

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM  
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO – PPGDC**

**Jessica Taís Bresan**

**Níveis Tensionais Sugestivos de HAS e Hábitos de Vida entre Agentes  
Universitários, Guarapuava, Paraná, Brasil**

**Dissertação de Mestrado**

**Irati  
2016**

JESSICA TAÍS BRESAN

**NÍVEIS TENSIONAIS SUGESTIVOS DE HAS E HÁBITOS DE VIDA ENTRE  
AGENTES UNIVERSITÁRIOS, GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito  
Parcial à obtenção de grau de Mestre em  
Desenvolvimento Comunitário, Curso de  
Pós-Graduação Interdisciplinar em  
Desenvolvimento Comunitário, área de  
concentração Desenvolvimento  
Comunitário, da UNICENTRO.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Shigueki  
Suzuki.

Irati  
2016

Catálogo na Fonte  
Biblioteca da UNICENTRO

B842n	<p>BRESAN, Jessica Taís. Níveis tensionais sugestivos de HAS e hábitos de vida entre agentes universitários, Guarapuava, Paraná, Brasil / Jessica Taís Bresan. – Irati, PR : [s.n], 2016. 81f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Claudio Shigueki Suzuki. Dissertação (mestrado) – Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração Desenvolvimento Comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.</p> <p>1. Hipertensão Arterial – Sistêmica – dissertação. 2. Fatores de risco. 3. Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANTS. 4. Pesquisa Interdisciplinar. I. Suzuki, Claudio Shigueki. II. UNICENTRO. III. Título.</p>
-------	--

CDD 20 ed. 617.41

## TERMO DE APROVAÇÃO

JESSICA TAÍS BRESAN

### NÍVEIS TENSIONAIS SUGESTIVOS DE HAS E HÁBITOS DE VIDA ENTRE AGENTES UNIVERSITÁRIOS, GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL

Dissertação aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre no curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

Irati, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

À Deus, por ter me proporcionado perseverança e fé para concluir este estudo.

Aos meus pais, Nildo Antônio Bresan e Jurides Elisa Bresan por acreditarem em meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus por toda a sabedoria, discernimento, fé, perseverança e luz que me proporcionou nessa jornada e ao longo de minha vida.

Aos meus pais, Nildo e Jurides, amores da minha vida, por todo o apoio e incentivo na conquista dos meus sonhos e objetivos.

Ao meu orientador, Claudio Shigueki Suzuki, por todo conhecimento repassado, pelo apoio, compreensão, paciência e amizade.

À minha prima, Deise Bresan, que foi primordial na elaboração desse trabalho, me auxiliando sempre nas dúvidas e na análise dos dados. Considero você uma excelente coorientadora.

Ao meu noivo, Thiago Moraes de Oliveira, pela convivência diária e por sempre me incentivar, além de toda paciência e compreensão nos momentos de angústia e desespero.

A toda minha família, pela torcida e amor dedicado. Em especial, minha irmã Alexandra, sobrinho Murilo, prima Poliana e Tios Neivor e Marli.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, em especial, a Audinéia Martins Xavier, pelo companheirismo e pelas viagens à Irati.

Aos queridos mestres do Programa, com carinho especial, aos professores Carlos Alberto Marçal Gonzaga, Cristina Ide Fujinaga e Cesár Rey Xavier. Também agradeço ao secretário do Programa Cezar Zanoni por toda ajuda disponibilizada.

A minha banca, Professor Plínio De Toni e Sonia Marcon pelas contribuições e conhecimentos compartilhados.

A professora Maria Isabel Raimondo Ferraz pela oportunidade da realização do estágio de docência.

Aos agentes universitários do Campus Santa Cruz e Cedeteg da UNICENTRO pela participação no estudo.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR, que durante está caminhada tornou-se meu novo trabalho, em especial, aos meus companheiros de equipe.

Por fim, agradeço a Capes e Fundação Araucária pela bolsa de estudos, que foi fundamental para o andamento e conclusão do trabalho.

Obrigada!

“Quanto mais a crise progride, mais progride a incapacidade de pensar a crise; quanto mais planetários tornam-se os problemas, mais impensáveis eles se tornam. Uma inteligência incapaz de perceber o contexto e o complexo planetário fica cega, inconsciente e irresponsável.”

(Edgar Morin)

## RESUMO

**Introdução:** A diminuição do coeficiente de mortalidade geral e infantil, o aumento da expectativa de vida da população e a mudança no perfil epidemiológico das doenças foram observados no Brasil nos últimos 50 anos, com essa mudança houve um aumento progressivo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) e a diminuição da ocorrência de doenças infecciosas, proporcionando uma mudança no perfil de morbimortalidade da população. Entre as DANTs, está a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que é uma alteração da pressão arterial em valor  $\geq 140$  (pressão sistólica) ou  $\geq 90$  (pressão diastólica), sendo que a HAS é o mais relevante fator de risco para as Doenças Cardiovasculares (DCV). **Objetivos:** Identificar a prevalência dos níveis tensionais sugestivos de HAS, segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde na população de agentes universitários da Unicentro, Guarapuava, PR. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Campus Cedeteg e Santa Cruz, com os agentes universitários. A coleta dos dados foi realizada mediante a aplicação de entrevistas estruturadas, mensuração antropométrica e aferição da pressão arterial. Foi realizada a estatística descritiva e analítica das variáveis, que foram estratificadas por sexo, utilizando mediana e intervalo interquartil para variáveis numéricas assimétricas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequência e também estratificadas por sexo. Na estatística analítica para a identificação dos fatores associados à HAS foram construídos modelos de regressão de Poisson, obtendo-se as razões de prevalência, em modelos uni e multivariados, que foram estimados por pontos e por intervalos com 95% de confiança. **Resultados:** Na amostra do estudo, 26,3% dos homens e 28,3% das mulheres apresentaram níveis tensionais sugestivos de HAS, sendo que 12 homens e 10 mulheres já faziam uso de medicação para HAS. A faixa etária que apresentou maior prevalência de homens e mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS foi de 40-59 anos. Quanto ao nível educacional, 85,7% dos homens e 73,3% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS possuíam nível educacional de 12 anos ou mais. O estado nutricional dos participantes com níveis tensionais sugestivos de HAS foi avaliado como sobrepeso em 57,1% dos homens e obesidade em 66,7% das mulheres. A Circunferência da Cintura (CC) foi considerada com risco para DCV para 76,2% dos homens e 80,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS. Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 23,8% dos homens com níveis tensionais sugestivos de



HAS apresentaram dependência, enquanto nenhuma mulher com níveis tensionais sugestivos de HAS apresentou dependência. No que se refere ao consumo de tabaco, 38,1% dos homens e 20,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS são ex-fumantes. A alimentação foi avaliada como regular por 71,4% dos homens e 80,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS. No sexo masculino, as variáveis que permaneceram no modelo final foram tabagismo, horas de trabalho e tempo de casamento. Entre o sexo feminino, as variáveis que continuaram no modelo final foram nível educacional e CC. **Conclusões:** O cenário encontrado, por meio do levantamento da prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS e sua associação com outros fatores de risco cardiovasculares possibilitou conhecer o perfil de saúde dos agentes universitários estudados e assim perceber que os dados obtidos refletem as transformações sociais, econômicas, culturais e ambientais, pois se verificou que tanto os fatores sociodemográficos, como os relacionados à saúde e comportamentais relacionaram-se com a HAS. Por fim, embora se trate de uma amostra pequena de agentes universitários, nota-se que a prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS é preocupante e assim como no Brasil é um desafio para os diversos setores, constituindo-se como um problema interdisciplinar e necessitando de intervenção de diversas áreas e profissões.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Adultos; Fatores de Risco; Pesquisa Interdisciplinar.

## ABSTRACT

**Introduction:** The decrease of the general and infant mortality rate, the increasing life expectancy of the population and the changing in the disease epidemiology profile were observed in Brazil over the past 50 years, with this change there was a progressive increase in Diseases and Non-Communicable Diseases (DNCDs) and a decrease in the occurrence of infectious diseases, providing a change in the population morbidity and mortality profile. Among the DNCDs, is that Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a change in blood pressure  $\geq 140$  value (systolic pressure) or  $\geq 90$  (diastolic pressure), and hypertension is the most important risk factor for Cardiovascular Diseases (CVD).

**Objectives:** To identify the prevalence of pressure levels suggestive of SAH, according to sociodemographic, behavioral and health-related in the population of university agents from Unicentro, Guarapuava, PR. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted at the Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Cedeteg and Santa Cruz Campus, with university agents. Data collection was performed by applying structured interviews, anthropometric measurements and blood pressure measurement. Descriptive and analytical statistics of variables were performed, which were stratified by sex, using median and interquartile range for asymmetric numerical variables. Categorical variables were described by frequency and also stratified by sex. In analytical statistics to identify factors associated with hypertension were built Poisson regression models, obtaining prevalence ratios in uni and multivariate models, which were estimated by point and intervals with 95% confidence. **Results:** In the study sample, 26.3% of men and 28.3% of women had blood pressure levels suggestive of SAH, with 12 men and 10 woman were already using medication for hypertension. The age group with the highest prevalence of men and women with suggestive pressure levels of hypertension was 40-59 years. As for the educational level, 85.7% of men and 73.3% of women with suggestive pressure levels of hypertension had educational level of 12 years or more. The nutritional status of participants with hypertension was assessed as overweight in 57.1% of men and 66.7% of obesity in women. The waist circumference (WC) was considered at risk for CVD to 76.2% of men and 80.0% women with suggestive pressure levels of hypertension. Regarding the consumption of alcohol, 23.8% of men with suggestive pressure levels of hypertension showed dependence, while no women with suggestive pressure levels of SAH presented dependence. With regard to smoking, 38.1% of men and 20.0% of women with

suggestive pressure levels of hypertension are former smokers. Alimentation has been assessed as regular by 71.4% of men and 80.0% of women with suggestive pressure levels of hypertension. In males, the variables that remain in the final model were smoking, working hours and length of marriage. Among females, the variables that remained in the final model were educational level and WC. **Conclusions:** The scenery found through the survey of the prevalence of suggestive pressure levels hypertension and its association with other cardiovascular risk factors made it possible to know the health profile of the studied university agents and thus realize that the obtained data reflect the social, economic, cultural and environmental changes, because it was found that both sociodemographic factors such as those related to health and behavioral are related with hypertension. Finally, while it is a small sample of university agents, it is noted that the prevalence of suggestive pressure levels of hypertension obtained is worrying and as in Brazil is a challenge for many sectors, it becomes an interdisciplinary problem, requiring the intervention of several areas and professions.

**Key words:** Hypertension; Adults; Risk factors; Interdisciplinary research.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da população do estudo, segundo sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). UNICENTRO/Guarapuava, 2015. ....	32
Tabela 2 – Características relacionadas à saúde da população do estudo, segundo sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). UNICENTRO/Guarapuava, 2015. ....	34
Tabela 3 – Características comportamentais da população do estudo, segundo sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). UNICENTRO/Guarapuava, 2015. ....	37
Tabela 4 – Prevalência (%) de níveis tensionais sugestivos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo as variáveis sociodemográficas, UNICENTRO/Guarapuava, 2015. ....	39
Tabela 5 - Prevalência (%) de níveis tensionais sugestivos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo as variáveis relacionadas à saúde, UNICENTRO/Guarapuava, 2015. ....	41
Tabela 6 - Prevalência (%) de níveis tensionais sugestivos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo as variáveis comportamentais, UNICENTRO/Guarapuava, 2015. ....	43
Tabela 7 - Razões de prevalência brutas e ajustadas dos Níveis Sugestivos de HAS, com respectivos intervalos de confiança (95%), segundo o sexo. Modelo Final. UNICENTRO/Guarapuava, 2015. ....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

AVC – Acidente vascular cerebral

CC – Circunferência da Cintura

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COMEP - Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

DANTs – Doenças e agravos não transmissíveis

DCV – Doenças cardiovasculares

GO - Goiás

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IMC – Índice de massa corporal

IPAQ - International Physical Activity Questionnaire

JNC – Joint Nacional Committee

MA - Maranhão

MS – Mato Grosso do Sul

MT – Mato Grosso

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

PR – Paraná

RS – Rio Grande do Sul

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SC – Santa Catarina

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro-Oeste

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1	APRESENTAÇÃO .....	14
1.2	OBJETIVOS .....	15
1.2.1	Objetivo Geral .....	15
1.2.2	Objetivos Específicos .....	15
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
2.1.	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	16
2.2	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS.....	17
2.3	DOENÇAS CARDIOVASCULARES, HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCO .....	19
2.4	DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO E COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA.....	21
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>24</b>
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	24
3.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....	24
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	24
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	24
3.5	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS .....	25
3.5.1	Variáveis Sociodemográficas .....	25
3.5.2	Variáveis Relacionadas à Saúde.....	25
3.5.3	Variáveis Comportamentais .....	27
3.6	ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	29
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	29
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA .....	31
4.1.1	Variáveis Sociodemográficas .....	31
4.1.2	Variáveis Relacionadas à Saúde.....	33
4.1.3	Variáveis Comportamentais .....	36
4.1.4	Prevalência de HAS Segundo as Variáveis Sociodemográficas .....	38
4.1.5	Prevalência de HAS Segundo as Variáveis Relacionadas à Saúde .....	40
4.1.6	Prevalência de HAS Segundo as Variáveis Comportamentais.....	42
4.1.7	Razões de Prevalência Brutas e Ajustadas de HAS .....	44
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 APRESENTAÇÃO

A diminuição do coeficiente de mortalidade geral e infantil, o aumento da expectativa de vida da população e a mudança no perfil epidemiológico das doenças foram observados no Brasil nos últimos 50 anos, ocorrido anteriormente na Europa. Além disso, é importante destacar que a mudança do perfil das doenças, não é consequência somente do processo de envelhecimento, mas está relacionado com o estilo de vida e com o ambiente que o ser humano vive e faz parte (PRATA, 1992).

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica geraram um perfil de risco em que as doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), como a hipertensão arterial e o diabetes adquiriram uma carga crescente e preocupante. Ambas são prevalentes e importantes problemas de saúde pública em todos os países, indiferente de seu grau de desenvolvimento (TOSCANO, 2004). Dessa forma, a transição epidemiológica tem refletido na área de saúde pública e o desenvolvimento de estratégias, incluindo políticas públicas e programas para o controle das DANTs se tornou uma emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS) (CASADO; VIANNA; THULER, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge em média 20% a 30% da população adulta brasileira e tem se tornado um grave problema. Além disso, as principais causas de mortalidade no Brasil estão relacionadas ao fator de risco hipertensão arterial (BRASIL, 2006; MENDES, 2011). A HAS em adultos brasileiros atinge níveis que demonstram a necessidade de intervenção rápida na saúde pública. Essa intervenção deve abordar tanto mudanças nos aspectos da atenção à saúde como nas medidas preventivas, que devem apontar uma abordagem global de fatores de risco para a hipertensão e as doenças cardiovasculares (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Destaca-se que, boa parte do tratamento da HAS deve ser voltado aos fatores de risco, em especial os modificáveis (ingestão de sal e gordura, sedentarismo, obesidade, tabagismo e alcoolismo), trabalhando junto com o hipertenso e sua família no controle desses fatores (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012; BRASIL, 2013a). Neste mesmo contexto, entre os principais responsáveis pela carga da doença no mundo, está o estilo de vida, juntamente com os hábitos alimentares inadequados (NASCENTE et al., 2010).



Assim, verificando o crescente crescimento das DANTs, é relevante a realização de estudos que abordem a HAS em adultos trabalhadores, de maneira que os dados obtidos possibilitem orientação para a população, para as instituições em que elas trabalham e para os serviços de saúde, buscando melhorias na atenção e nas condições de saúde.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência dos níveis tensionais sugestivos de HAS, segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde na população de agentes universitários da Unicentro, Guarapuava, PR.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Investigar as variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde desta população.
- Descrever os níveis tensionais sugestivos de HAS segundo variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e comportamentais.
- Identificar a associação das variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e comportamentais com os níveis tensionais sugestivos de HAS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A transição epidemiológica se caracteriza por alterações no padrão de doenças, na qual se observa um aumento progressivo das DANTs e a diminuição da ocorrência de doenças infecciosas, isso proporciona uma mudança no perfil de morbimortalidade da população mundial, sendo que essa mudança teve início nas primeiras décadas do século XX. A transição epidemiológica está diretamente relacionada com a transição demográfica e socioeconômica, e a velocidade com que essas mudanças vêm ocorrendo não é igual e na mesma proporção em todo o mundo, sendo observadas algumas variações (OMRAM, 1971).

O Brasil e os diferentes países da América Latina passaram por uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Outro fator, que desperta a atenção é o marcante aumento na prevalência de obesidade nos diversos subgrupos populacionais para quase todos os países latino-americanos. Neste contexto, a obesidade se consolidou como agravo nutricional associado a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando desta maneira, no perfil de morbimortalidade das populações (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

As DANTs constituem um sério problema de saúde pública, tanto em países ricos como nos de média e baixa renda, porém estes últimos apresentam maiores problemas e sofrem de forma mais acentuada com menores possibilidades de garantir políticas públicas que modifiquem positivamente os determinantes sociais de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como DANT as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus, como principais fatores de risco modificáveis para as DANTs destaca-se: o excesso de peso ou obesidade, consumo de tabaco, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e consumo inadequado de certos alimentos (BRASIL, 2008).

De acordo com informações da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2010), no Brasil a hipertensão é o mais relevante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto do miocárdio (IAM), as duas maiores causas isoladas de mortes no país. Sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

A HAS é um importante fator de alteração da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce (BRASIL, 2013a). Segundo a OMS, a HAS se caracteriza pela elevação crônica da pressão arterial sistólica (PAS) e/ou pressão arterial diastólica (PAD) (WHO, 1978, WHO, 1996). Existem critérios que estabelecem valores para a classificação de níveis normais de PAS e PAD ou de HAS. A OMS estabelece como HAS níveis de PAS iguais ou superior a 160 mmHg, e/ou níveis de PAD iguais ou superiores a 95 mmHg (WHO, 1978). No entanto, outro protocolo instituído pelo National Institutes of Health é também muito utilizado, o qual considera como HAS em adultos, níveis de PAS iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou níveis de PAD iguais ou superiores a 90 mmHg (JNC, 2004). Essa classificação também é utilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Entre os fatores de risco para a HAS, está o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o excesso de peso e os hábitos alimentares, dentre os hábitos alimentares destaca-se, em especial, o consumo de sódio (BRASIL, 2006; SBH, 2010). A idade também é considerada fator de risco para HAS, sendo que 60% dos indivíduos com a doença estão na faixa etária acima dos 65 anos. Também é importante destacar que, indivíduos da cor não-branca apresentam prevalência duas vezes maior que indivíduos brancos (SBH, 2010).

Neste estudo serão investigadas as variáveis antropométricas (peso e estatura), para posterior cálculo do índice de massa corporal (IMC), variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda) e variáveis de risco (etilismo, tabagismo, sedentarismo).

Conhecendo a problemática da HAS, verifica-se que as ações devem buscar melhor o controle dos hipertensos já conhecidos, estabelecer metas para ampliar o grau de conhecimento dos fatores de risco pela população e fornecer à população em geral mais informações para a prevenção do aparecimento dos fatores de risco e, com isso, evitar o aparecimento das doenças cardiovasculares (JARDIM et al., 2006). Por outro lado, existem algumas barreiras para o controle dos fatores de risco, pois são influenciados pelo meio em que as pessoas estão inseridas (LOPES et al., 2008).

## 2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS

A HAS é uma entidade clínica multifatorial caracterizada por níveis PAS e/ou PAD elevados e sustentados. É encontrada em níveis epidêmicos em adultos das sociedades industrializadas, representando um fator de risco independente e contínuo para patologias cardiovasculares. Além disso, é um dos fatores de risco mais importantes de morbidade e

mortalidade no mundo atual, atingindo cerca de 20% a 25% de toda a população mundial e é a causa mais importante de morte em adultos portadores de doença cardiovascular. No Brasil estudos apontam que a prevalência é de 22% até 44% entre adultos (SBH, 2013).

Devido a variedade de consequências que a HAS apresenta, coloca-se a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A análise da mortalidade indica que as três principais causas de morte, no Brasil, são: infartos agudos de miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca, todas as causas estão relacionadas ao fator de risco hipertensão arterial. As taxas de mortalidade pela hipertensão arterial têm permanecido estáveis, nos últimos anos, em torno de 150 óbitos por cem mil habitantes na população de mais de 60 anos e de 20 óbitos por cem mil habitantes na população de 40 a 59 anos de idade. A taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral se estabilizou a partir de 2001, em torno de 45 óbitos por cem mil habitantes e a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em torno de 35 óbitos por cem mil habitantes (MENDES, 2011).

De acordo, com um estudo realizado pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), a frequência de adultos que mencionaram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 16,6% em Boa Vista e 29,7% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram notadas no Rio de Janeiro (25,4%), Aracaju (24,9%) e Distrito Federal (24,0%), já as menores em Macapá (14,6%), Porto Velho (14,8%) e São Luís (14,9%). Por outro lado, entre mulheres, as maiores frequências foram notadas no Rio de Janeiro (33,2%), no Recife (30,4%) e Maceió (29,4%), contudo as menores foram observadas em Boa Vista (16,2%), Palmas (17,4%) e Belém (19,0%) (BRASIL, 2013b).

Outro estudo realizado com adultos da zona urbana da cidade de Curitiba, a prevalência de indivíduos com hipertensão foi de 19,4% nos homens e 15,9% nas mulheres, e cabe ressaltar que 9,5% e 6,6% entre homens e mulheres, respectivamente, foram classificados com pressão arterial limítrofe (ULBRICH, et al., 2011). Um ponto importante a destacar é que os valores pressóricos variam segundo idade e sexo, além de sofrer influência dos medicamentos utilizados, das doenças crônicas associadas e da mudança do estilo de vida (BORIM; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011).

Através dos dados ressaltados e por ser a hipertensão arterial uma doença multifatorial, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de intervenção, em

particular, aquelas de educação em saúde, envolvem uma ótica ampla, na qual devem ser considerados aspectos individuais e coletivos (CHAVES, et al., 2006). Outra transformação necessária para se atingirem interações produtivas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias na atenção às condições crônicas está na mudança da atenção uniprofissional, centrada no médico, para a atenção multiprofissional (MENDES, 2011).

### 2.3 DOENÇAS CARDIOVASCULARES, HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCO

As doenças cardiovasculares apresentam alguns agentes causais que predispõe os indivíduos ao surgimento dessa doença. Entre esses agentes, estão os níveis comprometedores de lipídios plasmáticos, pressão arterial elevada, excesso de gordura e de peso corporal, porém esses fatores de risco não agem isoladamente, mas em conjunto, fazendo com que a probabilidade do surgimento de alterações cardiovasculares aumente em proporção gradativa. Diante disso, o controle desses fatores auxilia na identificação de sinais precursores que, ao serem modificados, podem diminuir ou até mesmo reverter o processo evolutivo das disfunções (GUEDES; GUEDES, 2001).

Os fatores de risco têm sido pesquisados como verdadeiros agentes ocasionais das doenças não transmissíveis, em particular das doenças cardiovasculares, do câncer e da diabetes mellitus. No caso das doenças cardiovasculares, as características comportamentais ligadas ao estilo de vida são fatores determinantes que interferem no tratamento dessa doença e quando há uma multiplicidade de fatores de risco, pode acarretar complicações sérias para saúde, sendo algumas delas de caráter permanente (STIPP et al., 2007).

Neste contexto, o que se pode observar é que nas diversas regiões do mundo e nos diferentes níveis de desenvolvimento, a população está exposta as mesmas condições desfavoráveis para o aparecimento das doenças cardiovasculares. No entanto, a maioria dos fatores de risco relacionados com as doenças cardiovasculares são passíveis de prevenção (NASCENTE et al., 2010).

A HAS é um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, porém ela também apresenta alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento. Como fatores não modificáveis estão a etnia, a idade, o sexo e a predisposição genética. De acordo com a SBH (2010), indivíduos da cor não-branca apresentam prevalência duas vezes maior que indivíduos brancos e a prevalência aumenta com a idade, sendo assim, 60% dos indivíduos com a doença estão na faixa etária acima dos 65 anos. Os fatores ambientais e socioeconômicos são mais

difíceis de modificação, logo, a atenção dos profissionais em relação aos mesmos deve ser diferenciada. Por outro lado, o sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). Além disso, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e o sedentarismo, são os principais fatores de risco, potencialmente controláveis da hipertensão arterial (MARTINS et al., 2010).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, percebe-se que o uso do álcool está relacionado ao hábito de vida de cada um, assim é uma importante variável passível de ser controlada pelo próprio indivíduo (STIPP et al., 2007). Ainda são escassos, os estudos brasileiros sobre a temática das doenças cardiovasculares e o uso de álcool, porém verifica-se que o álcool está relacionado com um risco para o aumento pressórico, na medida em que eleva a temperatura do corpo e aumenta o metabolismo, prejudicando não somente o sistema cardíaco, mas também os outros sistemas fisiológicos (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

O tabaco aumenta o risco cardiovascular, principalmente por exercer alterações no sistema nervoso autônomo e na função endotelial (rigidez arterial). O mesmo também ocasiona aumento da pressão arterial sistêmica e tem papel importante no aumento da morbidade e mortalidade, tanto cardiovascular quanto renal, observadas em indivíduos fumantes (GIORGI, 2010).

Por outro lado, a prática regular de atividades física é um fator favorável no controle e na prevenção da HAS. O exercício físico é considerado um elemento não medicamentoso para controlar ou auxiliar no tratamento farmacológico da HAS. Outro aspecto valioso é que a atividade física trás efeitos benéficos no tratamento inicial do indivíduo hipertenso, visando evitar o uso ou reduzir o número de medicamentos e de suas doses. Já em indivíduos sedentários e hipertensos, reduções clinicamente significativas na pressão arterial podem ser alcançadas com um simples aumento na atividade física (MONTEIRO; FILHO, 2004). Juntamente com a ausência da prática de atividade física, observa-se a prevalência de sobrepeso/obesidade e isso ocorre na população adulta e também entre crianças e adolescentes, com isso estratégias de saúde pública devem ser instituídas para a prevenção, controle e tratamento da HAS e do excesso de peso (MURARO et al., 2013).

Neste ínterim, para o controle da HAS, é preciso restringir a ingestão de álcool que é uma medida eficaz na redução da pressão arterial, assim como diminuir o estresse, eliminar o tabagismo, praticar atividade física e perder peso (STIPP et al., 2007). Também é relevante que as pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores, pois é necessário que todos saibam como os fatores de risco podem

desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). Portanto, para prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para conhecer a doença, suas inter-relações, suas complicações e sugere, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida (SBC, 2006).

Por fim, sabe-se que a hipertensão é uma doença multisistêmica e multifatorial, atingindo diversos sistemas e causada por vários fatores. Dessa maneira, alterar hábitos é tarefa difícil, porém necessária para controlar os riscos e agravos relacionados à HAS. A mudança de estilo de vida está relacionada a ações educativas e a necessidade de cada indivíduo se conscientizar diante dos seus problemas de saúde e buscar atingir seu nível funcional máximo (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

#### 2.4 DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO E COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA

Ao falar sobre desenvolvimento comunitário, relevante se faz buscar definições do que é comunidade. Comunidade é um grupo sócio-histórico, que possui um sistema de organização e que tem interesses e necessidades compartilhadas. Além disso, os membros de uma comunidade vivem em um processo de inter-relação, marcado pela troca de afeto, conhecimento e informação (BURBANO, 2011).

O desenvolvimento comunitário representa um importante processo, pois através da participação, da organização coletiva e da ação na comunidade observa-se uma evolução em direção a libertação e emancipação das pessoas (FRAGOSO, 2005). Trata-se de um evento resultante do pensamento e da ação à escala humana, que confrontam o desafio de enfrentar problemas básicos e alcançar níveis elementares e auto-referenciados de qualidade de vida na comunidade. É evidente que para compreender o desenvolvimento local/comunitário é necessária uma reflexão sobre conceitos básicos que, em última análise, estão diretamente implicados no cenário formado pelo próprio ambiente (social, cultural, econômico) e pela dinâmica da vida (MARTINS, 2002).

Fica explícito que o desenvolvimento comunitário não é um receituário de medidas prontas, tampouco padronizadas, para serem aplicadas em qualquer lugar, mas uma estratégia de ação coerente com os princípios humanistas e reais de cada comunidade. O maior desafio é certamente criar e consolidar uma cultura de desenvolvimento, cujo objetivo mais importante é a elevação do estado de bem-estar humano em todas as suas dimensões (psicossocial, ambiental e econômica) (MARTINS, 2002).

Ao abordar o aspecto bem-estar nas comunidades, conseqüentemente, aborda-se o aspecto qualidade de vida e hábitos de vida. Diante disso, torna-se importante a realização de um estudo abrangendo trabalhadores, neste caso que atuam no Campus Cedeteg e Santa Cruz, da Universidade Estadual do Centro-Oeste – Unicentro, localizada no município de Guarapuava – PR. Os trabalhadores são nomeados agentes universitários, e fazem parte do quadro de funcionários efetivos, possuindo nível educacional que varia do nível fundamental ao superior. Estes agentes trabalham em diversas áreas e setores da Universidade, dentre as quais: funções técnico-administrativas, motorista, estúdio/multimídia, projeto visual e editoração, informática, programação visual, comunicação social, manutenção, atividades agrícolas e atividades laboratoriais.

É fundamental destacar que esses trabalhadores fazem parte de uma comunidade, porque pertencem a um grupo, o qual possui objetivos similares, desenvolvendo ações comuns em benefício da Unicentro. Além disso, os agentes universitários mantêm uma relação comunitária, pois se comunicam trocando experiências, objetivos, informações e partilham de um mesmo espaço.

Como todas as comunidades esses agentes apresentam necessidades sociais, culturais, psicológicas, econômicas e de saúde. No presente estudo serão abordadas as necessidades de saúde da comunidade formada pelos agentes universitários do Campus, proporcionando conhecimentos para o empoderamento e buscando alternativas para melhorar a saúde e a qualidade de vida dessa população.

É importante destacar que com base na Constituição Federal Brasileira, que institucionalizou o SUS, responder às necessidades de saúde deveria significar programar ações que incidissem nos determinantes, e não só na doença, que já é o resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual. Pode-se, então, assegurar que a definição de saúde-doença expressa no SUS confirma necessidades de saúde ampliadas. Logo, as respostas deveriam ser mais complexas, para além das ações curativas e focadas apenas na doença (CAMPOS, BATAIERO, 2007).

Sendo assim, uma das finalidades do presente trabalho é promover o desenvolvimento da comunidade universitária, evidenciando a importância de cuidar da saúde e não apenas da doença, tornando-os protagonistas do próprio cuidado. Ao discutir o significado de desenvolvimento comunitário na saúde em seus vários aspectos, observa-se que é um envolvimento ativo das pessoas que vivem juntas, de forma organizada e coerente, no planejamento e execução dos cuidados de saúde, usando os diversos recursos disponíveis. Os indivíduos no processo de envolvimento comunitário para a saúde assumem a



responsabilidade, tanto pela sua saúde e bem-estar, como pela saúde e bem-estar da comunidade (LOBO, 2008).

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal (Bonita et al., 2010), realizado na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), com os agentes universitários.

#### **3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido nos Campus Cedeteg e Santa Cruz da UNICENTRO, localizados no município de Guarapuava, Paraná, entre os anos de 2014 e 2015.

#### **3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Agentes universitários do quadro efetivo da UNICENTRO, Campus Cedeteg e Santa Cruz.

Para o cálculo da amostra foi utilizado o Software OpenEpi (versão 3.0.1), com população alvo de 118 indivíduos no Campus Santa Cruz e 42 no Campus Cedeteg, da UNICENTRO. Como prevalência esperada para o desfecho, utilizou-se 30%, margem de erro de 5 pontos percentuais e erro alfa de 5%. Para o Campus Santa Cruz o total de indivíduos avaliados foram 96 e para o Campus Cedeteg 42, considerando adicional de 10% para perdas. Para a seleção dos sujeitos utilizou-se amostragem probabilística simples.

Participaram do estudo 133 indivíduos (taxa de resposta de 96,37%) de um total de 138 elegíveis para o estudo, dentre os participantes 60,15% do sexo masculino e 39,85% do sexo feminino. Durante o período de coleta de dados não foi encontrado na Universidade 01 indivíduo, após cinco tentativas, e 04 não participaram por recusa.

#### **3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Os critérios de inclusão para este estudo foram: ser agente universitário do Campus Cedeteg ou Santa Cruz, fazer parte do quadro efetivo e estar atuando/trabalhando no Campus, com idade igual ou superior a 18 anos, mulheres não gestantes e ter assinado o TCLE.

Dentre os critérios de exclusão estão: estar de férias, licença especial, licença de saúde, licença maternidade e estar trabalhando em outra lotação.

### 3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada mediante a aplicação de entrevistas estruturadas, mensuração antropométrica e aferição da pressão arterial, realizadas no local de trabalho dos participantes.

#### 3.5.1 Variáveis Sociodemográficas

**Sexo:** Foram considerados os indivíduos de ambos os sexos, exceto mulheres grávidas.

**Idade:** A idade foi obtida através do cálculo: [(Data da Entrevista –Data de Nascimento)/365,25]. Na fase descritiva, a idade foi classificada em intervalos de 20 anos: “20-39”; “40-59”; “e “60 anos e mais”.

**Nível Educacional:** O nível educacional foi classificado segundo o número de anos completos de aprovação na escolaridade formal. A variável foi classificada em 03 categorias: “zero (analfabetos) a 8 anos” ; “9 a 11 anos”; “12 e mais anos”.

**Estado Marital:** Esta variável foi classificada em duas categorias: “vive sem companheiro” e “vive com companheiro”. Além disso, foi realizada a mediana com amplitude interquartílica do tempo de união e do tempo sozinho dos participantes.

**Renda (per capita):** A renda do participante foi considerada de forma conjunta, definida pelo valor recebido, em Reais (R\$), pela família no mês que antecedeu a entrevista, o valor total foi dividido pelo número de dependentes e foi tratado sob a forma de tercís.

#### 3.5.2 Variáveis Relacionadas à Saúde

**Autopercepção do Estado de Saúde:** O estado de saúde foi definido segundo a percepção do participante sobre o seu estado de saúde. Sendo assim, a variável foi classificada em quatro níveis: “Excelente”; “Boa”; “Regular” e “Precária” (Ruim+Péssima). A percepção do estado de saúde do entrevistado também foi definida quando comparado ao de familiares e amigos da mesma faixa etária e classificado em três níveis: “Pior que o seu”, “Igual ao seu” e “Melhor que o seu”.

**Foi ao Médico:** Os participantes foram questionados quanto a visita ao médico nos últimos 12 meses, foi considerada como visita tanto a questão de tratamento como de prevenção. Essa variável apresentou-se em duas categorias.

**Foi Hospitalizado:** Foram questionados sobre a hospitalização, consideraram-se apenas os casos que tinham alguma relação com complicação da HAS. As demais hospitalizações, não foram consideradas no estudo. A hospitalização foi tratada na forma de categorias: sim e não.

**Uso de Medicamentos:** Os participantes foram questionados quanto ao uso de diferentes medicamentos, incluindo os utilizados para HAS, bem como a quantidade de medicamentos utilizados nos últimos 15 dias. A variável “uso de medicamentos” foi tratada de forma dicotômica: “sim” e “não”. Além de considerar-se o uso de medicamentos como variável dicotômica, os participantes foram classificados segundo a quantidade de medicamentos utilizados (número de medicamentos) que foi classificada em três categorias: “Nenhum”, “1 a 2” e “3 ou mais”.

**Doenças Diagnosticadas:** Os participantes foram questionados quanto ao número e presença de doença(s) ou problema(s) de saúde pessoais diagnosticado(s) por um médico. Essa variável foi obtida através de mediana.

**Histórico familiar de HAS:** Foram questionados quanto a presença de familiares de primeiro e segundo grau diagnosticados com HAS. Essa variável foi tratada de forma dicotômica: “sim” e “não”.

**Pressão Arterial:** Para aferição da pressão arterial foi utilizado monitor automático de pulso da marca OMRON HEM-6111. Foram realizadas duas aferições da pressão arterial, e a média dessas foi utilizada para a análise dos dados. A medida foi realizada no pulso esquerdo, com o indivíduo sentado e descansado (15 a 20 minutos de descanso). Para garantir esse período de descanso a entrevista foi iniciada pelas questões referentes aos dados sociodemográficos (Anexo). Além disso, entre a primeira e a segunda medida teve um intervalo mínimo de 10 minutos.

A classificação dos níveis tensionais foi através dos critérios do National Institutes of Health (JNC, 2004), que classifica como HAS, níveis de PAS iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou níveis de PAD iguais ou superiores a 90 mmHg, também foram considerados hipertensos os indivíduos que referiram uso de medicamento anti-hipertensivo. Como as medidas foram realizadas na mesma ocasião e não foi seguido todo o protocolo proposto pela OMS (WHO, 1996) para o diagnóstico da HAS, os valores obtidos através das duas medidas dos níveis de pressão arterial foram considerados como níveis sugestivos de HAS.

A variável pressão arterial foi classificada em duas categorias: participantes com níveis alterados ou já diagnosticados com HAS foram classificados em “sim” e participantes com níveis normais foram classificados em “não”.

**Estado Nutricional:** foram aferidos peso corporal e estatura dos indivíduos. Para a avaliação antropométrica foi seguido o protocolo descrito por Lohman et al. (1988). Para a medida de peso foi utilizada balança eletrônica portátil, do tipo plataforma, com capacidade para 150 kg e precisão de 0,1 kg. Foi solicitado que o participante tirasse o calçado, casaco ou outros objetos que poderiam interferir significativamente na pesagem. A estatura foi aferida através de estadiômetro portátil desmontável, com precisão de 0,1 cm, com indivíduos descalços, com o mínimo de roupas e sem enfeites ou boné e similares na cabeça, na posição ortostática. Destaca-se ainda que os equipamentos de coleta de dados (balança e estadiômetro) foram apoiados em superfície seca, firme e plana, além de serem devidamente calibrados antes da realização das medidas.

Para diagnóstico do estado nutricional foi calculado o IMC, obtido através do peso corporal e da estatura dos indivíduos ( $\text{peso corporal (Kg)}/(\text{altura (m)}^2)$ ). A classificação do mesmo foi realizada através dos critérios estabelecidos pela OMS (WHO, 1997), sendo classificados com desnutrição indivíduos com  $\text{IMC} < 18,5 \text{ Kg/m}^2$ , eutróficos com IMC de 18,5 a  $24,9 \text{ Kg/m}^2$ , com sobrepeso IMC de 25,0 a  $29,9 \text{ Kg/m}^2$  e obesos com  $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$ .

Os dados foram coletados pela mestrandia que desenvolveu a presente pesquisa.

**Circunferência da Cintura:** A medida da circunferência da cintura (CC) foi realizada com base no protocolo de Lohman et al. (1988). Sendo assim, foi realizada na ausência de roupas na região de interesse. O indivíduo esteve ereto, com o abdome relaxado (ao final da expiração), os braços estendidos ao longo do corpo e as pernas fechadas. Foi localizado o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca e a fita foi passada por trás do participante ao redor deste ponto. A CC foi obtida através de variável numérica e depois categorizada de acordo com a classificação estabelecida pelo International Diabetes Federation (IDF) (2006), para população Centro e Sul Americanos, os homens com valores  $\geq 90$  e as mulheres com valores  $\geq 80$  foram classificados com risco para DCV e os valores diferentes destes foram classificados sem risco.

### 3.5.3 Variáveis Comportamentais

**Nível de Atividade Física:** Para avaliar a prática de atividade física foi utilizado o “International Physical Activity Questionnaire” (IPAQ), versão curta (CRAIG et al., 2003). Este instrumento foi desenvolvido por pesquisadores de diversos países, com o apoio da OMS. A vantagem do IPAQ é que este leva em consideração, não apenas as atividades no lazer, mas também as atividades realizadas no trabalho formal, no trabalho doméstico e nos

deslocamentos. Duas versões do IPAQ foram desenvolvidas: a versão longa e a versão curta. Ainda que, a versão curta considere, em conjunto, as atividades em diferentes domínios (atividades no lazer, ocupacionais, domésticas e nos deslocamentos), e não permita diferenciá-las, como na versão longa, sua reprodutibilidade, em relação à versão longa foi satisfatória, conforme resultados publicados por Matsudo et al. (2001). Por outro lado, tendo em vista sua facilidade de aplicação, a versão curta tem sido utilizada na maioria dos estudos epidemiológicos e foi utilizada no presente estudo. Dessa forma, os participantes foram classificados como, “nível suficiente:  $\geq 150$  minutos e  $\geq 5$  dias na semana” e “nível insuficiente:  $\leq 150$  minutos e  $\leq 5$  dias na semana”.

**Tempo Sentado:** A variável dependente “Tempo Sentado” é derivada, da mesma forma, do Questionário IPAQ (versão curta) e definida segundo as medidas contínuas do tempo (em minutos/semana) dedicado a esta atividade sedentária. Foi tratada sob a forma de mediana e amplitude interquartílica.

**Consumo de Álcool:** Com o intuito de avaliar o consumo de bebidas alcoólicas, foi aplicado o Questionário AUDIT, recomendado pela OMS (2001) para estudos epidemiológicos. Os participantes foram questionados sobre o hábito de consumir bebidas alcoólicas e a quantidade média de consumo regular no último ano. Foi selecionado o ponto de corte igual a “8”, acima do qual foram classificados os participantes que apresentaram consumo abusivo/dependência de álcool (FIGLIE et al., 2000; MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2003).

**Hábito de Fumar (tabagismo):** Os participantes foram questionados sobre o hábito de fumar cigarros, bem como sua duração. A variável “hábito de fumar” foi classificada em quatro categorias: “não fumantes”, “ex-fumantes”, “fumantes” e “fumante ocasional”, sendo a primeira, a categoria de referência (SUZUKI, 2010). A duração do hábito foi definida como o tempo (em anos) do hábito de fumar e tratada sob a forma de mediana e amplitude interquartílica.

**Alimentação:** Para avaliar a alimentação dos participantes foi utilizado o Guia Alimentar para adultos de 20 a 60 anos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). O Guia é composto de 18 questões que abordam os dez passos de uma alimentação saudável, após realizado os cálculos, foram categorizados os pontos de corte até 28 pontos como alimentação “ruim”, de 29 a 42 como alimentação “regular” e de 43 pontos ou mais como alimentação “boa”.

**Horas/dia de Trabalho:** As horas/dia de trabalho foram classificadas segundo o número de horas destinadas ao trabalho em um dia típico da semana. Na análise, essa variável foi tratada na forma de mediana e amplitude interquartilica.

**Tempo de trabalho:** Essa variável foi definida pelo total de anos de atividade de trabalho exercida pelo agente universitário e analisada através de mediana e amplitude interquartilica.

### 3.6 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram inicialmente coletados em questionários de papel e após tabulados e processados no Software Microsoft Excel 2010. Para o teste de consistência externa, a digitação dos dados foi efetuada através de dupla entrada de dados. Posteriormente o banco de dados foi transformado mediante o Software Stattransfer para ser analisado através do Software STATA 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Foi realizada a estatística descritiva e analítica das variáveis, que foram estratificadas por sexo, utilizando mediana e intervalo interquartil para variáveis numéricas assimétricas, consideradas assimétricas após a realização dos testes de Skewness e Kurtosis. As variáveis categóricas foram descritas através de frequência e também estratificadas por sexo.

Na estatística analítica para a identificação dos fatores associados à HAS foram construídos modelos de regressão de Poisson, obtendo-se as razões de prevalência, em modelos uni e multivariados, que foram estimados por pontos e por intervalos com 95% de confiança. Ao se aplicar o modelo de regressão, a segunda categoria da variável dependente, composta pelos participantes classificados como “hipertensos” (HAS) foi comparada com a categoria de referência “não hipertensos”. Modelos univariados foram construídos, contendo cada uma das variáveis independentes e a variável-resposta. Nestes modelos, as variáveis para as quais se obtiveram valores  $p \leq 0,25$  (Teste de Wald) foram candidatas aos modelos multivariados. Nos modelos multivariados finais, permaneceram as variáveis que apresentaram valores  $p < 0,05$ .

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da UNICENTRO, conforme consta em Anexo. Além disso, todos os participantes

aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomendações da Resolução nº 196 e nº 304/00 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).



## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

#### 4.1.1 Variáveis Sociodemográficas

As características sociodemográficas da amostra, estratificada por sexo, estão apresentadas na Tabela 1. Em relação à idade, no sexo masculino predominou a faixa etária de 20-39 anos com 57,4%, enquanto que no sexo feminino verificou-se maior proporção na faixa etária de 40-59 anos, com 69,7%. O nível educacional mostrou-se semelhante em ambos os sexos, com maior prevalência de “12 anos e mais” de estudo. Em relação ao estado marital, destaca-se que 71,3% dos homens e 50,9% das mulheres viviam com companheiro. Neste contexto, os homens que viviam sozinhos apresentaram uma mediana de 27 anos e a respeito do tempo que viviam com a companheira a mediana foi de 11 anos. As mulheres que viviam sozinhas evidenciaram uma mediana de 20,5 anos e aquelas que viviam com companheiro a medida foi de 24,0 anos.

A renda per capita, revelou valores semelhantes nos três terços entre os homens, com prevalência de 30,0% no primeiro terço e no segundo/terceiro terço 35,0%. Entre as mulheres a renda predominou no segundo terço com 45,3%.

**Tabela 1 – Características sociodemográficas da população do estudo, segundo sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). UNICENTRO/Guarapuava, 2015.**

	MASCULINO		FEMININO	
	N	%* [IC 95%]	N	%* [IC 95%]
<b>Faixa Etária (anos)</b>				
20-39	46	57,4 [46,3;68,8]	13	24,5 [13,2;35,8]
40-59	29	36,3 [25,0;46,3]	37	69,7 [56,6;81,1]
60 +	5	6,3 [1,3;12,5]	3	5,8 [0,0;13,2]
<b>Nível Educacional (anos)</b>				
12 +	75	93,7 [87,5;98,8]	44	83,1 [71,7;92,5]
9-11	3	3,8 [0,0;8,8]	4	7,5 [1,9;15,1]
0-8	2	2,5 [0,0;6,3]	5	9,4 [1,9;17,0]
<b>Estado Marital</b>				
Sem companheiro	23	28,7 [18,8;38,8]	26	49,1 [35,8;64,1]
Com companheiro	57	71,3 [61,3;81,3]	27	50,9 [35,9;64,2]
<b>Tempo sozinho (anos)***</b>	23	27,0 [13,0;32,0]	26	20,5 [2,7;38,7]
<b>Tempo de casamento (anos)***</b>	57	11,0 [6,0;19,5]	27	24,0 [8,0;28,0]
<b>Renda (per capita R\$)</b>				
0 até 1999,99	24	30,0 [20,0;40,0]	13	24,5 [13,2;37,7]
2000,00 até 3694,43	28	35,0 [25,0;46,3]	24	45,3 [32,1;58,5]
3694,44 +	28	35,0 [25,0;45,0]	16	30,2 [18,9;43,4]

\*\*\*Variável descrita por meio de mediana e amplitude interquartilica.

#### 4.1.2 Variáveis Relacionadas à Saúde

As características relacionadas à saúde dos participantes do estudo são apresentadas na Tabela 2. Quanto à autopercepção do estado de saúde, 56,3% dos homens e 64,2% das mulheres consideraram sua saúde como boa. No que diz respeito à percepção da saúde comparada a de seus amigos da mesma idade, 68,7% dos homens e 50,9% das mulheres consideraram a saúde dos amigos “igual a sua”. Ao compararem sua saúde com a de familiares da mesma idade, 40,0% dos homens e 41,5% das mulheres consideraram “pior que a sua”.

Ainda nas variáveis relacionadas à saúde, 60,0% dos homens e 92,5% das mulheres foram ao médico nos últimos 12 meses. O relato do uso de medicamentos foi de 48,8% entre os homens e 69,8% entre mulheres. Quanto à quantidade utilizada de medicamentos, 51,2% dos homens não utilizaram nenhum medicamento e 39,6% das mulheres utilizaram “1 a 2” medicamentos. A mediana das doenças diagnosticadas foi 1,0 para os homens e 2,0 para as mulheres.

O histórico familiar de HAS foi citado por 61,3% dos homens e 81,1% das mulheres. Os níveis tensionais sugestivos de HAS apresentaram-se em 26,3% dos homens e 28,3% das mulheres, sendo que 12 homens e 10 mulheres já faziam uso de medicação para HAS. Quanto ao estado nutricional dos homens, prevaleceu o sobrepeso com 51,2%, enquanto nas mulheres prevaleceu a obesidade, com 35,8%. Ao avaliar a CC, 57,5% dos homens e 58,5% das mulheres tiveram valores categorizados como risco para DCV.

**Tabela 2 – Características relacionadas à saúde da população do estudo, segundo sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). UNICENTRO/Guarapuava, 2015.**

	MASCULINO		FEMININO	
	N	%* [IC 95%]	N	%* [IC 95%]
<b>Autopercepção do Estado de Saúde</b>				
Excelente	26	32,4 [22,5;42,5]	10	18,8 [9,4;30,2]
Boa	45	56,3 [46,3;67,5]	34	64,2 [50,9;77,4]
Regular	9	11,3 [5,0;18,8]	8	15,1 [5,7;26,4]
Precária (ruim + péssima)	0	0,0 [0,0;0,0]	1	1,9 [0,0;5,7]
<b>Percepção da Saúde dos Amigos</b>				
Igual ao seu	55	68,7 [58,8;78,8]	27	50,9 [37,7;64,2]
Pior que o seu	21	26,3 [16,3;36,3]	22	41,6 [28,3;54,7]
Melhor que o seu	4	5,0 [1,3;10,0]	4	7,5 [1,9;15,1]
<b>Percepção da Saúde da Família</b>				
Igual ao seu	40	50,0 [38,8;61,3]	25	47,2 [34,0;60,4]
Pior que o seu	32	40,0 [28,8;50,0]	22	41,5 [28,3;54,7]
Melhor que o seu	8	10,0 [3,8;17,5]	6	11,3 [3,8;20,8]
<b>Foi ao Médico</b>				
Sim	48	60,0 [50,0;70,0]	49	92,5 [84,9;98,1]
Não	32	40,0 [30,0;50,0]	4	7,5 [1,9;15,1]
<b>Foi Hospitalizado</b>				
Sim	1	1,3 [0,0;3,8]	2	3,8 [0,0;9,4]
Não	79	98,7 [96,3;100,0]	51	96,2 [90,6;100,0]
<b>Uso de Medicamentos</b>				
Sim	39	48,8 [37,5;60,0]	37	69,8 [56,6;81,1]
Não	41	51,2 [40,0;62,5]	16	30,2 [18,9;43,4]
<b>Número de Medicamentos</b>				
Nenhum	41	51,2 [40,0;62,5]	16	30,2 [17,0;41,5]
1 a 2	27	33,8 [23,8;43,8]	21	39,6 [26,4;52,8]
3 +	12	15,0 [7,5;22,5]	16	30,2 [18,9;43,4]
<b>Doenças Diagnosticadas***</b>				
	80	1 [0,0;2,0]	53	2,0 [1,0;4,0]
<b>Histórico Familiar de HAS*</b>				
Sim	49	61,3 [50,0;71,3]	43	81,1 [69,8;90,6]
Não	31	38,7 [28,7;50,0]	10	18,9 [9,4;30,2]

<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>				
Sim	21	26,3 [16,3;36,3]	15	28,3 [17,0;41,5]
Não	59	73,7 [63,7;83,8]	38	71,7 [58,5;83,0]
<b>Estado Nutricional</b>				
Eutrofia	21	26,3 [17,5;36,3]	18	34,0 [20,8;47,2]
Sobrepeso	41	51,2 [40,0;62,5]	16	30,2 [17,0;43,4]
Obeso	18	22,5 [13,8;31,3]	19	35,8 [22,6;47,2]
<b>Circunferência da Cintura</b>				
Sem risco	34	42,5 [31,3;53,8]	22	41,5 [28,3;54,7]
Risco para DCV**	46	57,5 [46,3;68,8]	31	58,5 [45,3;71,7]

\*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

\*\*DCV: doenças cardiovasculares.

\*\*\*Variável descrita por meio de mediana e amplitude interquartilica.

#### 4.1.3 Variáveis Comportamentais

A Tabela 3 apresenta as características comportamentais da população do estudo. Ao avaliar a atividade física, 55,0% dos homens e 60,4% das mulheres mostraram nível suficiente. A mediana do tempo sentado foi de 870 minutos entre os homens e 720 minutos entre as mulheres.

Ao avaliar o consumo de bebida alcoólica 20,0% dos homens foram classificados como dependentes e nenhuma mulher apresentou dependência. Em relação ao consumo de tabaco, as proporções de fumantes e ex-fumantes foi semelhante entre os sexos, mostrando que 7,5% dos homens e 11,3% das mulheres são fumantes. Já em relação aos ex-fumantes, observa-se que 20,0% dos homens e 17,0% das mulheres são ex-fumantes. Quanto a mediana de anos de fumo, os homens fumantes apresentaram 15 anos e as mulheres 30 anos.

Ao investigar a alimentação, os estudos evidenciaram que 67,5% dos homens e 75,5% das mulheres possuem uma alimentação regular. Por fim, quanto às horas de trabalho, a mediana dos homens foi 480 minutos/dia e das mulheres 540 minutos/dia, o tempo de trabalho dos homens obteve uma mediana de 18,5 anos e das mulheres 26,0 anos.

**Tabela 3 – Características comportamentais da população do estudo, segundo sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). UNICENTRO/Guarapuava, 2015.**

	MASCULINO		FEMININO	
	N	%* [IC 95%]	N	%* [IC 95%]
<b>Nível de Atividade Física</b>				
Nível Suficiente	44	55,0 [43,8;66,3]	32	60,4 [47,2;73,6]
Nível Insuficiente	36	45,0 [33,8;56,3]	21	39,6 [26,4;52,8]
<b>Tempo Sentado***</b>	80	870 [690,0;1080,0]	53	720 [555,0;840,0]
<b>Consumo de Álcool</b>				
Sem dependência	64	80,0 [71,3;88,8]	53,0	100 [100,0;100,0]
Com dependência	16	20,0 [11,3;28,7]	0,0	0 [0,0;0,0]
<b>Tabagismo</b>				
Não fumante	54	67,5 [57,5;77,5]	37	69,8 [56,6;83,0]
Ex-fumante	16	20,0 [11,3;28,7]	9	17,0 [7,5;28,3]
Fumante ocasional	4	5,0 [1,3;10,0]	1	1,9 [0,0;5,7]
Fumante	6	7,5 [2,5;13,8]	6	11,3 [3,8;20,8]
<b>Tempo que fuma (anos)***</b>	10	15,0 [4,2;27,0]	7	30,0 [18,0;36,0]
<b>Tempo que fumou (anos)***</b>	16	12,5 [7,4;21,5]	9	8,0 [3,5;19,0]
<b>Alimentação</b>				
Boa	20	25,0 [16,3;35,0]	12	22,6 [11,3;32,1]
Regular	54	67,5 [57,5;77,5]	40	75,5 [64,2;86,8]
Ruim	6	7,5 [2,5;13,8]	1	1,9 [0,0;5,7]
<b>Horas de Trabalho (minutos/dia)***</b>	80	480 [480,0;480,0]	53	540 [480,0;630,0]
<b>Tempo de Trabalho***</b>	80	18,5 [13,0;26,0]	53	26,0 [20,5;30,0]

\*\*\*Variável descrita por meio de mediana e amplitude interquartilica.

#### 4.1.4 Prevalência de HAS Segundo as Variáveis Sociodemográficas

A Tabela 4 demonstra a prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS segundo as variáveis sociodemográficas.

A faixa etária que apresentou maior prevalência de homens e mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS foi de 40-59 anos, com 57,1% dos homens e 86,6% das mulheres. Quanto ao nível educacional, 85,7% dos homens e 73,3% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS possuem nível educacional de 12 anos ou mais.

Em relação ao estado marital, 28,6% dos homens e 40,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS viviam sozinhos. A renda (per capita) dos homens ficou concentrada no terceiro terço com 38,1% dos homens e a renda (per capita) das mulheres ficou concentrada no segundo terço com 46,6% das mulheres.



**Tabela 4 – Prevalência (%) de níveis tensionais sugestivos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo as variáveis sociodemográficas, UNICENTRO/Guarapuava, 2015.**

	MASCULINO		FEMININO	
	N	%*	N	%*
<b>Faixa Etária (anos)</b>				
20-39	5	23,8	1	6,7
40-59	12	57,1	13	86,6
60 +	4	19,1	1	6,7
<b>Nível Educacional (anos)</b>				
12 +	18	85,7	11	73,3
9-11	2	9,5	2	13,4
0-8	1	4,8	2	13,3
<b>Estado Marital</b>				
Sem companheiro	6	28,6	6	40,0
Com companheiro	15	71,4	9	60,0
<b>Renda (per capita R\$)</b>				
0 até 1999,99	6	28,6	4	26,7
2000,00 até 3694,43	7	33,3	7	46,6
3694,44 +	8	38,1	4	26,7

#### 4.1.5 Prevalência de HAS Segundo as Variáveis Relacionadas à Saúde

A Tabela 5 evidencia a prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS segundo as variáveis relacionadas à saúde.

Ao analisar a percepção do estado de saúde 61,9% dos homens e 53,3% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS consideraram a saúde boa. Entre as mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS, 33,3% consideraram a saúde regular. Ao comparar a saúde com os amigos da mesma idade, 61,9% dos homens com níveis tensionais sugestivos de HAS conceituaram a saúde dos amigos “igual a sua” e 46,6% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS declaram a saúde dos amigos “pior que a sua”. Por outro lado, 47,6% dos homens e 46,7% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS opinaram que a saúde dos familiares da mesma idade é “igual a sua”.

A visita ao médico no último ano foi citada por 100% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS, enquanto 23,8% dos homens com níveis tensionais sugestivos de HAS afirmam não terem consultado um médico no último ano. Em relação à hospitalização relacionada à HAS, um homem e uma mulher foram hospitalizados por motivos relacionados à doença. O uso de medicação foi relatado por 76,2% dos homens e 86,7% das mulheres. Quanto ao número de doenças diagnosticadas por um profissional médico, 38,1% dos homens com níveis tensionais sugestivos de HAS relataram “0-1” doença diagnosticada e 60,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS afirmaram ter “3 ou mais” doenças diagnosticadas. O histórico familiar de HAS foi citado por 61,9% dos homens e 86,7% das mulheres.

O estado nutricional dos participantes com níveis tensionais sugestivos de HAS foi avaliado como sobrepeso em 57,1% dos homens e obesidade em 66,7% das mulheres. A CC foi considerada com risco para DCV para 76,2% dos homens e 80,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS.

**Tabela 5 – Prevalência (%) de níveis tensionais sugestivos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo as variáveis relacionadas à saúde, UNICENTRO/Guarapuava, 2015.**

	MASCULINO		FEMININO	
	N	%*	N	%*
<b>Autopercepção do Estado de Saúde</b>				
Excelente	4	19,0	1	6,7
Boa	13	61,9	8	53,3
Regular	4	19,1	5	33,3
Precária (ruim + péssima)	0	0,0	1	6,7
<b>Percepção da Saúde dos Amigos</b>				
Igual ao seu	13	61,9	4	26,7
Pior que o seu	6	28,6	7	46,6
Melhor que o seu	2	9,5	4	26,7
<b>Percepção da Saúde da Família</b>				
Igual ao seu	10	47,6	7	46,7
Pior que o seu	7	33,4	5	33,3
Melhor que o seu	4	19,0	3	20,0
<b>Foi ao Médico</b>				
Sim	16	76,2	15	100,0
Não	5	23,8	0	0,0
<b>Foi Hospitalizado</b>				
Sim	1	4,8	1	6,7
Não	20	95,2	14	93,3
<b>Uso de Medicamentos</b>				
Sim	16	76,2	13	86,7
Não	5	23,8	2	13,3
<b>Número de Medicamentos</b>				
Nenhum	5	23,8	2	13,3
1 a 2	10	47,6	4	26,7
3 +	6	28,6	9	60,0
<b>Doenças Diagnosticadas</b>				
0 a 1	8	38,1	2	13,3
1 a 2	4	19,0	4	26,7
3 +	9	42,9	9	60,0
<b>Histórico Familiar de HAS*</b>				
Sim	13	61,9	13	86,7
Não	8	38,1	2	13,3
<b>Estado Nutricional</b>				
Eutrofia	2	9,5	3	20,0
Sobrepeso	12	57,1	2	13,3
Obeso	7	33,4	10	66,7
<b>Circunferência da Cintura</b>				
Sem risco	5	23,8	3	20,0
Risco para DCV**	16	76,2	12	80,0

\*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

\*\*DCV: doenças cardiovasculares.

#### 4.1.6 Prevalência de HAS Segundo as Variáveis Comportamentais

A Tabela 6 evidencia a prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS segundo as variáveis comportamentais.

Neste contexto, o nível de atividade física foi avaliado como suficiente para 52,4% dos homens com níveis tensionais sugestivos de HAS e 80,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS. Quanto ao tempo sentando, 42,9% dos homens com níveis tensionais sugestivos de HAS permaneceram 900 minutos ou mais sentados por dia e 60,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS passam de “0-709,99” minutos sentadas durante o dia.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 23,8% dos homens com níveis tensionais sugestivos de HAS apresentaram dependência, enquanto nenhuma mulher com níveis tensionais sugestivos de HAS apresentou dependência. No que se refere ao consumo de tabaco, 38,1% dos homens e 20,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS são ex-fumantes, assim como 66,7% das mulheres fumaram em média “0 – 7,4 anos” e 66,5% dos homens fumaram mais que 19 anos. A alimentação foi avaliada como regular por 71,4% dos homens e 80,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS.

Por fim, 76,2% dos homens com níveis tensionais sugestivos de HAS trabalham 480/minutos ao dia e 60,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS trabalham mais que 480/minutos ao dia. Sobre os anos de trabalho, 52,4% dos homens e 73,3% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS trabalham a 26 anos ou período superior a esse.

**Tabela 6 – Prevalência (%) de níveis tensionais sugestivos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo as variáveis comportamentais, UNICENTRO/Guarapuava, 2015.**

	MASCULINO		FEMININO	
	N	%*	N	%*
<b>Nível de Atividade Física</b>				
Nível Suficiente	11	52,4	12	80,0
Nível Insuficiente	10	47,6	3	20,0
<b>Tempo Sentado</b>				
0 – 709,99	7	33,3	9	60,0
710,00 – 899,99	5	23,8	4	26,7
≥ 900,00	9	42,9	2	19,3
<b>Consumo de Álcool</b>				
Sem dependência	16	76,2	15	100,0
Com dependência	5	23,8	0	0,0
<b>Tabagismo</b>				
Não fumante	9	42,9	9	60,0
Ex-fumante	8	38,1	3	20,0
Fumante ocasional	2	9,5	1	6,7
Fumante	2	9,5	2	13,3
<b>Tempo que fuma (anos)</b>				
0 – 14,99	2	50,0	0	0,0
15,00 – 29,99	2	50,0	0	0,0
≥ 30,00	0	0,0	3	100,0
<b>Tempo que fumou (anos)</b>				
0 – 7,4	2	25,0	2	66,7
7,5 – 18,9	1	12,5	1	33,3
≥ 19,0	5	66,5	0	0,0
<b>Alimentação</b>				
Boa	3	14,3	3	20,0
Regular	15	71,4	12	80,0
Ruim	3	14,3	0	0,0
<b>Horas de Trabalho (minutos/dia)</b>				
< 480	1	4,8	2	13,3
480	16	76,2	4	26,7
> 480	4	19,0	9	60,0
<b>Tempo de Trabalho</b>				
0 – 15,99	5	23,8	1	6,7
16,0 – 25,99	5	23,8	3	20,0
≥ 26,00	11	52,4	11	73,3

#### 4.1.7 Razões de Prevalências Brutas e Ajustadas de HAS

A tabela 7 evidencia as prevalências brutas e ajustadas de níveis tensionais sugestivos de HAS segundo o sexo, com intervalo de confiança de 95%.

No sexo masculino, as variáveis que permaneceram no modelo final foram tabagismo, horas de trabalho e tempo de casamento. Entre o sexo feminino, as variáveis que continuaram no modelo final foram nível educacional e CC.

**Tabela 7 – Razões de prevalência brutas e ajustadas dos Níveis Sugestivos de HAS, com respectivos intervalos de confiança (95%), segundo o sexo. Modelo Final. UNICENTRO/Guarapuava, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>RP Bruta</b>	<b>95% IC</b>	<b>RP Ajustada</b>	<b>95% IC</b>
<b>MASCULINO</b>				
<b>Tabagismo</b>				
Não fumante	1		1	
Ex-Fumante	1,37	0,37 – 5,06	3,19	1,42 – 46,31
Fumante Ocasional	4,11	0,52 – 32,45	8,11	0,96 - 10,63
Fumante	1,37	0,30 – 6,34	2,73	0,31 – 24,44
<b>Horas de Trabalho (minutos/dia)</b>	1,01	1,00 – 1,01	1,01	1,00* – 1,01
<b>Tempo de casamento (anos)</b>	1,05	1,00 – 1,10	1,05	1,00** - 1,11
<b>FEMININO</b>				
<b>Nível Educacional</b>	0,94	0,86 – 1,03	1,33	1,04 – 1,69
<b>Circunferência da Cintura (CC)</b>				
Sem risco	1		1	
Risco para DCV****	1,04	1,01 – 1,07	1,04	1,00***– 1,07
* 1,001				
** 1,000001				
*** 1,004				
****Doenças Cardiovasculares.				

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo, desenvolvido com amostra representativa dos agentes universitários da UNICENTRO, Campus de Guarapuava – PR buscou avaliar, por meio de questionários estruturados, aferição da pressão arterial e medidas antropométricas a prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS e sua relação, não apenas com fatores sociodemográficos, mas também com fatores comportamentais e relacionados à saúde. Pereira et al. (2009), comentaram que, em uma revisão bibliográfica realizada de 2001 a 2007 com adultos em países desenvolvidos e em desenvolvimento verificou-se uma prevalência de HAS de 40,2% (36,6–43,8) entre os homens e 32,2% (29,0–35,4) entre as mulheres, nos países desenvolvidos. Já nos países em desenvolvimento, os homens apresentaram uma prevalência de 33,4% (30,5–36,4) e as mulheres de 32,0% (28,5–35,4). Diante do exposto, é pertinente destacar que na América do Sul, Central e Caribe a prevalência foi equivalente entre homens e mulheres com taxas de 33,1% (25,4–40,8) nos homens e 33,5% (25,2–41,8) nas mulheres.

No Brasil, foi no final da década de 1970 que foram publicados os primeiros estudos sobre epidemiologia da HAS. Em 1993, uma revisão de tudo que se dispunha sobre a epidemiologia da HAS e que foi divulgado de alguma forma foi analisada criticamente, porém os estudos eram totalmente incomparáveis pela diversidade metodológica e pela falta de cumprimento de regras básicas para estudos populacionais sobre HAS. Além disso, os estudos concentraram-se nas regiões Sul (Rio Grande do Sul) e Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro) e nenhum na região Norte. Nas publicações mais recentes, os autores apresentam metodologias mais apuradas e análises mais completas, com ajustamentos de variáveis, evitando ou minimizando vieses e quase sempre com os intervalos de confiança de 95%, que possibilitam observar a precisão das amostras, entre outras vantagens (LESSA, 2001).

Esses avanços em relação às pesquisas são benéficos e viáveis visto que a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das DCV, com destaque para o AVC e o IAM, as duas maiores causas isoladas de mortes no país. Apesar disso, a percepção da população é errônea e acreditam que o câncer é a principal causa de óbitos no Brasil. Quanto à prevenção de doenças, 90% da população conhece os fatores de risco (hipertensão, tabagismo, colesterol e estresse), mas apenas 3% receiam sofrer uma DCV (SBC, 2010).

Visto a relevância da HAS, um estudo fundamentado em dados do VIGITEL, coletados em 2006 nas capitais brasileiras e Distrito Federal, teve como objetivo estimar a frequência de HAS usando uma amostra de 54.369 adultos, com isso obteve-se uma



frequência de HAS autorreferida de 21,6% (IC 95% 20,9-22,4), ajustada pela população das 27 cidades. As mulheres referiram HAS mais frequentemente que os homens (24,4% versus 18,4%) e a distribuição das frequências de HAS por regiões geográficas evidencia que o relato de diagnóstico médico de HAS foi menor nas regiões Norte (18,9%) e Centro-Oeste (19,4%) e maior na Sul (20,9%) e Sudeste (22,8%) (FERREIRA, et al., 2009).

Em 2013, com o mais atualizado estudo do VIGITEL, pode-se observar que a frequência de adultos que citaram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 15,2% em Palmas e 28,7% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (25,1%), Maceió (24,0%) e Cuiabá (23,3%), e as menores em Palmas (15,0%), Manaus (15,3%) e Boa Vista (16,3%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Recife (32,3%), Rio de Janeiro (31,8%) e Natal (29,6%), e as menores em Palmas (15,4%), Macapá (19,3%) e Boa Vista (19,6%). Em Curitiba, capital do Paraná, verificou-se a prevalência de (20,5%) no sexo masculino e (23,9) no sexo feminino (BRASIL, 2014).

No presente estudo, realizado com os agentes universitários da UNICENTRO de Guarapuava - PR, a prevalência de HAS foi de 26,3% entre os homens e 28,3% entre as mulheres. Os valores encontrados são próximos aos obtidos no Vigitel e demais estudos brasileiros sobre prevalência de HAS, que serão descritos a seguir, porém o que deverá ser destacado é que a faixa etária dos participantes do sexo masculino predominou de 20-39 anos (57,4%), enquanto que no sexo feminino verificou-se maior proporção na faixa etária de 40-59 anos (69,7%), esses dados tornam-se consideráveis, pois é uma população ainda jovem e acima dos 60 anos a HAS tende a aumentar em elevadas proporções. Além disso, os participantes com níveis tensionais alterados, em ambos os sexos, apresentaram nível de escolaridade de “12 anos e mais” e renda per capita concentrada no segundo e terceiro terço (acima de 1999,99), comparado com outros estudos o nível de escolaridade e socioeconômico elevados são fatores positivos em relação a HAS. Cesarino et al. (2008) traz que a baixa escolaridade e baixos níveis socioeconômicos predominaram entre os hipertensos e nesse mesmo sentido Hartmann et al. (2007), em estudo realizado com mulheres no RS, evidencia que as prevalências de hipertensão foram aumentando inversamente proporcional aos anos de escolaridade.

Em um estudo sobre a prevalência de hipertensão e fatores associados em São Luís – MA, com uma população de 835 pessoas, a prevalência foi maior no sexo masculino (32,1%) em relação ao feminino (24,2%) (BARBOSA et al., 2008). Outro estudo, realizado em

Firminópolis – GO, com 1168 indivíduos, houve maior prevalência de HAS no sexo masculino (35,8%), quando comparado com o feminino (30,9%) (NASCENTE et al., 2010).

Por outro lado, em Lages – SC, com uma população de 2022 indivíduos investigados, os homens apresentaram uma prevalência de níveis pressóricos elevados de 31,1% e as mulheres de 38,1% (LONGO, et al., 2009). Seguindo as mesmas tendências do estudo realizado por Longo et al., em Pelotas – RS, com a participação de 1968 pessoas, a prevalência observada foi de 37,2% no geral (homens e mulheres) e as mulheres apresentaram 17% a mais de probabilidade de apresentar HAS do que os homens (COSTA et al., 2007).

Nascente et al. (2010) fez um estudo semelhante a presente pesquisa, realizada com os agentes universitários de Guarapuava – PR, utilizando os mesmos critérios diagnósticos. Sendo assim, no estudo de Nascente et al. a amostra apresentou 25,2% dos indivíduos com renda superior a um salário mínimo (per capita). Ao analisar a situação conjugal, a maioria da população do estudo informou a presença de companheiro (69,0%). Em relação a escolaridade, 67,5% afirmaram ter mais de quatro anos de estudo, sobre o consumo do tabaco 32,9% dos indivíduos foram classificados como tabagistas e o consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 33,3% da amostra, porém foi observada uma diferença significativa entre os sexos, participaram da pesquisa 51,1% de homens e 23,1% de mulheres. O IMC indicou que 49,7% dos entrevistados apresentaram excesso de peso, sendo que 33,7% foram classificados com sobrepeso, 16,0% com obesidade e observou-se a CC alterada em 51,9% das pessoas investigadas. Contudo, a prevalência de hipertensos com CC aumentada foi de 33,6% e de hipertensos com CC muito aumentada foi de 50,8%, sendo assim pode-se afirmar que 84,4% dos hipertensos do estudo possuem CC alterada. Quanto a prevalência de hipertensos com sobrepeso foi de 36,5% e de hipertensos com obesidade foi de 54,5%. Os dados do IMC e CC da população de agentes universitários com HAS, mostrou-se similar, 57,1% dos homens e 13,3 % das mulheres apresentaram sobrepeso, 33,4% dos homens e 66,7% das mulheres evidenciaram obesidade. Assim como, 80,0% das mulheres e 76,2% dos homens com HAS possuem CC aumentada com conseqüente risco para DCV.

Outro estudo transversal de base populacional realizado por Oliveira et al. (2014), com 292 adultos, em Alta Floresta – MT, mostra uma prevalência maior de hipertensão entre os homens, assim como apresentaram percentuais mais altos de tabagismo e de consumo de bebida alcoólica do que as mulheres. A prevalência de obesidade foi mais frequente entre as mulheres (15,9%), quando comparadas aos homens (12,3%). Neste mesmo contexto, em anos anteriores, Jardim et al., (2007), realizou um estudo em Goiânia – GO, com 1739 indivíduos,

onde foi encontrada uma prevalência de HAS de 41,8% (IC95%: 38,0% - 45,7%) nos homens e 31,8% (IC95%: 28,1% - 35,7%) nas mulheres.

Souza et al. (2007), em Campo Grande – MS, com 892 participantes, encontrou uma das maiores prevalências de HAS, havendo uma diferença significativa entre os gêneros, 51,8% dos homens e 33,1% das mulheres apresentaram pressão arterial elevada no momento da aferição. Ainda no MS, na cidade de Nobres, com a participação de 1003 indivíduos, os níveis encontrados foram mais baixos, entre os homens a prevalência foi de 29,1% e entre as mulheres de 31,1% (ROSÁRIO et al., 2009)

Em contrapartida com alguns estudos citados acima e com a prevalência brasileira, na qual os homens apresentam maiores prevalências de HAS do que as mulheres, o atual estudo realizado com os agentes universitários de Guarapuava – PR, verificou que as mulheres apresentaram um percentual de níveis tensionais sugestivos de HAS de 2% acima dos homens, sendo prevalências similares entre os sexos. Cipullo et al. (2009) em São José do Rio Preto – SP, com o intuito de estudar a prevalência de HAS e fatores de risco em população urbana brasileira, também analisou uma prevalência aproximada entre os sexos, com 26,8% das mulheres e 23,8% dos homens com HAS.

O fato destacado acima também vem de encontro com o estudo realizado em Maringá – PR, que registrou uma prevalência de HAS de 24,64% entre as mulheres e 19,53% entre os homens, neste estudo a HAS foi autorreferida pelos participantes (RANDOVANOVIC et al., 2014). Ainda no Estado do Paraná, na cidade de Cianorte foi realizada uma pesquisa com 411 moradores, 40,1% dos homens e 32,2% das mulheres foram classificados com HAS, obtendo-se uma média geral de 35,5%, neste estudo excluíram-se os hipertensos controlados em uso de medicação (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2003).

Além dos diversos dados da prevalência de HAS em adultos destacados acima, é fundamental destacar os fatores de risco associados à HAS. No atual estudo com agentes universitários, permaneceram no modelo final para o sexo masculino as variáveis tabagismo, horas de trabalho e tempo de casamento. Entre o sexo feminino, as variáveis que continuaram no modelo final foram nível educacional e CC.

Castro, Matsuo e Nunes (2010), confirmaram que os fumantes têm uma qualidade de vida pior e apresentam incapacidades mais frequentes em relação às pessoas que nunca fumaram. Além disso, os fumantes apresentam com maior frequência diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, doenças respiratórias e úlcera péptica quando comparados com aqueles que nunca fumaram. O presente estudo observou que os fumantes/ex-fumantes apresentam 100% a mais de risco para HAS e os fumantes ocasionais possuem 400% a mais

de chances de ter HAS quando comparados aos que nunca fumaram. Ainda no sexo masculino, permaneceram no modelo final, as horas de trabalho, ou seja, os homens que trabalham jornadas mais prolongadas possuem maior risco para a HAS. Neste aspecto, pode-se evidenciar que as pessoas que trabalham por maiores jornadas, podem estar expostas a um nível de estresse maior, sendo assim de acordo com Couto, Vieira e Lima (2007), na atualidade, os fatores que mais colaboram para o estresse são carga excessiva de trabalho, número excessivo de horas de trabalho, pressão da tecnologia, atividades repetitivas e cobranças, além da cobrança em relação aos prazos, número elevado de metas de trabalho, processo de tomada de decisão, pressão demasiada e frustração. Diante do exposto, o estresse ocupacional constitui um novo campo de estudos, cuja importância pode ser justificada e demonstrada pelo aparecimento de doenças psicossomáticas e cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial secundária ao estresse no trabalho.

Ainda nesse contexto, o estresse mental crônico tem sido apontado como um importante fator na gênese da hipertensão arterial, especialmente entre homens de baixo nível socioeconômico submetidos a trabalho com pouco poder de decisão (NOBREGA; CASTRO; SOUZA, 2007). Também permaneceu no modelo final, no sexo masculino, o estado marital, em que os homens que viviam com companheira apresentaram maior risco para HAS. Cesarino et al. (2008) encontrou o mesmo resultado em sua pesquisa, predomínio de HAS entre os indivíduos que viviam com companheiro. No estudo de Nakashima et al. (2015), quanto à situação conjugal, as pessoas que viviam acompanhadas demonstraram uma maior prevalência de HAS.

Borges, Cruz e Moura (2008), realizaram um trabalho em que o estado civil mostrou-se associado à prevalência de HAS, assim os indivíduos que disseram ser viúvos, separados e os casados apresentaram prevalências maiores quando comparados aos solteiros. Diante do exposto, também se pode associar o estado civil com a idade, que por sua vez se associa com a hipertensão arterial, isto é, as pessoas viúvas ou separadas são mais velhas e possuem maior probabilidade para a hipertensão, de modo que o estado civil se configura como variável de confusão. No entanto, após ajuste para a idade, o estado civil perdeu a associação com hipertensão arterial para os homens, mas manteve a associação para as mulheres. Esse fato, também ocorreu no presente estudo, que não houve associação com a idade e após ajuste o estado marital permaneceu associado, entre os homens.

Um fator de risco evidenciado e associado à HAS, tanto no presente trabalho, como também em outros estudos é a CC, que permaneceu no modelo final entre as mulheres. Peixoto et al. (2006) verificaram um aumento expressivo da prevalência da hipertensão com o

aumento da CC, para o total de homens. Enquanto para as mulheres, independentemente da faixa etária, a prevalência da hipertensão aumentou tanto com o aumento do IMC, quanto com o aumento da CC. Sendo assim, a hipertensão foi observada tanto nos indivíduos com IMC na faixa de normalidade quanto nos obesos, e nos indivíduos de IMC normal, 38,4% e 17,4% dos homens e mulheres, respectivamente, eram hipertensos. Já entre os obesos, a proporção de hipertensos aumentou para 59,1% entre os homens e 58,4% entre as mulheres. Com isso, os resultados do estudo indicam que, para os homens, o impacto da CC sobre a hipertensão arterial foi maior do que o impacto da obesidade total, porém entre as mulheres, tanto a obesidade abdominal quanto a total associaram-se significativamente com a hipertensão. Além da CC, outro fator de risco associado à HAS é a obesidade, Hartmann et al. (2007), revelou associação da hipertensão com estado nutricional das mulheres, as mulheres com sobrepeso tiveram uma prevalência quase duas vezes maior e as obesas quase quatro vezes mais do que as classificadas como eutróficas e/ou baixo peso, porém no atual estudo realizado entre os agentes universitários não houve associação de HAS com obesidade e sobrepeso.

Além dos fatores de risco destacados acima, que se associaram a HAS, outros fatores ligados a HAS, como o alcoolismo, atividade física, IMC, alimentação, renda, idade, não se mostraram significativos neste estudo. Nakashima et al. (2015) destaca alguns fatores de risco que em seu estudo não se associaram a HAS como: tabagismo, alcoolismo, baixa escolaridade e atividade física. O mesmo autor justifica que a não associação desses fatores de risco pode ter ocorrido por influência do tamanho da amostra, pois com a inclusão de diversas variáveis na análise multivariada pode ocorrer interferência na análise e resultado do estudo.

Assim, a prevalência de HAS na população, a gravidade das consequências e seu elevado custo no âmbito individual e coletivo, justificam os estudos sobre hipertensão arterial e seus fatores de risco (HARTMANN et al., 2007). Além disso, a HAS constitui um dos principais fatores de risco cardiovasculares modificáveis configurando-se com um importante problema de saúde pública (NARY et al., 2013). Portanto, é necessário melhorar o rastreio de indivíduos ainda sem o diagnóstico, principalmente aqueles que apresentam fatores de risco, e tratá-las de forma eficiente, pois mesmo havendo gastos para prevenção e tratamento da HAS o custo-benefício é positivo, quando comparadas e analisadas às complicações dela decorrentes (NAKASHIMA et al., 2015).

Por fim, fazem-se necessárias, ações direcionadas aos determinantes sociais em saúde, capazes de minimizar o impacto da carga das doenças crônicas nos diversos segmentos populacionais, em especial nos mais vulneráveis. Deve-se investir em estudos que abordem a temática HAS e implantar políticas de promoção da saúde, além de promover ações

assistenciais visando reduzir a carga de doenças devidas à HAS e suas complicações (ANDRADE et al., 2015).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo, os resultados mostraram que a prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS foi semelhante à encontrada em outros trabalhos com adultos brasileiros e neste caso as prevalências foram equivalentes entre os sexos, sendo que 26,3% dos homens e 28,3% das mulheres apresentaram níveis tensionais sugestivos de HAS, nos estudos brasileiros em geral a prevalência mostra-se levemente mais elevada entre os homens. A faixa que apresentou maior prevalência de homens e mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS foi de 40-59 anos, com 57,1% dos homens e 86,6% das mulheres. Assim como, 85,7% dos homens e 73,3% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS possuem nível educacional de “12 anos ou mais”, quanto ao estado nutricional dos participantes com níveis tensionais sugestivos de HAS foi avaliado como sobrepeso em 57,1% dos homens e obesidade em 66,7% das mulheres. A CC foi considerada com risco para DCV para 76,2% dos homens e 80,0% das mulheres com níveis tensionais sugestivos de HAS e sobre o consumo de bebida alcoólica, 23,8% dos homens apresentaram dependência, enquanto nenhuma mulher foi considerada dependente de bebida alcoólica.

Além disso, houve associação de níveis tensionais sugestivos de HAS no sexo masculino com o tabagismo, viver com companheiro e trabalhar mais horas ao dia. Assim pode-se observar que o tabagismo, como já evidenciado em outros estudos é prejudicial ao sistema cardiovascular, interferindo diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. Já viver com companheiro e trabalhar mais horas ao dia, são variáveis que podem estar relacionados com o estresse, pois há evidências que o estresse libera substâncias químicas que interferem diretamente na HAS.

Entre as mulheres estudadas, mostraram-se associadas aos níveis tensionais sugestivos de HAS no modelo final, as variáveis nível educacional e CC. Sendo assim, reafirma-se o que outros estudos já comprovaram que a CC e o consequente aumento da adiposidade visceral aumentam os riscos para patologias e alterações cardiovasculares. O nível educacional, por sua vez, mostrou-se diferente na presente pesquisa, quando comparado com outros estudos, neste caso as mulheres com maior nível educacional tiveram mais chances de desenvolver níveis tensionais sugestivos de HAS, porém nas pesquisas já realizadas com adultos o que relacionou-se com a HAS foi o baixo nível educacional. O fato da HAS estar associada com nível educacional elevado, pode justificar-se pelo fato das mulheres com nível educacional elevado estarem expostas a jornadas mais prolongadas de trabalho e um nível maior de estresse, além de terem mais acesso a uma alimentação industrializada.

O cenário encontrado, por meio do levantamento da prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS e sua associação com outros fatores de risco cardiovasculares possibilitou conhecer o perfil de saúde dos agentes universitários estudados e assim perceber que os dados obtidos refletem as transformações sociais, econômicas, culturais e ambientais, pois se verificou que tanto os fatores sociodemográficos, como os relacionados à saúde e comportamentais relacionaram-se com a HAS.

Assim, tendo em vista que a população de agentes universitários é relativamente jovem, recomenda-se programas e atividades de incentivo a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados à HAS, essas medidas devem ser implantadas dentro da Universidade, para que os trabalhadores possam alcançar maior autonomia e conhecimento propiciando melhores condições de desenvolvimento comunitário e qualidade de vida.

Outro aspecto importante a ser destacado é que se observou a necessidade do desenvolvimento de estudos sobre HAS em centros urbanos menores, visto que a maioria dos estudos são realizados em Capitais e grandes centros urbanos, assim como é primordial o desenvolvimento de estudos com grupos específicos, pois a maioria dos estudos são realizados com adultos em geral, não sendo consideradas algumas especificidades relevantes, como por exemplo, o meio laboral dos participantes. Diante do exposto, durante a análise e discussão de dados foram observados poucos estudos focando grupos específicos, como no caso do presente estudo que se concentrou em um grupo de agentes universitários.

Por fim, embora se trate de uma amostra pequena de agentes universitários, nota-se que a prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS obtida é preocupante e como no Brasil é um desafio para os diversos setores, não apenas para o setor de saúde, pois a HAS é uma problemática que está relacionada com fatores ambientais, culturais, sociais, econômicos e relacionada à saúde, constituindo-se como um problema interdisciplinar e necessitando de intervenção das diversas áreas e profissões.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo; STOPA, Sheila Rizzato; BRITO, Alessandra Scalioni; CHUERI, Patrícia Sampaio; SZWARCOWALD, Célia Landmann; MALTA, Deborah Carvalho. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, 2015.

BARBOSA, José Bonifácio; SILVA, Antonio Augusto Moura da; SANTOS, Alcione Miranda dos; JÚNIOR, Francisco das Chagas Monteiro; BARBOSA, Márcio Mesquita; BARBOSA, Marcelo Mesquita; NETO, José Albuquerque de Figueiredo; SOARES, Nivaldo de Jesus S.; NINA, Vinicius José da Silva; BARBOSA, José Nicodemo. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís – MA. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 4, p. 260-266, 2008.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. **Epidemiologia Básica**. 2.ed. São Paulo, Santos, 2010.

BORGES, Hilma Paixão; CRUZ, Nilma do Carmo; MOURA, Erly Catarina. Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em Adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 2, p. 110-118, 2008.

BORIM, Flavia Silva Arbex; GUARIENTO, Maria Elena; ALMEIDA, Eros Antônio de. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 107-11, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia alimentar**: como ter uma alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 136 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

BURBANO, Arizaldo Carvajal. **Apuntes sobre desarrollo comunitario**. Primera edición digital: Eumed.net, Universidad de Málaga-España, Julio de 2011.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.

CASADO, Letícia; VIANNA, Lucia Marques; THULER, Luis Claudio Santos. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CASTRO, Maria Euridéa de; ROLIM, Maysa Oliveira; MAURICIO, Tibelle Freitas. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 184-9, 2005.

CASTRO, Márcia Regina Pizzo de; MATSUO, Tiemi; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol.**, v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010.

CESARINO, Claudia B.; CIPULLO, José Paulo; MARTIN, José Fernando Vilela; CIORLIA, Luiz Alberto; GODOY, Maria Regina P. de; CORDEIRO, José Antonio; RODRIGUES, Isabela C. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CHAVES, Emília Soares; LÚCIO, Ingrid Martins Leite; ARAÚJO, Thelma Leite de; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 4, p. 543-7, 2006.

CIPULLO, José Paulo; MARTIN, José Fernando Vilela; CIORLIA, Luiz Alberto de Souza; GODOY, Maria Regina Pereira de; CAÇÃO, João Castilho; LOUREIRO, Afonso Augusto Carvalho; CESARINO, Cláudia Bernardi; CARVALHO, Antônio C.; CORDEIRO, José Antônio; BURDMANN, Emmanuel de Almeida. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arq Bras Cardiol.**, 2009.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; BARCELLOS, Franklin Correa; SCLOWITZ, Marcelo Leal; SCLOWITZ, Iândora Krolow Timm; CASTANHEIRA, Marcelo; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; MENEZES, Ana Maria Baptista; GIGANTE, Denise Petrucci; MACEDO, Silvia; FUCHS, Sandra Costa. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol.**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

COUTO, Hudson de Araújo; VIEIRA, Fernando Luiz Herkenhoff; LIMA, Eliudem Galvão. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertensão**, v. 14, n. 2, p. 112-115, 2007.

CRAIG, C.; MARSHALL, A.; SJOSTROM, M.; BAUMAN, A.E.; BOOTH, M.L.; PRATT, M. International Physical Questionnaire: 12-county reliability and validity. **Med. Sci. Sports Exercise**, v. 35, p. 1381-95, 2003.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa; MOURA, Erly Catarina de; MALTA, Deborah Carvalho; SARNO, Flávio. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 98-106, 2009.

FIGLIE, N. B.; PILLON, S. C.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. **Med. J.**, São Paulo, v. 118, n. 5, p. 139-43, 2000.

FRAGOSO, António. Desenvolvimento participativo: uma sugestão de reformulação conceptual. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 18, n. 1, p. 23-51, 2005.

GIORGI, Dante Marcelo Artigas. Tabagismo, hipertensão arterial e doença renal. **Revista Hipertensão**, v. 13, n. 4, p. 256-260, 2010.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. Atividade Física, Aptidão Cardiorrespiratória, Composição da Dieta e Fatores de Risco Predisponentes às Doenças Cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, n. 3, p. 243-50, 2001.

HARTMANN, Milton; COSTA, Juvenal Soares Dias da; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; PATTUSSI, Marcos Pascoal; TRAMONTINI, Ângela. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1857-1866, 2007.

IDF (International Diabetes Federation). **The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome**. Brussels: International Diabetes Federation; 2006.

JARDIM, Paulo César B. Veiga; GONDIM, Maria do Rosário Peixoto; MONEGO, Estelamaris Tronco; MOREIRA, Humberto Graner. VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira; SOUZA, Weimar KunzSebba Barroso; SCALA, Luiz César Nazário. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arq.Bras.Cardiol.**, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

JNC (Joint National Committee). **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. United States: Department of Health and Human Services; 2004.

KAC, Gilberto; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1 S4-S5, 2003.

LESSA, Ínes. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertensão**, v. 8, n. 4, 2001.

LOBO, Liliana. Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Aná. Psicológica*, v.26 n.2, p. 367- 371, 2008.

LOHMAN, Timothy G.; ROCHE, Alex F.; MARTORELL, Reynaldo. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign: Human Kinetics; 1988.

LONGO, Giana Zarbato; NEVES, Janaina das; LUCIANO, Valmir Martins; PERES, Marco Aurélio. Prevalência de níveis Pressóricos Elevados e Fatores Associados em Adultos de Lages/SC. **Arq Bras Cardiol.**, v. 93, n. 3, p. 387-394, 2009.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; CARREIRA, Lígia; MARCON, Sonia Silva; SOUZA, Andréia Cristina de; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.**, n. 10, v. 1, p. 198-211, 2008.

MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBÃO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciê. Saúde Coletiva**, n. 17, v.5, p.1365-1374, 2012.

MARTINS, Maria Silvia Amicucci Soares; FERREIRA, Márcia Gonçalves; GUIMARÃES, Lenir Vaz; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.94, n.5, 2010.

MARTINS, Sérgio Ricardo Oliveira. Desenvolvimento Local: questões conceituais e metodológicas. **Revista Internacional de Desenvolvimento Local**, v. 3, n. 5, p. 51-59, 2002.

MATSUDO S.M.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE E.; OLIVEIRA, L.C. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. **Rev. Bras. At. Física e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 05-18, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDONZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorder and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v. 98, p. 799-804, 2003.

MONTEIRO, Maria de Fátima; FILHO, Dário C. Sobral. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 6, p. 513-516, 2004.

MURARO, Ana Paula; SANTOS, Debora França dos; RODRIGUES, Paulo Rogério Melo; BRAGA, José Ueleres. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1387-1398, 2013.

NAKASHIMA, Leandro; TREVISOL, Fabiana Schuelter; SEBOLD, Jean Goulart; JÚNIOR, Afonso Possamai Della; PEREIRA, Márcia Regina; TREVISOL, Daisson José. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em adultos do município de Tubarão (SC). **Revista da AMRIGS**, v.59, n. 1, p. 4-9, 2015.

NARY, Fernando Costa; SANTOS, Raul D.; LAURINAVICIUS, Antonio Gabriele; CONCEIÇÃO, Raquel Dilguerian de Oliveira; CARVALHO, José Antonio Maluf de. Relevância da pré-hipertensão como categoria diagnóstica em adultos assintomáticos. **Einstein**, v. 11, n. 3, p. 303-9, 2013.

NASCENTE, Flávia Miquetichuc Nogueira. JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; PEIXOTO, Maria do Rosário Gondim; MONEGO, Estelamaris Tronco; MOREIRA, Humberto Graner; VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira; SOUZA, Weimar Kunz Sebba Barroso de; SCALA, Luiz Nazário. Hipertensión Arterial y su Correlación con algunos Factores de Riesgo en Ciudad Brasileña de Pequeño Tamaño. **Arq. Bras. Cardiol.**, n. 95, v. 4, p. 502-509, 2010.

NOBREGA, Antonio Claudio Lucas da; CASTRO, Renata Rodrigues Teixeira de; SOUZA, Alexandro Coimbra de. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertensão**, v.14, n. 2, p. 94-97, 2007.

OLIVEIRA, Rosangela Ziggotti de; NOGUEIRA, Jarbas Leite. Hipertensão arterial no município de Cianorte, estado do Paraná, Brasil. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 25, n. 1, p. 75-79, 2003.

OLIVEIRA, Nataly Azenate Palhares de; MARTINS; Maria Silvia Amicucci Soares; GUIMARÃES, Lenir Vaz; LOPES, Maria Aparecida Lima; ESPINOSA, Mariano Martinez. Prevalence of some risk factors for chronic noncommunicable diseases in adults living in the municipality of Alta Floresta. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, v. 39, n. 1, p. 17-24, 2014.

OMRAM, Abdel R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, p. 509-538, 1971.

OMS (Organización Mundial de la Salud). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol – AUDIT, 2001.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, jan/mar de 2006.

PEIXOTO, Maria do Rosário Gondim; BENÍCIO, Maria Helena D'Aquino; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga. Circunferência da Cintura e Índice de Massa Corporal como Preditores da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 87, p. 462-470, 2006.

PEREIRA, Marta; LUNET, Nuno; AZEVEDO, Ana; BARROS, Henrique Barros. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal Of Hypertension**, v. 27, n. 5, 2009.

PRATA, Pedro Reginaldo. The Epidemiologic Transition in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p.168-175, 1992.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; SANTOS, Lucimary Afonso dos; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; MARCON, Sonia Silva. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, P. 547-53, 2014.

ROSÁRIO, Tânia Maria do; SCALA, Luiz César Nazário; FRANÇA, Giovanny Vinícius Araújo de; PEREIRA, Márcia Regina Gomes; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arq Bras Cardiol.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2006.

\_\_\_\_\_. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Hipertensão, v. 17, n. 1, p. 1-69, 2010.

SBH (Sociedade Brasileira de Hipertensão). **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Hipertensão, v. 13, n. 1, p. 1-68, 2010.

\_\_\_\_\_. **XXI Congresso Brasileiro de Hipertensão**. Revista Hipertensão, v. 1, p. 1-151, 2013.

SOUZA, Ana Rita Araújo de; COSTA, Anselmo; NAKAMURA, Diogo; MOCHETI, Leandro Nascimento; FILHO, Paulo Roberto Stevanato; OVANDO, Luiz Alberto. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol.**, v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007.

STIPP, Marluci Andrade Conceição; LEITE, Joséte Luzia; CUNHA, Natália Machado da; ASSIS, Luana Santos de; ANDRADE, Michel Pires de; SIMÕES, Ricardo Duarte. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares – uma análise sob o olhar da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 4, p. 581 – 5, 2007.

SUZUKI, Claudio Shigueki. **Padrão de atividade física, comportamento sedentário e fatores associados na população adulta de Ribeirão Preto, SP-2006 – Projeto OBEDIARP**. Dissertação (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública) 126 f. Universidade de São Paulo, 2010.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

ULBRICH, Anderson Zampier; BERTIN, Renata Labronici; NETO, Antonio Stabelini; BOZZA, Rodrigo; PIOLA, Thiago Silva Piola; CAMPOS, Wagner de. Associação do estado nutricional com a hipertensão arterial de adultos. **Motriz**, Rio Claro, v.17 n.3, p.424-430, 2011.

WHO (World Health Organization). **Arterial Hypertension**. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 628. Geneva: World Health Organization, 1978.

\_\_\_\_\_. **Hypertension control**: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 862. Geneva: World Health Organization, 1996.

\_\_\_\_\_. **Obesity**. Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, 1997.



## APÊNDICES

### Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Níveis tensionais sugestivos de HAS e hábitos de vida entre agentes universitários dos campus Cedeteg e Santa Cruz, UNICENTRO, Guarapuava- PR

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado(a) Colaborador(a)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Hipertensão e hábitos de vida entre agentes universitários do campus Cedeteg, UNICENTRO, Guarapuava-PR”, a qual é desenvolvida por Jessica Taís Bresan, mestranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, sob orientação do professor Dr. Claudio Shigueki Suzuki.

O objetivo deste estudo é verificar a ocorrência de pressão alta em adultos (agentes universitários) e também identificar alguns fatores que podem estar associados a isso. Além disso, o estudo se justifica pelo número elevado de adultos com pressão alta.

A presente pesquisa ocorrerá da seguinte forma: primeiramente será aplicado um questionário sobre informações pessoais (idade, sexo, escolaridade estado civil, uso de medicação), em seguida, será verificada a pressão arterial, o peso e a altura. Após verificação dos dados descritos serão aplicados questionários sobre o hábito de fumar, uso de álcool e prática de atividade física.

É importante lembrar que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista e avaliações sem nenhum prejuízo para você.

Os procedimentos utilizados são entrevista oral, aferição de pressão arterial, de peso e de altura podendo trazer algum desconforto, como o(a) Sr.(a) pode sentir-se constrangido durante a realização, podendo assim desistir a qualquer momento da entrevista ou dos procedimentos. O possível desconforto poderá ser em decorrência da realização da verificação de peso, altura, pressão arterial e pela extensão dos questionários, porém os mesmos serão minimizados respeitando as individualidades de cada participante e realizando

conforme a capacidade de cada um. O estudo apresenta um risco mínimo, ou seja, o participante pode sentir-se constrangido durante a realização do estudo. Se o mesmo, se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente do estudo, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita. Essa assistência será a pausa imediata da pesquisa e caso seja necessária alguma conduta em relação ao participante, será de inteira responsabilidade do pesquisador.

Esse estudo é relevante para que possamos identificar as pessoas que têm pressão alta e produzir dados que possam ser usados para planejar estratégias que melhorem as condições de saúde da população, em especial, da população participante do estudo.

Suas informações são confidenciais, sendo garantida a privacidade, ou seja, seu nome não será divulgado em trabalhos ou relatórios. O objetivo da pesquisa é científico e em nenhum momento terá uso comercial.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Jessica Taís Bresan.

Endereço: Rua Vicente Machado, número 681, bairro Trianon, Guarapuava, PR.

Telefone para contato: (49) 99861208.

Horário de atendimento: 8:00 às 12:00 das 13:00 às 17:00 horas.

Além disso, em caso de dúvidas você poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), no seguinte endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03, Vila Carli, CEP: 85040-080, Guarapuava – PR. Bloco de Departamentos da Área da Saúde - Campus Cedeteg. Telefone: (42) 36298177. E-mail: [comep\\_unicentro@yahoo.com.br](mailto:comep_unicentro@yahoo.com.br) e [comep@unicentro.br](mailto:comep@unicentro.br).

A sua participação na pesquisa é voluntária, você pode decidir em participar ou não da mesma. A qualquer momento você pode desistir de participar do estudo sem qualquer prejuízo. Você não terá custos para participar e também não receberá recompensas.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

**CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante / Ou Representante legal

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

## ANEXOS

## Anexo A. Questionários

Questionário: \_\_\_\_\_

Data entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Em que dia, mês e ano nasceu?	____ / ____ / ____.
2. Qual seu Sexo?	Masculino.....0 ( ) Feminino.....1 ( )
4. O(a) Sr(a) foi à escola?	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
5. Quantos anos COMPLETOS de estudo o(a) Sr(a) tem? Por favor, diga-me quantos anos estudou e desconte os anos que repetiu ou parou de estudar.  <b>Entrevistador (a): Se o tempo for inferior a 1 ano anote 00.</b>	Anos de escolaridade.....( ) NS/NR.....99 ( )
6. Atualmente, o(a) Sr(a) vive sozinho(a) ou acompanhado(a)?	Sozinho(a).....0 ( ) <i>(Vá para 7)</i> Acompanhado(a).....1 ( ) <i>(Vá para 8)</i>
7. Há quanto tempo vive sozinho(a)?  <b>Entrevistador (a): Se o tempo for inferior a 1 ano anote 00.</b>	Tempo (em anos).....( ) <i>(Vá para 9)</i>
8. Quanto tempo dura este seu casamento ou união?	Tempo.....( ) anos
9. No total, quanto o(a) Sr(a) ganha por seu trabalho principal e por outros que realiza?  <b>Entrevistador (a): O mês de referência é o mês anterior o da entrevista.</b>	Renda _____, _____
10. Quantas pessoas dependem dos seus ganhos?  <b>Entrevistador (a): Inclua a pessoa entrevistada no total de pessoas que dependem dessa renda.</b>	Número de pessoas..... _____
11. No total até hoje, quantos anos de atividade de trabalho o(a) Sr(a) tem?	Tempo..... _____ anos

12. No total, qual é a renda conjunta da sua família?	Renda _____, _____
<b>Entrevistador (a): O mês de referência é o mês anterior o da entrevista.</b>	

13. No total, quantas pessoas que moram nesta residência, dependem dessa renda conjunta?	Número de pessoas..... _____
--	------------------------------

14. Em um dia típico da semana, quantas horas o Sr. (a) trabalha?	Número de horas e minutos..... _____, _____
---	---

### HISTÓRICO FAMILIAR

1. Algum familiar tem pressão alta (hipertensão arterial)?	( ) Sim (1) Grau de parentesco: _____ ( ) Não (0)
--	---

### USO DE MEDICAÇÃO PARA HAS

1. O Sr (a) usa algum medicamento para pressão alta, prescrito por um médico?	( ) Sim (1) Quais: ( ) Não (0)
---	-----------------------------------

### AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL 01

1. Pressão arterial (primeira aferição): PA sistólica: _____ mmHg  PA diastólica: _____ mmHg	Pulso no qual foi aferida a pressão arterial:  (1) Direito (2) Esquerdo
---	---

### ESTADO DE SAÚDE

1. Como o (a) Sr (a) considera seu estado de saúde hoje?	Excelente.....0 ( ) Bom.....1 ( ) Regular.....2 ( ) Ruim.....3 ( ) Péssimo.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as observações até obter uma única resposta.</b>	

2. Como o (a) Sr(a) considera o estado de saúde de seus amigos(as) de sua idade?	Igual ao seu.....0 ( ) Pior que o seu.....1 ( ) Melhor que o seu.....2 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as observações até obter uma única resposta.</b>	

3. Como o (a) Sr (a) considera o estado de saúde de sua família?	Igual ao seu.....0 ( ) Pior que o seu.....1 ( ) Melhor que o seu.....2 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as observações até obter uma única resposta.</b>	

Agora vou ler uma lista de doenças ou problemas de saúde (queixas) e gostaria de saber se alguma vez o **MÉDICO** falou o que o(a) Sr(a) tem ou teve:

1- Artrite, reumatismo ou artrose	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
2- Bronquite	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
3- Asma	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
4- Prisão de ventre	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
5- Catarata	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
6- Problemas de coluna	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
7- Perda de peso	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
8- Úlcera do estômago	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
9- Má circulação	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
10- Câncer ou tumor	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
11- Excesso de peso/Obesidade	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
12- Sífilis	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
13- Tuberculose	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
14- Lupus eritematoso sistêmico	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
15- AIDS	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
16- Outra doença infecciosa	Não.....0 ( ) Sim _____ 1 ( ) ( <i>Especifique</i> )

17- Derrame cerebral (AVC)	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
18- Infarto	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
19- Diabetes	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
20- Hipertensão Arterial	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )

### MEDICAMENTOS

Agora eu gostaria de anotar os remédios que o(a) Sr(a) está tomando ou usando **NOS ÚLTIMOS 15 DIAS**.

Não toma remédios.....0 ( ) (encerre esta parte da entrevista)  
Sim.....1 ( ) (Vá para 1)

**1. Lista de medicamentos:** Nome dos medicamentos que está usando ou tomando:

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. _____. | 6. _____.  |
| 2. _____. | 7. _____.  |
| 3. _____. | 8. _____.  |
| 4. _____. | 9. _____.  |
| 5. _____. | 10. _____. |

### HÁBITOS DE VIDA

1. O (a) Sr (a) tem ou teve o hábito de fumar?  <b>Entrevistador (a): Para a opção 3 – “Fuma ocasionalmente”, considere somente aqueles que referirem o hábito de fumar de forma esporádica, isto é, ATÉ 1 cigarro por mês.</b>	Sim, fuma..... 0 ( ) (Vá para 2) Já fumou, mas não fuma mais..1 ( ) (Vá para 4) Nunca fumou.....2 ( ) (Vá para 1) Fuma ocasionalmente.....3 ( ) (Vá para 3)
2. Em média, quantos cigarros, charutos ou cachimbos o (a) Sr (a) fuma por dia?  <b>Definição: Maço = 20 cigarros; para cachimbo = número de vezes que é acendido.</b>	Cigarros ___ ___ por dia.  Charutos ___ ___ por dia.  Cachimbos ___ ___ por dia.
3. Em média, a quanto tempo o(a) Sr (a) fuma? Por favor, considere o tempo efetivo de fumo, excluindo o tempo em que interrompeu o hábito.	___ ___ Anos.  ___ ___ Meses. (Vá para 1/Bebidas).
4. Em média, quantos cigarros, charutos ou cachimbos o (a) Sr (a) fumava por dia?	Cigarros ___ ___ por dia.

<b>Definição: Maço = 20 cigarros; para cachimbo = número de vezes que é acendido.</b>	Charutos ____ por dia. Cachimbos ____ por dia.
---	---

5. Em média, por quanto tempo o (a) Sr (a) fumou? Por favor, considere tempo efetivo de fumo excluindo o tempo em que interrompeu o hábito.	____ Anos. ____ Meses.
--	---------------------------

**Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o consumo de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, vodka, cachaça, etc). Gostaria que o (a) Sr (a) respondesse pensando no seu consumo no ÚLTIMO ANO.**

### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS (NO ÚLTIMO ANO)

1. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) consumiu algum tipo de bebida alcoólica?	Nunca.....0 ( ) Vá para 09 Uma vez ou menos por mês.....1 ( ) De dois a quatro vezes por mês .....2 ( ) De dois a três vezes por semana .....3 ( ) Quatro ou mais vezes por semana.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

2. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , quantas doses de bebida alcoólica o (a) Sr (a) tomou, em um dia de consumo normal?	Uma ou duas.....0 ( ) Três ou quatro.....1 ( ) Cinco ou seis.....2 ( ) De sete, oito ou nove.....3 ( ) Dez ou mais.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

3. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) toma seis ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia?	Nunca.....0 ( ) Menos de uma vez por mês.....1 ( ) Mensalmente.....2 ( ) Semanalmente.....3 ( ) Diariamente ou quase diariamente.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

**Obs: Entrevistador (a): Se a resposta da pessoa entrevistada para a pergunta 2 for “0” (1 ou 2 doses) e para a pergunta 3 for “0” (nunca) vá para as perguntas 09 e 10, caso contrário siga com a pergunta 4.**

4. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência, o (a) Sr (a) foi incapaz de PARAR de beber depois de ter tomado a primeira dose?	Nunca.....0 ( ) Menos de uma vez por mês.....1 ( ) Mensalmente.....2 ( ) Semanalmente.....3 ( ) Diariamente ou quase diariamente.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

5. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) não conseguiu realizar suas atividades porque havia bebido?	Nunca.....0 ( ) Menos de uma vez por mês.....1 ( ) Mensalmente.....2 ( ) Semanalmente.....3 ( ) Diariamente ou quase diariamente.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

6. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) precisou beber em jejum para recuperar-se, depois	Nunca.....0 ( ) Menos de uma vez por mês.....1 ( )
---	---



de ter bebido muito no dia anterior?	Mensalmente.....2 ( ) Semanalmente.....3 ( ) Diariamente ou quase diariamente.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

7. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) sentiu arrependimento (remorso) ou sentimento de culpa depois de ter bebido?	Nunca.....0 ( ) Menos de uma vez por mês.....1 ( ) Mensalmente.....2 ( ) Semanalmente.....3 ( ) Diariamente ou quase diariamente.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

8. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) não foi capaz de se lembrar o que tinha acontecido no dia ou na noite anterior porque estava bebendo?	Nunca.....0 ( ) Menos de uma vez por mês.....1 ( ) Mensalmente.....2 ( ) Semanalmente.....3 ( ) Diariamente ou quase diariamente.....4 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

9. O (a) Sr (a) ou alguma outra pessoa ficou aborrecido, ofendido ou incomodado porque o (a) Sr (a) havia bebido?	Não.....0 ( ) Sim, mas não no último ano.....1 ( ) Sim, aconteceu no último ano.....2 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

10. Algum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde tem demonstrado preocupação por seu consumo de bebidas alcoólicas ou sugeriram que o (a) Sr (a) parasse de beber?	Não.....0 ( ) Sim, mas não no último ano.....1 ( ) Sim, aconteceu no último ano.....2 ( )
<b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	

### AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL 02

1. Pressão arterial (segunda aferição): PA sistólica: _____ mmHg  PA diastólica: _____ mmHg	Pulso no qual foi aferida a pressão arterial:  (1) Direito (2) Esquerdo
--	---

## QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países.

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

### Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos **10 minutos contínuos de cada vez**.

1a - Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum (Vá para 2a)

1b - Nos dias em que você **caminhou** por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

2a - Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou

qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum (Vá para 3a)

2b - Nos dias em que você fez essas atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

3a - Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum (Vá para 4)

3b - Nos dias em que você fez essas atividades **vigorosas** por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

4 - Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a - Quanto tempo no total você gasta sentado durante **um dia de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

4b - Quanto tempo no total você gasta sentado durante em **um dia de final de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

#### ANTROPOMETRIA

1. Qual sua altura?

Entrevistador(a): Na ausência de resposta, anote **999,9** nas caselas correspondentes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ cm.

2. Qual seu peso atual?	____ ____, ____ Kg.
3. Peso do (a) entrevistado (a).	Peso 1: ____ ____, ____ Kg. Peso 2: ____ ____, ____ Kg.
4. Altura do (a) entrevistado (a).	Altura 1: ____ ____, ____ cm. Altura 2: ____ ____, ____ cm.
5. Circunferência da cintura do(a) entrevistado(a).	Circunferência da cintura 1: ____ ____, ____ cm. Circunferência da cintura 2: ____ ____, ____ cm.

### ALIMENTAÇÃO

Se você achar que mais de uma resposta está certa, escolha a que você mais costuma fazer quando come. Lembre-se: responda o que você realmente come, e não o que gostaria ou acha que seria melhor. Escolha só UMA resposta.

1. Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?	a. ( ) Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias. (0) b. ( ) 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural. (3) c. ( ) 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural.(2) d. ( ) 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural. (1)
2. Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia? <b>Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (veja pergunta 4).</b>	a. ( ) Não como legumes, nem verduras todos os dias. (0) b. ( ) 3 ou menos colheres de sopa. (1) c. ( ) 4 a 5 colheres de sopa. (2) d. ( ) 6 a 7 colheres de sopa. (3) e. ( ) 8 ou mais colheres de sopa. (4)
3. Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?	a. ( ) Não consumo. (0) b. ( ) 2 ou mais colheres de sopa por dia. (3) c. ( ) Consumo menos de 5 vezes por semana. (1) d. ( ) 1 colher de sopa ou menos por dia. (2)
4. Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?	a. Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha: _____ colheres de sopa. b. Pães : _____ unidades/fatias. c. Bolos sem cobertura e/ou recheio: _____ fatias.

3	0 ----- 0
2	<3-----1
1	3 - 4,4-----2
6	4,5 - 7,5-----3

>7,5-----4	d. Biscoito ou bolacha sem recheio: _____ unidades.
5. Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?	a. <input type="checkbox"/> Não consumo nenhum tipo de carne. (1) b. <input type="checkbox"/> 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo. (2) c. <input type="checkbox"/> 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos. (3) d. <input type="checkbox"/> Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos. (0)
6. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?	a. <input type="checkbox"/> Sim. (3) b. <input type="checkbox"/> Não. (0) c. <input type="checkbox"/> Não como carne vermelha ou frango. (2)
7. Você costuma comer peixes com qual frequência?	a. <input type="checkbox"/> Não consumo. (0) b. <input type="checkbox"/> Somente algumas vezes no ano. (1) c. <input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes por semana. (3) d. <input type="checkbox"/> De 1 a 4 vezes por mês. (2)
8. Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia? <b>Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.</b>	a. <input type="checkbox"/> Não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10). (0) b. <input type="checkbox"/> 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções. (3) c. <input type="checkbox"/> 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções. (2) d. <input type="checkbox"/> 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções. (1)
9. Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?	a. <input type="checkbox"/> Integral; (1) b. <input type="checkbox"/> Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou light). (3)
10. Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?	a. <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca. (4) b. <input type="checkbox"/> Todos os dias. (0) c. <input type="checkbox"/> De 2 a 3 vezes por semana. (2) d. <input type="checkbox"/> De 4 a 5 vezes por semana. (1) e. <input type="checkbox"/> Menos que 2 vezes por semana. (3)
11. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?	a. <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca. (4) b. <input type="checkbox"/> Menos que 2 vezes por semana. (3) c. <input type="checkbox"/> De 2 a 3 vezes por semana. (2) d. <input type="checkbox"/> De 4 a 5 vezes por semana. (1) e. <input type="checkbox"/> Todos os dias. (0)
12. Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?	a. <input type="checkbox"/> Banha animal ou manteiga. (0) b. <input type="checkbox"/> Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola. (3) c. <input type="checkbox"/> Margarina ou gordura vegetal. (0)
13. Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?	a. <input type="checkbox"/> Sim. (0) b. <input type="checkbox"/> Não. (3)
14. Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?  De acordo com o SIM:	Café da manhã.....( <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não Lanche da manhã.....( <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não Almoço.....( <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não Lanche ou café da tarde...( <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não

<p>&lt;3 -----0  3 – 4 -----2  5-6-----3</p>	<p>Jantar ou café da noite.....( ) Sim ( ) Não  Lanche antes de dormir.....( ) Sim ( ) Não</p>
<p>15. Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).</p>	<p>a. ( ) Menos de 4 copos. (0)  b. ( ) 8 copos ou mais. (3)  c. ( ) 4 a 5 copos. (1)  d. ( ) 6 a 8 copos. (2)</p>
<p>16. Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?</p>	<p>a. ( ) Diariamente. (0)  b. ( ) 1 a 6 vezes na semana. (1)  c. ( ) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês). (2)  d. ( ) Não consumo. (3)</p>
<p>17. Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?  <b>Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.</b></p>	<p>a. ( ) Não. (0)  b. ( ) Sim. (3)  c. ( ) 2 a 4 vezes por semana. (2)</p>
<p>18. Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?</p>	<p>a. ( ) Nunca. (0)  b. ( ) Quase nunca. (1)  c. ( ) Algumas vezes, para alguns produtos.(2)  d. ( ) Sempre ou quase sempre, para todos os produtos. (3)</p>

**Anexo B.** Cartas de Anuência da Instituição**CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA**

Eu, Sonia Maria Kurchaidt, vice-diretora do Campus Cedeteg da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada Hipertensão e hábitos de vida entre agentes universitários do Campus Cedeteg, UNICENTRO, Guarapuava – PR, sob responsabilidade dos pesquisadores Jessica Taís Bresan (acadêmica) e Claudio Shigueki Suzuki (orientador) no Campus Cedeteg da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Para isto, será disponibilizado ao pesquisador o espaço físico, para realização de pesquisa com os agentes universitários do respectivo Campus.

Guarapuava, 18 de novembro de 2014

  
Prof.<sup>a</sup> Sonia Maria Kurchaidt  
VICE-DIRETORA GERAL DO CAMPUS CEDETEG/UNICENTRO  
PORT. 1342/2012-GUAM/UNICENTRO

---

Sonia Maria Kurchaidt  
Vice-diretora do Campus Cedeteg

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA

Eu, Ademir Fanfa Ribas, Diretor do Campus Santa Cruz, da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada “Níveis tensionais sugestivos de hipertensão arterial e hábitos de vida entre agentes universitários da UNICENTRO, sob responsabilidade dos pesquisadores Jessica Taís Bresan (mestranda) e Claudio Shigueki Suzuki (orientador) no Campus Santa Cruz – UNICENTRO. Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador somente o uso do espaço físico para a realização do estudo.

Guarapuava, 16 de junho de 2015.

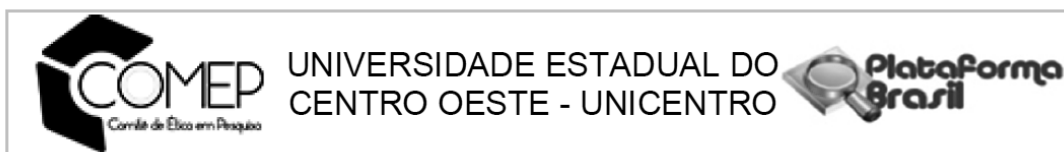
*Ademir Juracy Fanfa Ribas*  
DIRETOR GERAL DO CAMPUS SANTA CRUZ  
PO Box 12700 - GUARAPUAVA - PR

---

Ademir Fanfa Ribas,  
Diretor do Campus Santa Cruz



## Anexo C. Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** HIPERTENSÃO E HÁBITOS DE VIDA ENTRE AGENTES UNIVERSITÁRIOS, CAMPUS CEDETEG, GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL

**Pesquisador:** Jessica Taís Bresan

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39064414.0.0000.0106

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 918.211

**Data da Relatoria:** 09/12/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa sob responsabilidade da pesquisadora "Jessica Taís Bresan", vinculada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da UNICENTRO, que visa identificar a ocorrência e distribuição de níveis tensionais sugestivos de HAS entre os 44 agentes universitários efetivos do campus Cedeteg.

#### Objetivo da Pesquisa:

Primário:

- Identificar a prevalência e a distribuição dos níveis tensionais, sugestivos de HAS em agentes universitários adultos de Guarapuava, Paraná, Brasil.

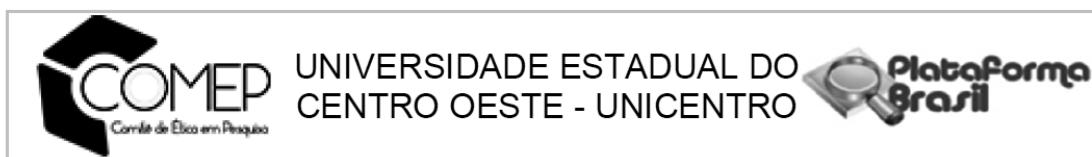
Secundários:

- Mensurar a pressão arterial sistólica e diastólica na população do estudo;
- Investigar as variáveis sociodemográficas, comportamentais e antropométricas desta população;
- Estimar a prevalência e descrever os níveis tensionais de HAS, segundo as variáveis sociodemográficas, antropométricas e comportamentais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisadora relata que "pode ocorrer algum constrangimento decorrente de alguma

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carlí **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 918.211

pergunta realizada ou de algum procedimento executado, sendo que o entrevistado tem a possibilidade de se negar a responder qualquer pergunta ou interromper a entrevista. Se algum dano for causado, o pesquisador se responsabiliza por dar os devidos encaminhamentos para a reparação dos mesmos, bem como pela assistência imediata e gratuita”.

Benefícios: a pesquisadora relata que “esse estudo é relevante para que possamos identificar as pessoas que apresentam diagnóstico sugestivo de hipertensão arterial e produzir dados que possam ser usados para planejar estratégias que melhorem as condições de saúde da população, em especial, da população participante do estudo”.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Carta de anuência: adequada, assinada e carimbada por Sonia Maria Kurchaidt, vice-diretora do campus CEDETEG, datada de 18 de novembro de 2014;
- 2) Folha de rosto: adequada, assinada e carimbada por Cristina Fujinaga, coordenadora do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da UNICENTRO.
- 3) TCLE: adequado.

**Recomendações:**

Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012:

XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL - f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto está dentro das normativas éticas.

Em conformidade com a Res. 466/2012.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

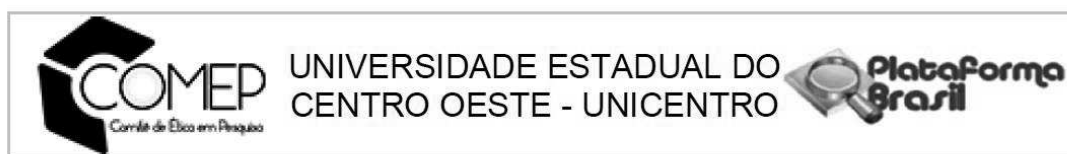
Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PROJETO APROVADO

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carli **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 918.211

término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê por meio de emenda.

GUARAPUAVA, 17 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Tatiane Baratieri**  
**(Coordenador)**