (MASSAROLI et al., 2018).

Estudo realizado com 242 universitários constatou, ao avaliar o IMC, que entre estes 21,48% apresentavam excesso de peso, 9,50%, baixo peso e os demais apresentavam-se eutróficos (BACK et al., 2019). O excesso de peso entre universitários corrobora também com jovens de uma instituição do Chile (GLADYS et al., 2017).

Resultados deste estudo apontaram que participantes com classificação de IMC como obesidade e sobrepeso aumentaram as chances do indivíduo apresentar PA classificada como pré-hipertensão ou HAS, do que os participantes com classificação de IMC Normal ou baixo.

As DCV têm acometido cada vez mais jovens e isso pode ser justificado, pelo fato que eles consideram que as DCV acometem apenas pessoas com idade mais avançada, não visualizando-as como possível acometimento em sua faixa etária (LIMA et al., 2022).

Resultados estes que corroboram com os dados obtidos na presente investigação, na qual se verificou que participantes mais jovens apresentaram pior classificação no EV como regular/ precisa melhorar em relação a participantes com idade mais avançada. O que reforça a preocupação com o EV de jovens, de maneira geral.

Identificou-se no estudo que para cada ano de vida a mais espera-se um aumento de 1,04 vezes na chance de possuir EV classificado como Muito Bom (ou pior), Bom (ou pior) ou Ruim/Precisa melhorar, conforme dados da Tabela 34.

O EV considerado não saudável, em sua maioria tem início em decorrência do ingresso na universidade. Para muitos jovens este é princípio de uma jornada na qual passam a se responsabilizar por sua alimentação, moradia e gestão de suas finanças (BACK et al., 2019).

Verifica-se o quanto estudos sobre o EV de jovens têm mostrado sua relevância científica, pois esse público adulto jovem pode estar mais sujeito a ocasionar

complicações metabólicas a médio e longo prazo, incluindo HA, dislipidemia, DM e logo, aumento da morbimortalidade por DCV (SOUZA E SILVA et al., 2021).

Quanto a diferença entre os sexos, o presente estudo constatou que participantes masculinos tiveram mais chances de possuir PA classificada como pré-hipertensão ou com HAS do que os do sexo feminino.

O gênero do indivíduo pode interferir no modo como ele percebe os fatores de risco para as doenças, seu diagnóstico, tratamento e prevenção, o que justifica essa comparação (BACK et al., 2019).

Neste estudo participantes masculinos apresentaram maior probabilidades de apresentar alteração na classificação da PA, mesmo para aqueles que tinham o diagnóstico ou não para HAS, na qual se evidencia a influência do IMC sobre determinada alteração, conforme está apresentado no Gráfico 1.

Pesquisa realizada com 131 universitários, identificou que homens apresentaram mais excesso de peso na avaliação do IMC em relação as mulheres, sendo estes classificados com obesidade (SOUZA E SILVA et al., 2021).

Participantes que foram classificados como sobrepeso e obesidade neste estudo apresentaram uma redução na chance de possuir EV classificado como Muito Bom (ou pior), Bom (ou pior) ou Ruim/Precisa melhorar, em relação aos classificados como Eutróficos, conforme mostrado na Tabela 34.

Estudo evidenciou que universitários do sexo masculino apresentaram maior proporção de EV e condições de saúde ruins, com mais chances de apresentar excesso de peso em relação ao sexo feminino, mas estes apresentaram mais chances de praticar atividade física e de serem mais ativos em relação as mulheres (BACK et al., 2019).

Delineamentos internacionais com universitários também mostraram resultados semelhantes, no qual o sobrepeso e a obesidade atingem as diversas faixas etárias e populações e têm crescido ao longo dos anos, evidenciando um cenário reflexo da globalização (MORALES et al., 2018; MELDRUM, MORRIS, GAMBONE, 2017).

Quanto a prática de atividade física, no presente estudo participantes que receberam orientação para essa pratica apresentaram mais chances de possuir PA classificada como Normal (ou pior), pré-hipertensão (ou pior) ou Hipertensão do que os participantes que não receberam tais orientações, como demonstrado na Tabela 30.

Percebe-se que que, quanto maior o número de fatores de risco presentes em um mesmo indivíduo, maior a probabilidade dele apresentar um evento cardiovascular (BACK et al., 2019).

Nota-se que apesar de se tratar de uma população esclarecida sobre hábitos saudáveis, jovens universitários, os achados revelaram valores expressivos de excesso de peso, sedentarismo, HAS e outras DCV, fazendo-se necessário a implementação de ações educativas e de promoção da saúde junto a esta comunidade universitária.

7.12 Limitações do Estudo

As limitações metodológicas deste estudo estão relacionadas ao fato do mesmo ter sido realizado de forma remota e assim os dados foram referidos pelos participantes, não sendo possível a aferição da PA e a mensuração de dados do IMC, para melhor fidedignidade.

Estudos transversais, apesar de sua importância, não permitem a generalização de dados, pela sua impossibilidade de estabelecer relações causais, porém permitiu uma análise detalhada da população estudada.

Quanto a amostragem, foi atingido apenas um estrato, que se refere as categorias de vínculo, mas não atingiu a quantidade estipulada em cada Unidade de ensino, mas isso não implicou negativamente nos resultados da investigação.

O fato de ter sido desenvolvido apenas com docentes, técnico-administrativos, alunos de graduação e pós graduação das Unidades de Ensino da Saúde e não de toda a universidade, excluindo-se as como também áreas de exatas e humanas, também não permite generalizar para a população global.

No estudo houve maior aderência de participantes jovens adultos do que adultos e idosos e no que se refere ao sexo, houve maior participação do feminino em relação ao masculino, limitado à comparação de resultados de forma igualitária entre as faixas etárias e sexo.

7.13 Implicações do Estudo para a Área da Saúde e para Pesquisas Futuras

Este estudo trouxe importante aprofundamento e avanços na análise sobre EV e saúde cardiovascular da comunidade acadêmica. Permitiu identificar principais hábitos não saudáveis e riscos para o aumento de DCV.

Evidencia-se que pessoas que não dormem regularmente, têm precária alimentação, fazem uso de cigarro, álcool, drogas e não praticam com regularidade exercícios físicos podem apresentar deficiências na qualidade de vida e na saúde cardiovascular, por falta de uma EV saudável.

O resultado desta pesquisa fornece informações confiáveis que podem ser colocadas em prática, desencadeando um planejamento e direcionamento de ações aos docentes, técnico-administrativos, alunos de graduação e pós graduação da universidade, garantindo a possibilidade de maior adesão e incentivo à prática de atividades físicas, como forma de proporcionar uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

O incentivo para a prática de atividade física para os docentes, técnico-administrativos, alunos de graduação e pós graduação deve ser estimulado por meio de programas que ofereçam uma rotina de atividades físicas e uma alimentação equilibrada no local de estudo e trabalho, além da consciencialização quanto à diminuição do tempo gasto em atividades hipocinéticas, como assistir televisão e usar computador por longos períodos de tempo.

CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

Ao analisar o EV e a saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica identificou-se como variáveis com maior significância estatística a orientação sobre a prática de atividade física, IMC, PA, histórico familiar de DCV, sendo esses achados mais predominantes no sexo masculino e entre jovens adultos.

Dessa maneira, ao realizar a associação das variáveis relacionadas ao EV (família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, estresse; tipo de comportamento; introspecção; trabalho) e saúde cardiovascular da comunidade acadêmica estudada, verificou-se em maior evidência as variáveis supracitadas, com probabilidade dos participantes desenvolverem ainda mais alteração da PA, IMC com sobrepeso e obesidade em decorrência da inatividade física, aumentando também a probabilidade de desenvolver DCV.

Em meio as evidências identificadas nas análises, constatou-se que pessoas de uma comunidade acadêmica que apresentaram EV saudável estavam mais propensas a possuírem saúde cardiovascular, confirmando a hipótese deste estudo.

O EV considerado saudável no estudo refere-se à comunidade acadêmica que apresentou uma classificação no score da soma de pontos acima de "Bom" (55 a 69 pontos) e na Saúde Cardiovascular corresponde aos participantes que não apresentaram riscos para DCV, como, hipertensos, ou com valores da PA elevados e ainda não diagnosticados pelo médico, com IMC elevado, que se automedicavam, que não realizavam o tratamento não medicamentoso e que tinham histórico familiar de DCV ou Diabetes tipo 2. Ambos condizem com achados do estudo; entretanto também foram identificados participantes com EV não saudável e com variáveis que não correspondem à presença de uma boa saúde cardiovascular.

Salienta-se que todos os hábitos de vida analisados no estudo fazem parte de fatores de risco modificáveis e que estes podem interferir na alteração da PA, IMC e DM e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de DCV e seu agravamento. Por isso a importância do estudo ao analisar tais dados e demonstrar a significância na mudança de hábitos de vida, para que possibilite às pessoas uma melhor qualidade de vida, atentando a população na prevenção e promoção da saúde, com intuito de minimizar o aumento de DCV e o índice de morbimortalidade causados pela mesma.

Os cuidados de saúde primários constituem um importante instrumento de investigação, sendo uma fonte de dados essencial no que diz respeito à vigilância epidemiológica e à investigação de estratégias de promoção de saúde. A investigação e a evidência são a base de toda a evolução científica e devem surgir como um processo lógico decorrente de sistemas de garantia de qualidade dos serviços prestados.

A partir desse estudo, sugere-se que a comunidade acadêmica das Unidades de Ensino da USP analise quais são os fatores que dificultam e facilitam a adoção de comportamentos mais saudáveis, para em seguida elaborar estratégias pessoais de ação e manutenção para obtenção de um melhor EV, com foco na mudança de hábitos de vida e prevenção de DCV.

É requerido estratégias que levam à uma transição saudável, associado ao empoderamento no autocuidado e autogestão com altos componentes de motivação para a comunidade acadêmica.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, H. A. **Saúde do Trabalhador e os Transtornos Mentais**: Consequências no serviço prestado e na qualidade de vida. Trabalho de Conclusão de Curso. 47f. 2020. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, RO, 2020.

AGRESTI, A. **Categorical data analysis**. 2 nd ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons. 2002. DOI: 10.1002/0471249688.

AGRESTI, A. **Analysis of Ordinal Categorical data**. 2nd ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons. 2010. DOI: 10.1002/0471249688.

ALBUQUERQUE, J. M.; CAVALCANTE, S. M. A. Clima organizacional na perspectiva de cidadania organizacional: um estudo de caso na imprensa universitária da UFC. **Revista Eletrônica Acta Sapientia**, v. 7, n. 1, p. 139-159, 2020. Disponível em: <http://www.actasapientia.net.br/index.php/acsa/article/view/45/40>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AMADO, J. et al. Lifestyles in young university students: application of the “FANTASTICO”. **Brazilian Journal of Global Health**, v. 1, n. 3, 2021.

AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

ARAÚJO, S. P. et al. Mulheres na atenção primária à saúde: exercício físico, estilo de vida e fatores de risco cardiovascular. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 3, p. 1-13, 2017. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i3.1319>.

ARMITAGE, P. **Tests for linear trends in proportions and frequencies**. *Biometrics*, v. 11, n. 3, p. 375–386, 1955. DOI: 10.2307/3001775.

BACHUR, C. A. K. et al. Improvement in Semiconductivity on the Measurement of Blood Pressure After an Educational Intervention in Health Professionals. **International Journal of Cardiovascular Sciences (Online)**, v. 34, p. 1-7, 2021.

BACK, I. R. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em universitários: diferenças entre os sexos. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e40096, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i1.40096>.

BARRETO, A. C. F.; SANTOS, J. D. O. S. A invisibilidade do trabalho docente em tempos de pandemia: das políticas às práticas. **Revista Latino-Americana de Estudos Científicos**, v. 2, n. 10, p. 232-241, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.46375/relaec.36693>.

BARROSO, W. K. S, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>.

BARROS, M. S. M. R.; COSTA, L. S. Alcohol consumption between students. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 15, n. 1, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000353>.

BALDUINO, D. et al. Perfil do estilo de vida dos funcionários de uma universidade do oeste catarinense. **Unoesc e Ciência**, v. 10, n. 1, p. 75–84, 2019. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/20064>. Acesso em: 13 dez. 2021.

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Health promotion in care for people with chronic non-transmittable disease: integrative review. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 29, p. e20180250, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>

BENTO, A. et al. O Conhecimento dos Estudantes Universitários sobre as Recomendações de Atividade Física Para a Promoção da Saúde. **Gymnasium**. 2019.

BERBARI, A. E. et al. World Hypertension League. In official relations with the International Society of Hypertension and World Health Organization. **A ‘Train the Trainer’ Module for Developing Blood Pressure Screening Programs**. 2014.

BICALHO, C. C. F. et al. O estilo de vida influência nos índices de burnout em professores. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p. 19160-19169, out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n10-148>.

BORTOLINI, G. F. et al. Relación entre depresión, ansiedad y rendimiento académico: un estudio transversal con estudiantes de medicina. **Revista Sul-Americana De Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 105-129, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29344/2318650X.1.2560>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população brasileira**, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. “**Use o coração para vencer as doenças cardiovasculares**”: 29/9. Dia Mundial do Coração. 2020. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/use-o-coracao-para-vencer-as-doencas-cardiovasculares-29-9-dia-mundial-do-coracao/>. Acesso em 21 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2020b. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.

BRITO, B. 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. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 49, n. 4, p. 293-302, 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i4p293-302>.

BRITO, L. D. S. et al. Nível de ansiedade e fatores associados: Estudantes de Farmácia de uma faculdade privada. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 2, p. 170-178, 2019.

BUHRER, B. E. et al. Análise da Qualidade e Estilo de Vida entre Acadêmicos de Medicina de uma Instituição do Norte do Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 39-46, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170143>.

BUSSAB, W.; BOLFARINE, H. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Editora Blucher, 2005.

CASSIANO, A. N. et al. Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2203-2212, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.27832018>.

CAMARGO, E. C. P. et al. Drug use and abuse among university students and interface with public policies. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 15, n. 4, p. 1-9, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000364>.

CAMPBELL, N. R. C. et al. Assessing healthcare professional knowledge, attitudes, and practices on hypertension management. Announcing a new World Hypertension League resource. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 19, n. 9, p. 830–832, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jch.13079>.

CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY. The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: **CSEP's guide to health active living**. 2nd ed. Ottawa: CSEF, 2003.

CARDOSO, B. L. C. et al. Estilo de vida e nível de atividade física em docentes universitários. **Revista Unimontes Científica**, v. 18, n. 1, p. 15-23, 2016. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/1820>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CARDOSO, C. G. L. V.; COSTA, N. M. S. C. Factors connected with professional satisfaction and dissatisfaction among nutrition teacher. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2357-2364, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123201521803862016>.

CARDOSO, G. R. et al. Lazer na universidade: espaços e equipamentos possíveis? **Licere**, v. 23, n. 2, p. 289-315, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2020.24041>.

CARDOSO, J. V. et al. Estresse em estudantes universitários: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, p. e241547, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241547>.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Health determinants in Brasil: searching for health equity. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>.

CEREZO-PRIETO, M.; FRUTOS-ESTEBAN, F. J. Impacto del estilo de vida de los estudiantes universitarios en la promoción de políticas públicas en salud. el caso de los nudges. **Revista Española de Salud Pública**, v. 94, e202007072, 2020. Disponível em: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202007072.pdf. Acesso em: 08 out. 2021.

CICHOCKI, M. et al. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 23, n. 1, p. 21-25, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1517-869220172301159475>.

CHARCZUK, S. B. Ensuring Transference on Remote Learning: teaching in pandemic times. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p. e109145, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-6236109145>

COCHRAN, W.G. **Some methods for strengthening the common χ^2 tests.** *Biometrics*, v. 10, n. 4, p. 417–451, 1954. DOI: 10.2307/3001616.

COELHO, F. J. F.; SANTOS, G. S.; SILVA, M. L. Would you like some coffee, tea or a soft drink? The use of caffeine in the perspective of Harm Reduction among youth and adults. **Research, Society and Development**, v. 9, n.8, p. e221985625, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5625>.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

CORRÊA, C. C.; CAMPOS, L. D.; WEBER, S. A. T. Conscientização sobre hábitos relacionados ao sono no interior do estado de São Paulo. **Archives of Health Investigation**, v. 7, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v7i3.2810>.

CORREIA, A. A. et al. Identificando fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica em professores da rede pública. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, supl.1, p. 264-271, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11904p264-271-2017>.

CORTEZ, A. C. L. et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, p. 700-709, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>

COSTA, B. C. P.; HILARIO, V. G.; VEIGA, E. V. Programs for screening blood pressure values in the world: an integrative review. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 61, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4942-4957>.

COSTA, B. C. P. et al. Construção e refinamento de um web aplicativo para o ensino da medida da pressão arterial. **Enfermagem Brasil**, v. 20, p. 639-649, 2021.

CONTRERAS, V. J.; PEREIRA, N. R. Health-promoting lifestyle and risk factors in university students. **Enfermería** 21, v. 8, n. 2, 2018.

CUNHA, E. F. D. et al. Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade coronariana. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 14, n. 1, p. 18-21, 2016.

DEUS, F. D. F.; DORNELES, A. R.; AMÂNCIO, N. F. G. Estratificação do risco cardiovascular em pacientes hipertensos de um município do interior de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6981.2021>.

DIAS, J. et al. Prática de atividade física em docentes do ensino superior: foco na qualidade de vida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-6, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0110>.

DUARTE, P. H. M.; OLIVEIRA FILHO, J. S. O nível de escolaridade entre idosos hipertensos em um município da paraíba: um estudo de coorte. *In: III Cintedi*, 2018. **Anais [...]**. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cintedi/2018/TRABALHO_EV110_M D1_SA12_ID1610_11082018193530.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

DURIGAN, R. A.; MACHADO, L. C. S. O uso de tabaco e drogas pelos estudantes de medicina. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 83162-83168, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n10-666>.

DUTRA, D. L. et al. Avaliação da fase de estresse em estudantes da área da saúde. **Revista Estudos Vida e Saúde**, v. 45, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18224/evs.v45i1.5505>

FERNANDES, I. M. C. et al. Anxiety, depression and stress among employees of a public higher education institution in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 4, p. 530-536, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520190472>.

FERRARI, T. K. et al. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v, 33, n.1, 2017.

FERRÃO, A. C. et al. Perceptions towards a healthy diet among a sample of university people in Portugal. **Nutrition and Food Science**, v. 48, n. 4, p. 669-688, 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.1108/NFS-10-2017-0205>.

FONSECA, R. S. et al. Perfil de estilo de vida dos universitários: estudo comparativo entre uma universidade portuguesa e brasileira. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, n. 34, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2316>.

FREITAS, L. M. S. M.; LOPES, L. S.; MEDEIROS, M. O. Estilos de vida associado a faixa etária de acadêmicos da Universidade Federal de Rondonópolis, MT. **Biodiversidade**, v. 18, n. 1, p. 129-149, 2019.

GARCÍA-ÁLVAREZ, L. et al. Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown?. **Adicciones**, v. 32, n. 2, p. 85-89. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1546>.

GLADYS, M. et al. Asociación entre factores de riesgo cardiometabólicos, actividad física y sedentarismo em universitarios chilenos. **Nutrición Hospitalaria**, v. 34, n. 6, p. 1345-1352, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1060>.

GONÇALVES, E. C. A. et al. Baixos níveis de atividade física em servidores públicos do sul do Brasil: associação com fatores sociodemográficos, hipercolesterolemia e diabetes. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, v. 10, n. 2, p. 54-59, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ramd.2014.10.073>.

GRECO, R. M. et al. Hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em servidores públicos federais. **Revista de Enfermagem Da UFJF**, v. 5, n. 1, p. 1–14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2019.v5.25957>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

INSTITUTO TELLUS. **Better Hearts Better Cities**: Cuidando do seu coração. 2021. Disponível em: <https://tellus.org.br/conteudos/artigos/better-hearts/>. Acesso em: 20 ago. 2021.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **IDF Diabetes Atlas 8 th-edition**. 2017. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>. Acesso em: 05 maio 202.

JONCKHEERE, A. R. **A distribution-free k-sample test again ordered alternatives**. *Biometrika*, v. 41, p. 133-145, 1954.

LANDIM, K. S. D. et al. Food consumption, style and quality of life of technical Education Teachers. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e13110312878, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12878>.

LEMOS, I. G. S.; HAYASIDA, N. M. DE A. Doença Cardiovascular e Fator de risco: Percepção em Universitários. **PSI UNISC**, v. 2, n. 1, p. 142-155, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v2i2.11129>.

LIMA, M. L. N. M. et al. Characterization of young people with acute myocardium infarction. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.33591>.

LINARD, J. G. et al. Associação entre estilo de vida e percepção de saúde em estudantes universitários. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 7, n. 4, p. 374-381, 2019.

LOPES, A. M.; MATA, L. C. C. Automedicação entre graduandos das áreas de saúde e exatas da Faculdade de Ciências da Vida na cidade de Sete Lagoas /MG. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 1, jul. 2017. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/155/112>. Acesso em: 27 set. 2021.

LOPES, V. P. et al. Body mass index and physical fitness in Brazilian adolescents. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.04.003>.

LUNA, A. A. et al. Caracterização do Estilo de Vida de Universitários do Ensino Superior a Distância. **Journal of Health Sciences**, v. 20, n. 1, p. 40-44, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n1p40-44>

MACEDO, M. T. S. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida e fatores associados. **Biológicas e Saúde**, v. 10, n. 33, p. 42-55, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25242/8868103320201973>

MACEDO, R. M. et al. Nível de atividade física de idosos participantes de um programa de prevenção de doença cardiovascular. **Assobrafir Ciência**, v. 6, n. 3, p. 11-20, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333/ac.20901>.

MACÊDO, V. S. et al. Fatores que influenciam na adesão dos idosos à terapia anti-hipertensiva. **Research, Society and Development**, v. 10, n.5, e5510514601, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14601>.

MADEIRA, F. B. et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde Soc.**, v.27, n.1, p.106-115, 2018.

MALTA, D. C. et al. The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, p. :e2020407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>.

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, Supl 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090> 1.

MALTA, D. C. et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015.

MALTA, D. C. et al. Cardiovascular Disease Mortality According to the Brazilian Information System on Mortality and the Global Burden of Disease Study Estimates in Brazil, 2000-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 2, p. 152-160, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20190867>.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>.

MARCHINI, D. M. F. et al. Análise de Estresse e Qualidade de Vida em Alunos Universitários. **Revista de Administração Unimep**, v. 17, n. 3, p. 141-164, 2019.

MARINHO DA SILVA, E.; REIS, D. A. Fatores de risco cardiovascular em estudantes de enfermagem de uma universidade do interior do Amazonas. **Revista Nursing**, v. 24, n. 280, p. 6221-6227, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i280p6221-6234>.

MASSAROLI, L. C. et al. Qualidade de vida e o IMC alto como fator de risco para doenças cardiovasculares: revisão sistemática. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.16, n. 1, p. 1, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i1.3733>.

MATOZINHOS, F. P. et al. Cardiovascular health in Brazilian state capitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2843, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1327.2843>.

MCCULLAGH, P. Regression models for ordinal data. **Journal of the Royal Statistical Society: Series B**, v. 42, n. 2, p.109-142, 1980.

MEDEIROS, S. I. et al. Comparação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares entre universitários da área da saúde e exatas. *In: III Conbracis*, 2018. **Anais** [...]. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2018/TRABALHO_EV108_MD4_SA9_ID925_01052018210023.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

MELDRUM, D. R.; MORRIS, M. A.; GAMBONE, J. C. Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions-but do we have the will?. **Fertility and Sterility**, v. 107, n. 4, p. 833-839, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.02.104>

MENDIS, S. Global progress in prevention of cardiovascular disease. **Cardiovascular Diagnosis and Therapy**, v. 7, n. Suppl 1, p. S32–38, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.21037/cdt.2017.03.06>.

MESQUITA, C. T.; LEÃO, M. A Cardiologia e o Desenvolvimento Sustentável. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 1, p. 1-3, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20170101>.

MIKKELSEN, K. et al. Exercise and mental health. **Maturitas**, v. 106, p. 48-56, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.003>.

MILHOMEM, H. M. et al. Características sociodemográficas e estilo de vida de adolescentes de Tocantinópolis/TO. **Revista Capim Dourado**, v. 3, n. 1, p. 95-102, jan.-abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2595-7341.2020v3n1p95>.

MIRANDA, M. K. V.; PORTO, E. F.; SOUZA, A. C. Influência do estilo de vida e qualidade de vida nos exames de sangue. **Temas em Saúde**, v. 18, n. 1, p. 143-170, 2018.

MONTEIRO, B. M. M.; SANTOS NETO, C. N.; SOUZA, J. C. Sleep and chronotype in university students in COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e632997688, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7688>

MONTEIRO, L. Z. et al. Barreiras percebidas para a Prática de Atividade Física entre Servidores do Setor Administrativo de uma Faculdade do Distrito Federal. **Ciencia e Trabajo**, v. 20, n. 62, p. 97-102, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000200097>.

MORALES, M. Estilo de vida saludable en estudiantes de enfermería del Estado de México. **Revista Colombiana de Enfermería**, v. 16, p. 14-24, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2300>

MOTA, J. S. Utilização do google forms na pesquisa acadêmica. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 12, 2019.

MYANGANBAYAR, M. et al. Hypertension, knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians in Ulaanbaatar, Mongolia. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 20, p. 1187–1192, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jch.13320>.

MYERS, R. H.; MONTGOMERY, D. C. **Response surface methodology: process and product optimization using designed experiments**. 2nd ed. Nova York, John Wiley. 2002, 798 p.

NASCIMENTO, B. R. et al. Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>.

NORHEIM, O. F. et al. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010-30: review of national mortality trends to help quantify the un Sustainable Development Goal for health. **Lancet**, v. 385, n. 9964, p. 239–252, 2015. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61591-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61591-9).

NOVAIS, L. H.; REZENDE, B. A. Estresse, qualidade de vida e pressão arterial de estudantes universitários. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 183-199, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n1p183>.

NOVARTIS. **The Novartis Foundation. Better Hearts Better Cities**. 2021. Available from: <https://www.novartisfoundation.org/past-programs/better-hearts-better-cities>. Acesso em: 20 ago. 2021.

NUMATA FILHO, E. S. et al. Lifestyle affects anthropometric variables and arterial blood pressure in young adults. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 137-142. 2016.

OLIVEIRA, B. et al. Risco cardiovascular, indicadores antropométricos e mini avaliação nutricional reduzida: associação com índice de massa corporal na avaliação nutricional de idosos. **Nutrición clínica y dietética hospitalaria**, v. 39, n. 1, p. 69-75, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12873/391batista>.

OLIVEIRA, D. A.; PEREIRA JUNIOR, E. A. Trabalho docente em tempos de pandemia: mais um retrato da desigualdade educacional brasileira. **Revista Retratos da Escola**, v. 14, n. 30, p. 719-734, 2020.

OLIVEIRA, J. F. et al. Níveis tensionais e fatores associados à hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, p. 3312-3319, 2018.

OLIVEIRA, K. L. et al. Estilo de vida do homem e as doenças cardiovasculares: uma estratégia de promoção à saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e566101019171, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19171>.

OLIVEIRA, L. S.; RABELO, D. F.; QUEIROZ, N. C. Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 416-430, 2012.

OLIVEIRA, R. A. R. et al. Fatores associados à pressão arterial elevada em professores da educação básica. **Revista de Educação Física**, v. 26, n. 1, p. 119-129, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v26i1.24693>.

OLIVEIRA, S. G. et al. Doenças do aparelho circulatório no Brasil de acordo com dados do Datasus: um estudo no período de 2013 a 2018. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p.832-846, 2020a. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n1-066>

OLIVEIRA, P. R. et al. Análise da prevalência dos fatores de risco cardiovasculares em universitários. **Revista Psicologia Saúde e Debate**, v. 6, n. 1, p. 1-5, 2020b. DOI: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V6N1A1>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>. Acesso em 20 ago 2021.

ORTEGA, R. M. et al. Factores sociodemográficos y de estilo de vida implicados en el exceso de peso. **Nutrición Hospitalaria**, v. 35, n. 6, p. 25-29, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.2283>.

PEREIRA, B. C. et al. Conhecimento E Habilidades Sobre A Medida Da Pressão Arterial Entre Graduandos De Enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 10, p. 729-36, 2021.

PEREIRA, C. D. S. R. et al. Fatores de risco associados aos níveis pressóricos elevados em universitários. **Revista Rene**, v. 21, n. 8, p. e42272, 2020. DOI: [10.15253/2175-6783.20202142272](https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142272).

PINHEIRO, M. A. et al. Prevalência e Fatores Associados ao Consumo de Álcool e Tabaco entre Estudantes de Medicina no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 231-250, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160033>.

PIVETTAI, H. M. F. et al. Setbacks of University Teaching in Health Sciences. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 44, n. 1, e75639, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623675639>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: **avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

PONTE, M. A. V. et al. Autoimagem corporal e prevalência de sobrepeso e obesidade em estudantes universitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.8510>.

PÔRTO, E. F. et al. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015.

PRADO, L. V. S. et al. Ingesta dietética y nivel de actividad física como predictores de cambios en el peso y en el índice de masa corporal de universitarios. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 41, n. 1, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.12873/411leila>.

PRÉCOMA, D. B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**: subsídios iniciais do Sistema Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, 2015. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/acompanhando-a-agenda-2030.html>. Acesso em 10.mar.2018.

RABELO, L. M. et al. Papel do enfermeiro na prevenção da hipertensão arterial sistêmica em idosos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 6, n. 12, p. 22-28, 2019.

R CORE TEAM. **R**: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2018. Disponível em: <http://www.R-project.org/>. Acesso em: 13 jun 2019.

R CORE TEAM. **R**: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 18 set. 2021.

REIS, A. S. F et al. Avaliação da influência do nível de atividade física na qualidade de vida do professor universitário. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 75-80, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.537>.

RESENDE, A. K. M. et al. Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2546-2554, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236078p2546-2554-2018>.

RIBEIRO, I. K. S.; SILVEIRA, R. C. P.; TEIXEIRA, G. S. Estilo de vida e bem-estar de estudantes da área da saúde. **Enfermería Actual em Costa Rica**, n. 34, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30387>.

RODRIGUES, L. T. M. et al. Stress and depression in teachers from a public education institution. **Enfermería Global**, n. 57, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.383201>.

ROSSATO, C. E. et al. Universitários participantes de um programa de atividade física e lazer podem mudar seus hábitos de vida?. **Motrivivência**, v. 33, n. 64, p. 1-19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2021.e79631>.

SAKAMOTO, Y.; ISHIGURO, M.; AND KITAGAWA G. **Akaike Information Criterion Statistics**. D. Reidel Publishing Company. 1986

SALIM, S. et al. Heart Disease and Stroke Statistics - 2020 Update: A Report From the American Heart Association. **Circulation**, v. 141, n. 9, p. e139-e596, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>.

SANCHEZ, L. R. Prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores correlacionados entre universitárias. **Revista Corpus Hippocraticum**, v. 1, n. 1, P. 1-10, 2019.

SANTOS, A. G. et al. Arterial hypertension and associated risk factors in teachers. **Revista de Enfermagem UFPI**, v. 6, n. 3, p. 37-44, 2017.

SANTOS, A. L.; PRATI, S. R. A.; SANTOS, A. S. Estilo de vida de universitários: Análise de estudantes em diferentes turnos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e54810515442, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15442>.

SANTOS, T. S. et al. Atividade física e fatores associados em técnico-administrativos de uma universidade pública do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 23, p. 1-9, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.23e0028>

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1901-1909, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>.

SILVA, D. B. et al. Enfrentamento das doenças cardiovasculares na atenção básica: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e5636.2021>.

SILVA, I. D. B.; MUNER, L. C. Motivação para o consumo do álcool por universitários. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 1, 2021.

SILVA, J. L. L. et al. Alterações da pressão arterial e glicemia capilar entre trabalhadores da educação. **Research, Society and Development**, v. 10, n.4, p. e39610413946, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.139461>.

SILVA, M. L. T. et al. Avaliação do estilo de vida em docentes da área da saúde. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 118-123, 2018.

SILVA, M. R. S. Obesidade e estilo de vida. **Revista Gestão, Educação, Tecnologia e Saúde**, Porto Alegre, v. 4, 2019.

SILVEIRA, R. C. P. et al. Estilo de vida e saúde de docentes de uma instituição de ensino pública. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 7, n. 4, p. 601-614, 2017.

SLAVÍČEK, J. et al. Effect of a 10-day animal fat-free diet on cholesterol and glucose serum levels, blood pressure and body weight in 50-year-old volunteers. **Sborník Lékařský**, v. 102, n. 4, p. 519-525, 2001a.

SLAVÍČEK, J. et al. Lifestyle in prevention of cardiovascular diseases: a review. **Prakt Lék**, v. 81, n. 10, p. 588- cx93, 2001b.

SOARES, A. S. et al. Associação entre fatores de riscos para doenças cardiovasculares em universitários. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 57-64, jul./set., 2019. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.5881>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Clannad, 2019. 419 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência. **Manual de Orientação**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 3. Ed. São Paulo: SBP. 2019. 236 p.

SOUSA, A. J. L. et al. Avaliação do estado nutricional de docentes de instituição de ensino superior em Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar**, v. 12, n. 1, p. 68-78, 2019.

SOUSA, L. S. N. et al. Change in blood pressure levels in college students. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1087-1093, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003730014>.

SOUZA E SILVA, L. C. et al. Estado nutricional, estilo de vida e consumo alimentar de estudantes de Nutrição de uma universidade pública. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 39774-39790, 2021. DOI:10.34117/bjdv7n4-439.

SOUZA, T. M. et al. Perfil da saúde e estado nutricional do trabalhador universitário. **Revista de Extensão da Integração Amazônica**, v. 1, n. 2, p. 84-87, 2019.

SOUZA JÚNIOR, E. V. et al. Nível de atividade física e qualidade de vida de profissionais bancários. **Enfermería actual de Costa Rica**, n. 36, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33641>.

SOUZA, V. C. et al. Influência dos fatores psíquicos e emocionais negativos no surgimento de doenças cardiovasculares: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13 n. 5, 2021. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e7461.2021>.

SPINEL, L. F.; PÜSCHEL, V. A. Perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4. p. 534-41. 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3132>. Acesso em: 25 Oct. 2019.

TASSINI, C. C. et al. Avaliação do Estilo de Vida em Discentes Universitários da Área da Saúde através do Questionário Fantástico. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 2, p.117-122, 2017.

TEIXEIRA, D. A. O.; NASCIMENTO, F. L. Ensino remoto: o uso do Google Meet na pandemia da Covid-19. **Boletim de Conjuntura Boca**, v. 7, n. 19, 2021. DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.5028436>.

TERPSTRA, T. J. **The asymptotic normality and consistency of Kendall's test against trend, when ties are present in one ranking**. *Indagationes Mathematicae*, v. 14, p. 327-333, 1952.

TRANQUILINO, A. K. S.; JESUS, N. S. **Prevalência dos fatores de risco para doenças cerebrovasculares em estudantes universitários**. Trabalho de Conclusão de Curso. 22f. 2021. Universidade São Judas Tadeu, São Paulo. 2021.

VILELA, F. G.; NASCIMENTO, V. A. Atividades físicas e hábitos de vida entre universitários, **Intercursos Revista Científica**, v. 16, n. 1, 2017. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/intercursosrevistacientifica/article/view/3667>. Acesso em: 07 nov. 2021.

WANG, C. et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 87, p. 40-48, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.bbi.2020.04.028>.

WILSON, D. M.; CILISKA, D. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **Canadian Family Physician**, 30, p. 1863-6, 1984.

WINKELMANN, E. R.; FONTELA, P. C. Condições de saúde de pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na estratégia saúde da família, em Ijuí, Rio Grande do sul 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 665-674, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000400665&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. **Geneve**: WHO; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. **Ginebra**: Organización Mundial de la Salud; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>. Acesso em: 20 mar 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cardiovascular Diseases. **Geneve**: WHO; 2021. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 16 ago 2021.

WORLD HEART FEDERATION. **Use heart to connect**. 2021. Disponível em: <https://world-heart-federation.org/world-heart-day/about-whd/world-heart-day-2021/> . Acesso em 21 set 2021.

WORLD HYPERTENSION LEAGUE (WHL). **World Hypertension League History 2015**. 2015a. Available from: https://www.whleague.org/images/WHL_History_2015.pdf. Acesso em: 23 ago 2021.

WORLD HYPERTENSION LEAGUE (WHL). **World Hypertension League History 2013-2015**. 2015b. Available from: https://www.whleague.org/images/WHL_history_2013-2015_final.pdf. Acesso em: 23 ago 2021.

YEE, T. W. The VGAM package for categorical data analysis. **Journal of Statistical Software**, v. 32, p. 1–34, 2010. Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/v32/i10/>. Acesso em: 14 jul. 2020.

YOUNUS, A. et al. A systematic review of the prevalence of ideal cardiovascular health in the US and the Non-US population. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 91, n. 5, p. 649-670, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.01.019>.

ZEILEIS, A.; HOTHORN, T. **Diagnostic Checking in Regression Relationships**. R News, v. 2, n. 3, p. 7-10, 2002. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/doc/Rnews/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

APÊNDICE A

CARTA CONVITE AOS JUÍZES DA PESQUISA

Prezados Juízes,

Você está sendo convidado(a) por Bárbara Caroliny Pereira Costa, aluna de doutorado do Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, para participar da validação de conteúdo do “Formulário Programa de rastreamento da pressão arterial no Brasil” da Tese de Doutorado intitulada “Avaliação do estilo de vida e da saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica”, sob orientação da Profa Dra Eugenia Velludo Veiga. O objetivo dessa pesquisa é avaliar o estilo de vida e a saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica. O formulário a ser validado será para rastrear a pressão arterial e outro instrumento já validado será utilizada no estilo de vida.

O período de avaliação será de 20/01/2019 à 28/01/2019, para que seja possível a execução da próxima fase da pesquisa. Desde já, contamos com sua colaboração, certos de que será de grande valia.

O instrumento de avaliação é composto por três partes, a primeira de caracterização profissional, a segunda sobre clareza, pertinência, linguagem e consistência do formulário e a terceira parte com questões do formulário a serem avaliadas de acordo com a escala tipo *Likert*.

A validação de conteúdo diz respeito ao grau de aparência, relevância, clareza e adequação dos itens do instrumento. No caso do presente estudo, o instrumento refere-se a um formulário de rastreamento da pressão arterial.

Enquanto juiz, você deve ser imparcial e avaliar todos os itens, separadamente.

Grata, desde já, por seu aceite e participação

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES DA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa intitulada **Avaliação do estilo de vida e da saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica**. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma das vias é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP que tem a tarefa de zelar pela integridade e direito dos participantes das pesquisas, revisando e acompanhando projetos e estudos que envolvem seres humanos. Que reside no endereço EERP- USP- Av. Bandeirantes, 3900- Campus da USP, CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto, tel p/ contato: (16) 3315 9197, email: cep@eerp.usp.br, (aberto de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas). O objetivo dessa pesquisa é avaliar o estilo de vida e a saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica. Nesta etapa você estará participando da validação de conteúdo de um instrumento “Formulário de coleta de dados – Programa de rastreamento da pressão arterial no Brasil”. Os resultados dessa avaliação irão refletir o quanto uma amostra de itens é representativa ao domínio de um conteúdo e se realmente mede o fenômeno de interesse. Primeiramente será apresentado a você esse termo que estará em suas mãos e após responder todas as suas dúvidas o pesquisador apresentará o instrumento a ser avaliado e um outro instrumento para nortear a avaliação. O tempo previsto para a atividade será de 30 minutos. Não haverá danos para a sua saúde. Durante todo o período da pesquisa você terá o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Fica também garantida indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Quanto aos riscos, é preciso esclarecer aos juízes responsáveis pela validação de conteúdo, que sua participação na pesquisa poderá demandar tempo de sua produção diária. Aqueles que se apresentarem sensibilizados terão o suporte da pesquisadora, podendo desistir da avaliação a qualquer momento. Você não terá qualquer benefício ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa, mas terá contribuído para a validação de conteúdo de um formulário de rastreamento da pressão arterial que poderá ser utilizado em todo Brasil. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Você poderá consultar os pesquisadores em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para

esclarecimento de qualquer dúvida. Você estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, não necessitando apresentar justificativas para isso.

Eu, _____, concordo em participar do estudo **AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA E DA SAÚDE CARDIOVASCULAR DE UMA COMUNIDADE ACADÊMICA**, como participante. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora neste assinado, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade ou prejuízo à minha saúde ou à instituição.

Nome do juiz:

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante _____

Bárbara Caroliny Pereira
Enfermeira Pesquisadora
Doutoranda – EERP-USP

Eugenia Velludo Veiga
Professora Titular do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada da EERP-
USP

Pesquisadora responsável: Bárbara Caroliny Pereira – Enfermeira – Aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP. Telefone para contato (inclusive a cobrar): 16- 99765-0290 ou 35- 988680502. Email: barbaracarolinyperreira@usp.br. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900- Campus da USP, CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP.

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO “FORMULÁRIO DO PROGRAMA DE RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL NO BRASIL”

Parte 1: Caracterização Profissional

1.1.Sexo	Feminino () Masculino () Data de Nascimento: ____/____/____
1.3.Formação	
1.4 Tempo de formação profissional (anos completos)	
1.5 Nível escolaridade concluído	() Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado
1.6 Experiência com a temática	() Autor(a) ou orientador(a) de estudo na temática Medida da Pressão Arterial () No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática Medida da Pressão Arterial

Parte 2: Sobre o instrumento:

A) O instrumento é pertinente quanto a relevância do conteúdo e atende a finalidade de proposta de rastrear a medida da pressão arterial?	Sim () Não ()
B) O instrumento apresenta clareza, ou seja, seu conteúdo é compreensível?	Sim () Não ()
C) A linguagem é de fácil compreensão?	Sim () Não ()
D) A consistência está adequada quanto a profundidade do tema?	Sim () Não ()

Sugestões sobre a parte 2:

Parte 3: Avaliação dos itens do instrumento:

Nesta parte as respostas serão estruturadas conforme a escala tipo *Likert*. Você deverá assinalar a alternativa escolhida e colocar sugestões quando possível.

1 = item não equivalente;

2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência;

3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações;

4 = item absolutamente equivalente

QUESTÕES DO INSTRUMENTO

1. Algum médico ou outro profissional da saúde já lhe disse que você tem pressão alta ou HA?

O item 1 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

2. a) Você está tomando ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico?

b) Você toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria?

c) Você toma algum outro medicamento? Quais:

O item 2 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

3. Você está realizando e/ou recebeu orientação de profissionais de saúde sobre:

a) Redução do consumo de álcool

b) Redução da ingestão de sal

c) Tratamento para perda de peso

d) Tratamento para parar de fumar

e) Prática de atividade física

O item 3 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

4. Você está recebendo tratamento ou orientação sobre alguma doença cardiovascular?

O item 4 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

5. Você está recebendo tratamento ou orientação sobre Diabetes do tipo 2?

O item 5 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

6. Você tem histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: IAM, Angina, AVE)

O item 6 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

7. Medida da pressão arterial

a) Tamanho da circunferência braquial: _____ cm

b) Membro utilizado para a medida da circunferência braquial: direito esquerdo

c) Tamanho do manguito utilizado: pequeno médio grande

	MSD	MSE
1ª	_____	_____
bpm		
2ª	_____	_____
bpm		
3ª	_____	_____
Diastólica(mmHg)	_____	_____
FC	_____	_____
4ª	_____	_____
FC	_____	_____

Primeira leitura: Sistólica(mmHg)_____ / Diastólica(mmHg)_____ FC_____

Segunda leitura: Sistólica(mmHg)_____ / Diastólica(mmHg)_____ FC_____

Terceira leitura: Sistólica(mmHg)_____ / Diastólica(mmHg)_____ / FC_____ bpm

Quarta leitura: Sistólica(mmHg)_____ / Diastólica(mmHg)_____ / FC_____ bpm

O item 7 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

8. Dados para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC):

a) Peso(kg)_____

b) Altura (m)_____

O item 8 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

9. O participante referiu algum outro problema de saúde durante o rastreamento (dor no peito, falta de ar, visão embaçada, mal-estar, náuseas, etc.)? Sim Não Se sim, qual: _____

O item 9 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

10. O participante deverá medir a sua PA e/ou procurar um profissional de saúde:
 nos próximos dias dentro de algumas semanas anualmente

PAS	PAD	Recomendações
<140	<90	Verificar a PA anualmente
140 –179	90-109	Procurar profissional de saúde em algumas semanas
> 180 –199	>110	Procurar profissional de saúde o mais rápido possível

O item 10 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

11. Orientações realizadas: Valores da PA Dieta saudável (frutas, verduras, redução de sal, frituras)
 Prática de atividade física Cessação do tabagismo Por meio de: Orientação verbal Entrega de folder
 Outro: _____

O item 11 do instrumento é claro, está compreensível, é relevante?

1 = item não equivalente	
2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência	
3 = item equivalente, necessita de pequenas alterações	
4 = item absolutamente equivalente	

Sugestões:

Referências

BERBARI, A. E. et al. World Hypertension League. In official relations with the International Society of Hypertension and World Health Organization. **A 'Train the Trainer' Module for Developing Blood Pressure Screening Programs**. 2014.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

APÊNDICE D

FORMULÁRIO PARA RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL - VERSÃO REFORMULADA 1



Data: ____/____/____
Nº _____

FORMULÁRIO

Programa de rastreamento da pressão arterial no Brasil

Nome: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: Feminino Masculino
 Telefone: (____) _____ E-mail: _____ Município: _____
 Categoria: Aluno de graduação Aluno de Pós-graduação Docentes Funcionários
 Unidade de Ensino da USP: EERP FMRP FCFRP FORP EEFERP

	Sim	Não	NA
1. Algum médico ou outro profissional da saúde já lhe disse que você tem pressão alta ou HA?			
2. a) Você está tomando ou tomou, no último semestre, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico?			
b) Você toma algum medicamento para a pressão alta por conta própria?			
c) Você toma algum outro medicamento? Quais:			
3. Você está realizando e/ou recebeu orientação de profissionais de saúde sobre:			
a) Redução do consumo de álcool			
b) Redução da ingestão de sal			
c) Tratamento para perda de peso			
d) Tratamento para parar de fumar			
e) Prática de atividade física			
	Sim	Não	NA
4. Você está recebendo tratamento ou orientação sobre alguma doença cardiovascular?			
5. Você está recebendo tratamento ou orientação sobre Diabetes do tipo 2?			
6. Você tem histórico familiar de doença cardiovascular? (Ex: IAM, Angina, AVE)			

7. Medida da pressão arterial

- a) Tamanho da circunferência braquial: _____ cm
 b) Membro utilizado para a medida da circunferência braquial: direito esquerdo
 c) Tamanho do manguito utilizado: pequeno médio grande

	MSD	MSE			
1ª			Primeira leitura: Sistólica(mmHg) _____ / Diastólica(mmHg) _____	FC	_____ bpm
2ª			Segunda leitura: Sistólica(mmHg) _____ / Diastólica(mmHg) _____	FC	_____ bpm
3ª			Terceira leitura: Sistólica(mmHg) _____ / Diastólica(mmHg) _____	FC	_____ bpm
4ª			Quarta leitura: Sistólica(mmHg) _____ / Diastólica(mmHg) _____	FC	_____ bpm

Obs.: Se as leituras de pressão arterial variarem mais de 10/5 mmHg considere a necessidade de mais leituras de pressão arterial.

8. Dados para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC):

- a) Peso(kg) _____
 b) Altura (m) _____

9. O participante referiu algum outro problema de saúde durante o rastreamento (dor no peito, falta de ar, visão embaçada, mal-estar, náuseas, etc.)? Sim Não Se sim, qual: _____

10. O participante deverá medir a sua PA e/ou procurar um profissional de saúde:

nos próximos dias dentro de algumas semanas anualmente

PAS	PAD	Recomendações
<140	<90	Verificar a PA anualmente
140-179	90-109	Procurar profissional de saúde em algumas semanas
> 180-199	>110	Procurar profissional de saúde o mais rápido possível

11. Orientações realizadas: Valores da PA Dieta saudável (frutas, verduras, redução de sal, frituras) Prática de atividade física Cessaçãõ do tabagismo Por meio de: Orientação verbal Entrega de folder Outro: _____

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa intitulada **Avaliação do estilo de vida e da saúde cardiovascular de uma comunidade acadêmica**. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma das vias é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP que tem a tarefa de zelar pela integridade e direito dos participantes das pesquisas, revisando e acompanhando projetos e estudos que envolvem seres humanos. Que reside no endereço EERP- USP- Av. Bandeirantes, 3900- Campus da USP, CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto, tel p/ contato: (16) 3315 9197, email: cep@eerp.usp.br, (aberto de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas). O objetivo dessa pesquisa é avaliar o estilo de vida e a saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica. Os resultados dessa pesquisa traduzem-se na identificação dos determinantes do estilo de vida das pessoas e na obtenção dos valores da pressão arterial referidos. No *Google Forms*, primeiramente será apresentado a você esse termo e posteriormente responderá os questionários e as respostas serão enviadas automaticamente para o pesquisador assim que finalizarem o preenchimento e clicarem no link “enviar”. Para essa atividade a duração prevista será de 5 minutos. Não haverá danos para a saúde ou funções diárias dos participantes. Durante todo o período da pesquisa você terá o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Fica também garantida indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Aqueles que se apresentarem sensibilizados terão o suporte da pesquisadora, caso sejam identificados valores de pressão arterial elevados os mesmos serão encaminhados ao serviço de saúde que ele tenha acesso ou também ao serviço único de saúde caso necessite. Você não terá qualquer benefício ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Você poderá consultar os pesquisadores em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida. Você estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, não necessitando apresentar justificativas para isso.

Eu, _____, concordo em participar do estudo AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA E DA SAÚDE CARDIOVASCULAR DE UMA COMUNIDADE ACADÊMICA, como participante. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora neste assinado, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu

consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade ou prejuízo à minha saúde ou à instituição.

Nome do participante:

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante _____

Bárbara Caroliny Pereira
Enfermeira Pesquisadora
Doutoranda – EERP-USP

Eugenia Velludo Veiga
Professora Titular do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada da
EERP-USP

Pesquisadora responsável: Bárbara Caroliny Pereira – Enfermeira – Aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP. Telefone para contato (inclusive a cobrar): 16- 99765-0290 ou 35- 988680502. Email: barbaracarolinyperreira@usp.br. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900- Campus da USP, CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP.

ANEXO A

FORMULÁRIO PARA RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL - VERSÃO TRADUZIDA



Data: ____/____/____
Nº _____

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS Programa de rastreamento da pressão arterial no Brasil

Nome: _____ Idade: ____ Sexo: Feminino Masculino
Telefone: (____) _____ E-mail: _____ Município: _____

	Sím	Não	NA
1. Algum médico ou outro profissional da saúde já lhe disse que você tem pressão alta ou HA?			
2. Você está tomando ou tomou, recentemente, medicamentos para a pressão alta que tenham sido receitados por um médico ou outro profissional de saúde?			

3. Você está realizando e/ou recebeu orientação de profissionais de saúde sobre:	Sím	Não	NA
a) Redução do consumo de álcool			
b) Redução da ingestão de sal			
c) Tratamento para perda de peso			
d) Tratamento para parar de fumar			
e) Prática de atividade física			

	Sím	Não	NA
4. Você está recebendo tratamento ou orientação sobre alguma doença cardiovascular?			
5. Você está recebendo tratamento ou orientação sobre Diabetes do tipo 2?			
6. Você tem histórico familiar de doença cardiovascular?			

7. Medida da pressão arterial

- a) Tamanho da circunferência braquial: _____ cm
 b) Membro utilizado para a medida da circunferência braquial: direito esquerdo
 c) Tamanho do manguito utilizado: pequeno médio grande

Primeira leitura: Sistólica(mmHg) _____ / Diastólica(mmHg) _____ FC _____ bpm
Segunda leitura: Sistólica(mmHg) _____ / Diastólica(mmHg) _____ FC _____ bpm
Terceira leitura: Sistólica(mmHg) _____ / Diastólica(mmHg) _____ FC _____ bpm

Obs.: Se as leituras de pressão arterial variarem mais de 10/5 mmHg considere a necessidade de mais leituras de pressão arterial.

8. Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)

- a) Peso(kg) _____
 b) Altura (m) _____
 c) IMC = _____

Fórmula do IMC = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$

IMC	Classificação
Abaixo do peso	<18,5
Peso normal	18,5–24,9
Excesso de peso	25–29,9
Obesidade	>30

9. O participante referiu algum outro problema de saúde durante o rastreamento (dor no peito, falta de ar, visão embaçada, mal-estar, náuseas, etc.)? Sim Não Se sim, qual : _____

10. O participante deverá medir a sua PA e/ou procurar um profissional de saúde:

- nos próximos dias dentro de algumas semanas anualmente

PAS	PAD	Recomendações
<140	<90	Verificar a PA anualmente
140–179	90–109	Procurar profissional de saúde em algumas semanas
> 180–199	>110	Procurar profissional de saúde o mais rápido possível

11. O participante recebeu orientações sobre: Valores da PA Dieta saudável Prática de atividade física
 Cessação do tabagismo Por meio de: Orientação verbal Entrega de folder Outro: _____

ANEXO B
QUESTIONÁRIO “ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO”

Instruções: Ao menos que de outra forma especificado, coloque um X dentro da alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no mês passado. As explicações às questões que geram dúvidas encontram-se no verso.

Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu dou e recebo afeto	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Eu como uma dieta balanceada (ver explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu freqüentemente como em excesso 1) açúcar 2) sal 3) gordura animal 4) bobagens e salgadinhos	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Eu estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável	Mais de 8 Kg	8 Kg	6 Kg	4 Kg	2 Kg
Tabaco e tóxicos	Eu fumo cigarros	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos
	Eu uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes				Nunca
	Eu abuso de remédios ou exagero	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Eu ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou coca-cola)	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Álcool	A minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (veja explicação)	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Eu bebo mais de 4 doses em uma ocasião	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Eu dirijo após beber	Algumas vezes				Nunca
Sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro	Eu durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu uso cinto de segurança	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Eu sou capaz de lidar com o stress do meu dia-a-dia	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu pratico sexo seguro (veja explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre

Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Eu me sinto com raiva e hostil	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Introspecção	Eu penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu sinto tenso e desapontado	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Eu me sinto triste e deprimido	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Eu estou satisfeito com meu trabalho ou função	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

Instruções.

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

Pessoas diferentes necessitam de diferentes quantidades de comida. A quantidade de comida necessária por dia dos 4 grupos de alimentos depende da idade, tamanho corporal, nível de atividade física, sexo e do fato de estar grávida ou amamentando. A tabela abaixo apresenta o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos. Por exemplo, crianças podem escolher o número menor de porções, enquanto que adolescentes do sexo masculino podem escolher um número maior de porções. Para a maioria das pessoas o número intermediário será suficiente.

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

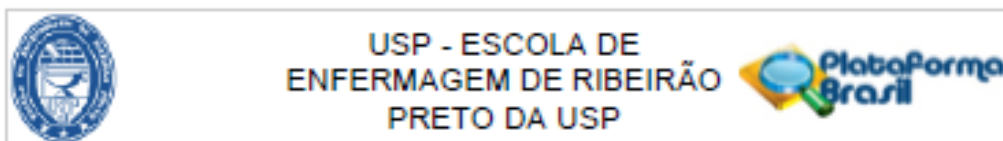
Álcool. 1 dose= 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml).

Sexo seguro. Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção.

Fonte: Añez, Reis e Petroski (2008)

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação do estilo de vida e da saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica

Pesquisador: BARBARA CAROLINY PEREIRA COSTA

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 23560619.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.667.595

Apresentação do Projeto:

Trata-se de proposta de emenda a projeto de pesquisa já apreciado e aprovado por este CEP, Parecer Consubstanciado número 4.112.422, de 26 de junho de 2020. De acordo com a pesquisadora:

" Encaminhamos uma emenda referente ao projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do estilo de vida e valores da pressão arterial em uma comunidade acadêmica", em desenvolvimento por Barbara Caroliny Pereira, aluna de doutorado, regularmente matriculada junto ao Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental da EERP USP, sob a orientação de Profa. Dra. Eugenia Velludo Velga, a ser apreciada por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Explicar quais são as modificações no projeto originalmente aprovado e as respectivas justificativas.

Informamos que tais modificações foram feitas em decorrência da necessidade do distanciamento social imposto pela pandemia COVID-19. Assim, os instrumentos foram mantidos na íntegra em seu conteúdo e os valores da pressão arterial foram considerados referidos pelos participantes. Foi suspenso o Programa de Rastreamento da Pressão Arterial que contemplava a determinação dos valores da pressão de forma presencial e as orientações quanto aos fatores de risco. Os instrumentos foram transferidos para a estratégia remota, via Google Forms. As mudanças se relacionam às questões de redações e apresentações dos itens que abaixo estamos descrevendo e em anexo enviamos o projeto com as considerações inseridas para conhecimento e apreciação dos aspectos éticos por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-0197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.007.200

- Título: O título foi modificado. Justificativa: Deixá-lo apropriado ao estudo, tendo em vista que não será possível a realização da medida da pressão arterial.

Título anterior: Avaliação do estilo de vida e valores da pressão arterial em uma comunidade acadêmica

Atual título: Avaliação do estilo de vida e da saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica. –

Objetivo: O intuito não foi modificar o sentido do objetivo, mas adequá-lo a realidade do que seria possível com a pesquisa online. Justificativa: O mesmo apresentava a realização da medida da pressão arterial em um programa de rastreamento que seria possível de realizar devido a pandemia COVID-19

Objetivo anterior: Objetivo Geral: Analisar o estilo de vida e verificar os valores da pressão arterial sistólica e diastólica em uma comunidade acadêmica

Objetivos específicos: - Capacitar estudantes de graduação e pós-graduação da área da saúde para identificarem corretamente os valores da pressão arterial e avaliar o estilo de vida - Associar as variáveis relacionadas ao estilo de vida: família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, estresse; tipo de comportamento; Introspeção; trabalho, e correlacionar com os valores da pressão arterial sistólica e diastólica.

Atual redação do objetivo: Objetivo Geral: Analisar o estilo de vida e a saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica

Objetivos específicos: - Capacitar estudantes de graduação da área da saúde para avaliar o estilo de vida e a saúde cardiovascular por meio de um Workshop - Associar as variáveis relacionadas ao estilo de vida (família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, estresse; tipo de comportamento; Introspeção; trabalho) e saúde cardiovascular da comunidade acadêmica

-Coleta de dados: Os Instrumentos foram divulgados por e-mail para as Unidades de ensino da Saúde no Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (USP/IRP) por meio de um formulário eletrônico elaborado no Google Forms online, onde os participantes responderam onde os participantes responderam de acordo com sua disponibilidade de tempo e acesso à Internet.

Foi retirado do projeto a parte referente ao Programa de Rastreamento da Pressão Arterial, a pressão arterial não foi aferida e sim referida pelo participante. Justificativa: Impossibilidade de realizar a pesquisa presencial em decorrência da pandemia COVID-19, tendo em vista que o público alvo foram participantes da USP e as atividades presenciais estão suspensas na mesma."

Endereço: BANDEIRANTES 3000

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-002

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.067.525

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o estilo de vida e a saúde cardiovascular em uma comunidade acadêmica

Objetivo Secundário:

Capacitar estudantes de graduação da área da saúde para avaliar o estilo de vida e a saúde cardiovascular por meio de um Workshop

Associar as variáveis relacionadas ao estilo de vida (família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, estresse; tipo de comportamento; Introspecção; trabalho) e saúde cardiovascular da comunidade acadêmica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que a solicitação de emenda ora apresentada contempla os quesitos éticos necessários, estando aprovada para execução a partir da presente data de emissão deste parecer.

Endereço: BANDERANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-002

UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0167

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.607.595

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_169780_6_E2.pdf	03/02/2021 20:39:35		Acelto
Folha de Rosto	folha_rosto_030221.pdf	03/02/2021 20:38:02	BARBARA CAROLINY PEREIRA COSTA	Acelto
Outros	Oficio_emenda-versao02.pdf	02/02/2021 22:01:25	BARBARA CAROLINY PEREIRA COSTA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP_Versao04.pdf	02/02/2021 21:58:25	BARBARA CAROLINY PEREIRA COSTA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-versao2.pdf	13/05/2020 20:48:14	BARBARA CAROLINY PEREIRA COSTA	Acelto
Outros	Oficio_respostaspendencias.pdf	13/05/2020 20:47:39	BARBARA CAROLINY PEREIRA COSTA	Acelto
Outros	Oficio_CEP_pendencia.pdf	22/04/2020 20:54:04	BARBARA CAROLINY	Acelto
Outros	resposta_pendencia.pdf	18/04/2020 13:47:34	BARBARA CAROLINY	Acelto
Outros	Oficio_emenda.pdf	31/03/2020 22:22:48	BARBARA CAROLINY	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grad_posG03.pdf	31/03/2020 22:22:10	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoCEP_Versao03.pdf	31/03/2020 22:17:40	BARBARA CAROLINY	Acelto

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer 4.607.925

Investigador	ProjetoCEP_Versao03.pdf	31/03/2020 22:17:40	BARBARA CAROLINY	Acelto
Outros	Oficio_CEP.pdf	05/01/2020 21:48:44	BARBARA CAROLINY	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP_Versao02_Jan2020.pdf	05/01/2020 21:47:31	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao02_TCLE_Jan2020_Julizes.pdf	05/01/2020 21:47:14	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao02_TCLE_Jan2020_participantes .pdf	05/01/2020 21:47:03	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	08/10/2019 16:22:52	BARBARA CAROLINY	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecer_graduacaoEERP.pdf	08/10/2019 16:19:20	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Outros	Oficio.pdf	07/10/2019 21:27:34	BARBARA CAROLINY	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_graduacao_EERP.pdf	27/09/2019 21:26:06	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_FORP.pdf	27/09/2019 21:25:47	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_FMRP.pdf	27/09/2019 21:25:34	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_FCFRP.pdf	27/09/2019 21:25:22	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_EEFERP.pdf	27/09/2019 21:25:06	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Direcao_EERP.pdf	27/09/2019 21:24:52	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes.pdf	27/09/2019 21:22:37	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grad_posG.pdf	27/09/2019 21:22:21	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-0197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.657.526

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_julzes.pdf	27/09/2019 21:21:23	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doutorado_CEP.pdf	27/09/2019 21:20:56	BARBARA CAROLINY PEREIRA	Acelto
Orçamento	Orcamento.pdf	27/09/2019 21:19:03	BARBARA CAROLINY	Acelto

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 23 de Abril de 2021

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3000
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-002
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (18)3315-0107 E-mail: cep@eerp.usp.br