

ALUNOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA FACULDADE DE PARÁ DE MINAS – PARÁ DE MINAS/MG

MARISA GONÇALVES BRITO MENEZES¹

AMANDA APARECIDA LÊMOS²

GLEBERSSON FERNANDO DE FARIA³

GRASIELE MARTA FERREIRA⁴

ISABEL CRISTINA DA SILVA⁵

JAQUELINE PROFETA FERREIRA⁶

RESUMO:

A hipertensão arterial é uma doença de causa multifatorial, sendo uma das principais determinantes das complicações de doenças cardiovasculares. Trata-se de uma patologia denominada silenciosa, e a presença da sintomatologia já indica comorbidades. Este projeto teve como objetivo revelar a existência de alunos portadores de hipertensão arterial; orientá-los sobre a necessidade do controle da patologia por profissionais da saúde; oferecer orientações básicas sobre mudanças de hábitos de vida pertinentes; oferecer aos graduandos envolvidos no estudo um reforço teórico-prático no que se refere à investigação e à patologia hipertensão arterial. Tratou-se de um estudo quantitativo realizado na Faculdade de Pará de Minas, Pará de Minas/MG, no período de novembro e dezembro de 2011, após ter sido realizada uma triagem para detectar os alunos hipertensos, que ocorreu no período de agosto a outubro do mesmo ano. Dos 1.156 alunos matriculados, 739 se submeteram à triagem, e a população foi então composta por 99 alunos hipertensos. A amostra foi composta por apenas 27 alunos, sendo que a maioria pertencia à área de ciências exatas, estava na faixa etária entre 18 e 30 anos de idade, do sexo masculino, raça branca, possuíam história familiar positiva para hipertensão arterial, tinham hábito de consumir alimentos ricos em gorduras e carboidratos, estavam com sobrepeso e apresentavam relação cintura-quadril aumentada. Os acadêmicos pesquisadores puderam exercer as atividades técnicas quanto à aferição dos dados propostos no estudo e realizaram práticas de educação em saúde a fim de instruir os demais alunos da faculdade quanto à importância de prevenir a hipertensão arterial.

PALAVRAS- CHAVE: Hipertensão arterial. Alunos. Prevenção.

¹ Docente no curso de Enfermagem da Faculdade de Pará de Minas - FAPAM. E-mail: menezeszz@ig.com.br

^{2, 3, 4, 5 e 6} Graduados em enfermagem pela Faculdade de Pará de Minas - FAPAM.

ABSTRACT:

Hypertension is a multifactorial disease in which, being one of the main determinants of cardiovascular complications. This is a condition known as silent, and the presence of symptoms already indicates comorbidities. This project aimed to reveal the existence of students with hypertension; educate them about the need to control the disease by health professionals, offer basic guidance on changes in lifestyle relevant; offer undergraduates involved in strengthening theoretical study -practical with regard to research and hypertension pathology. This was a quantitative study conducted at the School of Mines of Pará, Pará de Minas / MG, between November and December 2011, after having performed a screening to detect hypertensive students, which occurred in the period from August to October the same year. Of the 1156 students enrolled, 739 underwent screening, and the population was then composed of 99 students hypertensive. The sample consisted of only 27 students, most of whom belonged to the area of exact sciences, were aged between 18 and 30 years old, male, Caucasian, had positive family history of hypertension, had the habit of consume foods rich in fats and carbohydrates, were overweight and had waist-hip ratio increased. The academic researchers could carry out technical activities regarding the proposed benchmarking data in the study and underwent practice of health education in order to educate other college students about the importance of preventing hypertension.

KEYWORDS: Hypertension. Students. Prevention.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial (HA) é uma doença causada por vários fatores. Sabe-se que existem fatores causais modificáveis como sedentarismo, tabagismo, dislipidemia, entre outros, em que o paciente, com persistência, conseguirá melhorar os hábitos e, conseqüentemente, a qualidade de vida, podendo até mesmo evitar a doença e fatores não modificáveis que podem ser exemplificados por raça, sexo, idade, etc., onde o objetivo será um controle da patologia com a finalidade de postergar a instalação do quadro, evitar desencadear uma situação agudizada da mesma e ou promover uma estabilidade da doença instalada.

Trata-se de uma patologia silenciosa, onde o indivíduo é assintomático e a presença da sintomatologia indica possíveis lesões em órgãos-alvo, isso é, quando já houver indícios de comorbidades.

Essa patologia, em todo o mundo, vem sendo vivenciada por um maior número de pessoas e com idades cada vez menores, o que pode ser atribuído às inúmeras mudanças socioeconômicas e culturais na vida. Embora ainda não se tenha conseguido estabelecer os motivos desta realidade, supõe-se que esse fato se deva ao aumento de peso crescente da população.

É de fundamental importância a realização de checkups periódicos, tendo por finalidade detectar precocemente a instalação de patologias crônicas, capazes de gerar adversidades futuras. Quanto aos profissionais da saúde, os mesmos deverão se reciclar continuamente sobre o tema, a fim de conhecer as novas terapêuticas, os meios de prevenção para minimizar os fatores de risco, além de estarem aptos a realizar uma avaliação inicial e periódica dos acometidos.

A prevenção da HA exige a assistência de toda a equipe de saúde, onde as medidas preventivas ocupam lugar de destaque. O primeiro passo é o conhecimento do processo saúde-doença para propor estratégias que estejam ao alcance da sociedade como um todo. Para se alcançarem os objetivos, propostas de educação em saúde têm que ser implantadas, com a finalidade de causar um impacto e modificar os hábitos da população, já que, uma vez sem conhecimento da patologia ou com informações insuficientes, a possibilidade da instalação da doença é muito maior.

O enfermeiro, indiferentemente da área em que atua, acaba por exercer continuamente o papel de educador e investigador, com a finalidade de descobrir a existência de alunos portadores de HA na Faculdade de Pará de Minas (FAPAM), conhecer o perfil destes alunos, orientá-los sobre a necessidade do controle da patologia com profissionais da saúde, oferecer orientações básicas sobre mudanças de hábitos de vida pertinentes. Este estudo procurou também inserir os acadêmicos de enfermagem no exercício das atividades de pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Reconhecer a doença e saber tratá-la adequadamente pode significar a diferença entre a vida e a morte de um paciente. O controle da pressão arterial (PA) exige não somente participação individual, mas acompanhamento de um profissional de saúde.

Para Silva, Colosimo, Pierin (2010), os profissionais de enfermagem devem estar habilitados tecnicamente para realizar a medida da PA, e munidos de conhecimentos suficientes sobre a temática. Quando a equipe multiprofissional trabalha conjuntamente no atendimento do hipertenso, suas ações favorecem seu envolvimento com o tratamento e, com isso, há controle dos níveis pressóricos.

Uma boa relação profissional de saúde-paciente torna-se uma ferramenta preciosa. Para que haja maior influência no que diz respeito à prevenção e diagnóstico, é necessária capacitação profissional.

O enfermeiro junto aos hipertensos está atrelado ao seu papel como educador atuando na motivação do paciente quanto à adesão ao tratamento, seu autocuidado, propondo estratégias que favoreçam seu envolvimento com a doença e seu tratamento, além de capacitar os outros profissionais da equipe de enfermagem nas atividades que são de sua competência. (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010, p. 489).

Segundo Smeltzer e Bare (2005 p. 905) “*a pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica*”. Almeida *et al.* (2007) complementa esse entendimento, ao afirmar que a HA é um quadro clínico patológico onde os níveis pressóricos encontram-se mais elevados do que os considerados limítrofes.

Existem dois tipos de HA: a primária, hoje chamada de hipertensão arterial sistêmica (HAS) que, segundo o Ministério de Saúde (MS), corresponde a 90% dos casos e se caracteriza por não haver causa conhecida, e a secundária, equivalente aos demais 10%, originária de outras patologias como os problemas renais, tumores da suprarrenal, sistema nervoso simpático e algumas doenças endócrinas. (IRIGOYEN *et al.*, 2003).

Segundo Ferreira *et al.* (2009) outros fatores de risco cardiovascular comumente se associam à HAS, como obesidade e distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios. Outros, ainda, podem estar causalmente associados à elevação dos níveis pressóricos, como alimentação inadequada, excesso de sal, consumo abusivo de álcool, inatividade física e tabagismo. Com base nesse conhecimento, mudanças no estilo de vida têm sido indicadas na prevenção e tratamento da HAS. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a HAS está entre os três principais fatores de risco que concorrem para a carga total de doenças. Fonteles, Santos e Silva (2009) complementam essa informação, ao afirmarem sobre o aumento da idade, gênero e estresse como fatores de risco. Devido às mudanças socioeconômicas e culturais, a população brasileira está mais exposta aos riscos cardiovasculares de acordo com Jardim (2007).

Estudos confirmam o aumento de HAS com a idade e com percentuais preocupantes em faixas etárias mais jovens. Embora ainda não se tenham conseguido estabelecer os motivos dessa realidade, supõe-se que esse fato se deva ao aumento de peso crescente da população brasileira. (FONTELES; SANTOS; SILVA, 2009).

Sabe-se que o ciclo cicardiano faz com que os valores da PA se alterem, mostrem-se diminuídos no turno da noite, enquanto se dorme, e ao amanhecer, e se elevam ao turno vespertino. (ROSA; FRANKEN, 2007). De acordo com Pedrosa *et al.* (2009), a hipertensão causa alterações hemodinâmicas e metabólicas que persistem ao longo das 24 horas.

Considera-se hipertensão quando a PA sistólica (PAS) atinge níveis superiores a 140 milímetros de mercúrio (mm Hg) e quando a PA diastólica (PAD) estiver superior a 90 mm Hg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da PA obtida em dois ou mais contatos com o profissional de saúde durante uma semana, depois de uma triagem inicial (GIL; LOPES, 2009).

Segundo Rosa e Franken (2007) o diagnóstico é difícil; deve-se avaliar a PA em situações diversas, e a ausência de sintomas retarda o diagnóstico que, muitas vezes, é feito quando as complicações já estão instaladas. A única maneira de saber se a pessoa apresenta ou não o quadro de HA é medir sua pressão com certa regularidade. Plavnik e Tavates (2003) complementam essas informações ao afirmarem que deve ser considerada a história clínica e a avaliação dos fatores de risco.

A avaliação inicial da hipertensão inclui aferir a PA e, em casos de elevação da mesma, é solicitada uma série de exames para investigar possíveis lesões em órgãos-alvo, além da probabilidade de HA secundária. Gus (2007) afirma que, para fazer a avaliação inicial, preconiza eletrocardiograma, exame comum de urina, creatinina plasmática, glicemia, potássio plasmático: hiperaldosteronismo primário, colesterol total, lipoproteína densidade alta (HDL), triglicerídeos, ácido úrico plasmático, hiperuricemia.

Muitas pessoas, ao aferir a PA em ambientes fora dos consultórios médicos, como nas visitas realizadas pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), farmácias e até mesmo em suas residências, mantêm sua PA dentro da normalidade ($\leq 135 \times 85$ mm Hg), mas quando vão a consultórios médicos, encontram-se com a PA elevada. Isso se deve ao efeito do avental branco. Para Silva, Ortega e Mion Jr. (2008), o efeito do avental branco é uma das causas de pseudorrefratariedade da HA. Para identificar esse fenômeno, faz-se a utilização de instrumentos com propriedade, como a Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e/ou a Monitoração Residencial da Pressão Arterial (MRPA), que são importantes no auxílio da avaliação inicial de pacientes com hipertensão de difícil

controle. Pacientes sobre o efeito do avental branco se prejudicam, pois, com a PA elevada durante o tratamento, a tendência é o médico aumentar as concentrações e as dosagens dos medicamentos e, conseqüentemente, haverá elevação dos efeitos colaterais.

São necessários cuidados nas técnicas de medidas da pressão e a repetição dessas medidas em ocasiões diferentes para confirmação diagnóstica. Ao realizar a verificação dos níveis pressóricos, o paciente deve ser orientado de acordo com as diretrizes brasileiras, isto é, guardar repouso de 5 a 10 minutos antes da medida, não estar com a bexiga cheia, evitar refeições copiosas, não fumar nem ingerir bebida alcoólica até 30 minutos antes. A medida básica deve ser feita em posição sentada, e, posteriormente, a PA deve ser avaliada na posição em pé, especialmente em idosos, vítimas frequentes de quedas por hipotensão postural. A medida em pé deve ser feita após um repouso de 5 minutos em posição deitada e 2 minutos na posição de pé. (ROSA; FRANKEN, 2007).

Almeida *et al.* (2007) complementam, ao informarem a técnica de aferição dos níveis pressóricos: medir a circunferência do braço do paciente, selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço, colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital – cerca de um dedo –, posicionar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial. Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes da medida); palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula de estetoscópio sem compressão excessiva; inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mm Hg do nível estimado da PAS. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mm Hg por segundo). Determinar a PAS na ausculta do primeiro som (fase 1 de Korotkoff) e, após o mesmo, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação. Determinar a PAD no desaparecimento do som (fase 5 de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mm Hg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento, e depois proceder à deflação rápida e completa. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase 4 de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero; esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas. Informar os valores da pressão obtidos para o paciente. Anotar os valores e o membro em que foi aferida a medida.

Uma vez determinado o diagnóstico, o paciente deverá realizar mudanças dos hábitos de vida, seguir a terapêutica determinada pelo profissional médico e realizar mensurações para o controle e assegurar que as medidas estão sendo decisivas, pois mesmo não tendo cura, a hipertensão detectada precocemente, com intervenção eficaz, é passível de controle e de

redução de suas complicações. A atuação da enfermagem sobre os fatores de risco passíveis de modificação é importante para evitar a evolução da HA ou de suas complicações.

A sintomatologia que pode sugerir relação com a PA elevada deve ser muito bem caracterizada: dor precordial, dor occipital e matinal, edema de membros superiores e inferiores no período vespertino, escotomas, irritabilidade, tonturas e cefaleias podem ser um indício do quadro patológico. (SMELTZER; BARE, 2005).

Feitosa-Filho, Lopes e Guimarães (2008) complementam essas considerações ao afirmarem que a crise hipertensiva vem acompanhada de sintomas como tonturas e dispneias que podem pôr em risco a vida do paciente.

Os cuidados com os hipertensos são centrados no controle da PA, no uso da terapêutica medicamentosa prescrita, bem como o incentivo à prática de atividades físicas e mentais. Perrotti *et al.* (2007 p. 39) afirmam: “*o controle pressórico precoce apresenta um importante papel na prevenção cardiovascular*”.

Para o controle da hipertensão, o paciente deve ter um estilo de vida saudável, evitando hábitos que favoreçam a HA e suas complicações. A maior dificuldade que os hipertensos encontram é a adequação do tratamento ao seu estilo de vida.

Anteriormente, o tratamento baseava-se em uso de fármacos; porém, através de nova abordagem, recomendam-se mudanças do estilo de vida associados ou não ao tratamento medicamentoso. Lopes, Barreto-Filho e Riccio (2003) informam que o tratamento não medicamentoso pode controlar a HA leve, destacando-se a redução do peso, a redução da utilização do sódio na dieta e a prática regular de atividade física. O abandono de drogas lícitas como cigarro e bebidas alcoólicas é primordial, assim como o das ilícitas.

Seja por necessidade ou por desejo, para serem capazes de mudar, é preciso compreenderem o que essas mudanças têm a ver com a vida e o que torna mais ou menos possível fazê-las. Elaboraões de medidas com modificaões de vida e controle terapêuticos são necessárias para a diminuição dos níveis da doença. (COSTA *et al.* 2007).

Brito *et al.* (2008) afirmam que, se os profissionais conhecessem melhor o paciente, seus valores, crenças e estilo de vida, poderiam, dessa forma, estabelecer melhores estratégias no processo de adesão terapêutica, tendo como consequência melhoria da qualidade de vida.

Cotta *et al.* (2009), no entanto, esclarecem que essas medidas de intervenção comunitária para as mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis devem ser sustentadas a longo prazo e devem incluir todos os grupos sociais. A HA possui evolução silenciosa e lenta, e seu tratamento requer mudanças em seus hábitos de vida, aumentando o nível de conhecimento da população e conscientizando-a para a vida saudável e ativa.

Oliveira e Siqueira (2008 p. 15) revelam: “*um bom estilo de vida deve ser desenvolvido mais cedo possível. Estes hábitos saudáveis devem ser mantidos durante toda vida...*”.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de um trabalho de campo de natureza descritiva, exploratória com variáveis quantitativas. O estudo foi desenvolvido por cinco acadêmicos de Enfermagem da FAPAM sob o direcionamento de um orientador, no município de Pará de Minas - MG, e teve uma população de 1.156 alunos, devidamente matriculados em todos os cursos dessa Instituição. A amostragem foi determinada pelos que apresentaram níveis pressóricos elevados em três mensurações, que concordaram em participar do estudo e assinaram, assim, o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para definição do quadro na população estudada, adotaram-se critérios de diagnóstico e classificação preconizados pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, que estabelecem como PA limítrofe valores de PAS 130–139 mm Hg ou PAD 85–89 mm Hg e, consequentemente, os níveis mais elevados foram então considerados como HA.

A triagem para mensuração dos níveis pressóricos ocorreu nos meses de agosto a novembro de 2011, no horário dos intervalos das aulas, com a finalidade de não prejudicar o aprendizado dos alunos. Utilizou-se o método auscultatório com aparelhos aneroides, com atenção para que todos estivessem devidamente calibrados. Após ter sido realizada a triagem para detectar os alunos hipertensos, nos meses de novembro e dezembro do mesmo ano, os alunos selecionados foram convidados a participarem efetivamente da pesquisa e a responder o instrumento de coleta de dados, composto de duas partes, onde foi investigado: o perfil dos discentes e a história clínica.

Quanto à estatura e ao peso corporal, foram obtidos por meio de balança antropométrica portátil com capacidade para 150 kg, colocados em local plano e calibrados inicialmente.

Calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) pela fórmula: peso (kg) / altura² (m²). Os critérios de classificação do IMC utilizados foram os preconizados pela Organização Mundial de Saúde - OMS. Os perímetros da cintura e do quadril foram aferidos com fita métrica inelástica, estando o estudante em posição ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo e os pés juntos. A partir dessa aferição, obteve-se a relação cintura-quadril (RCQ) e, para sua classificação, utilizaram-se os pontos mais usados em estudos do gênero, que

definem valores adequados da RCQ, sendo aqueles inferiores ou iguais a 0,80 para o sexo feminino e 0,90 para o masculino.

É importante ressaltar que a pesquisa respeitou a Resolução nº 196/96 (BRASIL,1996) que fala dos preceitos éticos e garante o anonimato e sigilo dos investigados. Já o pré-projeto que descrevia a pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Itaúna/MG onde foi avaliado e devidamente aprovado.

4 RESULTADOS

É importante informar que nem todos os alunos matriculados foram submetidos à triagem para detectar o quadro de HA, por não terem comparecido nas datas e horários pré-estabelecidos para aferição por turma de cada curso. Dos 1.156 alunos devidamente matriculados, 739 tiveram seus níveis pressóricos mensurados, o que correspondeu a 63,92%, e estavam distribuídos nos devidos cursos como demonstrado no Quadro 1:

Quadro 1 - Distribuição de alunos matriculados nos cursos da FAPAM que se submeteram ou não à triagem para diagnóstico de Hipertensão Arterial no ano de 2011.

Cursos	Total de alunos matriculados	Alunos submetidos à triagem	Alunos que não se submeteram à triagem
Administração	324	188	136
Agronegócio	35	32	3
C. Biológicas	16	12	04
Direito	452	280	172
Enfermagem	121	100	21
GTI	40	32	08
Letras	56	39	17
Matemática	44	35	09
Nutrição	13	10	03
Pedagogia	59	34	25
Total	1160	762	398

Fonte: Dados coletados pelos autores

Dessa forma, os alunos hipertensos que constituíram a amostra do estudo foram distribuídos nos cursos como revela o Quadro 2:

Quadro 2 - Distribuição de alunos hipertensos nos cursos da FAPAM que se submeteram à investigação de história clínica no ano de 2011.

Cursos	Alunos hipertensos	Alunos hipertensos investigados
Administração	39	07
Agronegócio	05	0
Ciê. Biológicas	02	02
Direito	26	09
Enfermagem	06	01
GTI	04	02

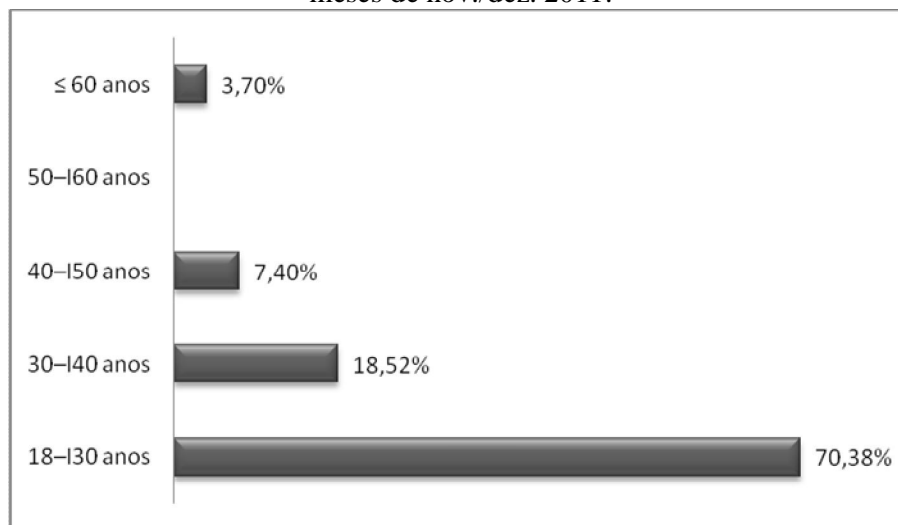
Letras	04	04
Matemática	10	02
Nutrição	0	0
Pedagogia	07	0
Total	103	27

Fonte: Dados coletados pelos autores

Todos os alunos considerados hipertensos foram convidados a participarem do estudo; porém, apenas uma minoria de 26,2% compareceu para responder ao questionário e submeter-se às mensurações previstas.

Da amostra composta pelos 27 alunos que aceitaram o convite, 19 deles estavam com idades entre 18 a 29 anos, que corresponderam a 70,38%; houve cinco investigados com idades entre 30 e 39 anos (18,52%), dois (7,4%) possuíam entre 40 e 39 anos, e apenas dois (7,4%) estavam na faixa etária de 40 a 49 anos de idade. Não houve alunos com idades entre 50 e 59 anos, e somente um aluno possuía idade maior de 60 anos, que correspondeu a 3,7%, como demonstra o Gráfico 1:

Gráfico 1- Distribuição das idades dos alunos hipertensos na FAPAM nos meses de nov./dez. 2011.



Fonte: Dados coletados pelos autores.

No estudo realizado por Simão *et al.* (2008), no Centro Universitário do Lubango, localizado no município do Lubango/Angola, verificou-se que a faixa etária dos participantes variou entre 18 e 55 anos, com predominância da faixa etária de 18 a 29 anos (61,3%), seguida de 30 a 39 anos (25,3%) e, quanto ao gênero, 62,8% eram do gênero masculino, e 37,2% do gênero feminino.

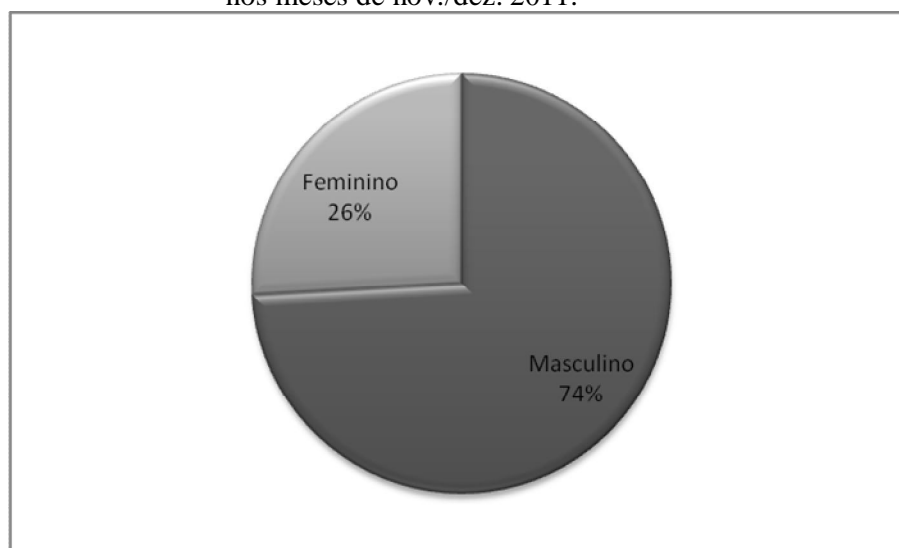
Em um estudo semelhante, Costa *et al.* (2007) encontraram níveis pressóricos elevados numa proporção de 26,1% em indivíduos de 20 a 29 anos, 24,4% deles com idade

entre 30 e 39 anos, 4,7% na faixa etária entre 40 e 49 anos, 13,7% entre 50 e 59 anos e 5,1% entre 60 e 69 anos.

É relevante informar que existiu uma prevalência significativa de alunos jovens matriculados na Instituição de Ensino.

Em relação ao gênero dos alunos entrevistados neste estudo, também houve uma prevalência de alunos do gênero masculino – 20 alunos (74,1%) – e apenas 07 (25,9%) eram do gênero feminino, como revelado no Gráfico 2:

Gráfico 2 - Distribuição dos gêneros dos alunos hipertensos na FAPAM nos meses de nov./dez. 2011.



Fonte: Dados coletados pelos autores.

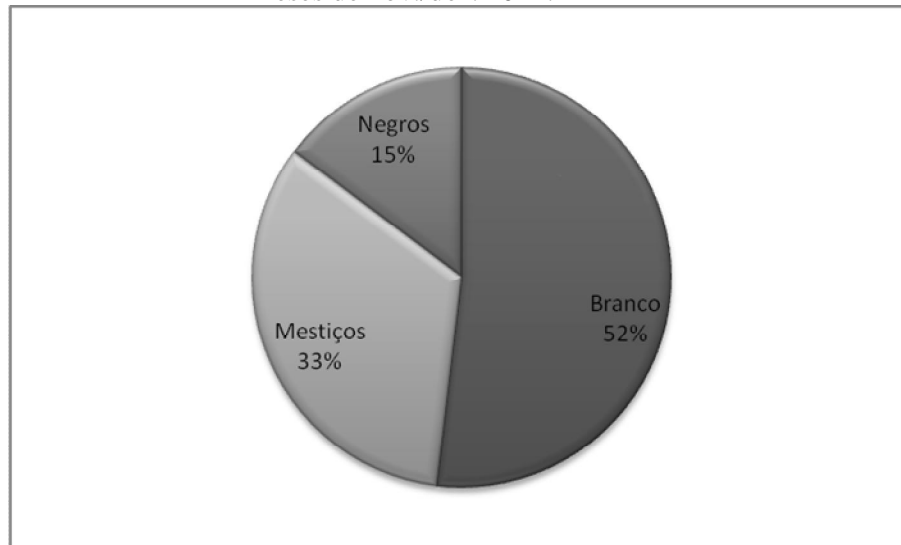
Irigoyen *et al.* (2003) afirmam que estudos demonstraram que a PA é mais elevada em homens do que em mulheres até a faixa etária de 60 anos.

Silvia e Souza (2004) informam que esse fenômeno é referente à presença dos hormônios ovarianos, que são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres até o climatério; entretanto, com a chegada da menopausa, a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se igualar.

Atualmente, homens e mulheres dividem as possibilidades de serem hipertensos devido ao fato de a mulher se submeter aos mesmos fatores de risco.

É importante ressaltar que os próprios investigados se intitularam quanto às raças, desta forma ficou evidenciado que 14 alunos (51,90%) denominaram-se brancos, nove mestiços (33,3%) e quatro negros (14,8%) como ilustrado no Gráfico 3:

Gráfico 3 - Distribuição de raças dos alunos hipertensos na FAPAM nos meses de nov./dez. 2011.



Fonte: Dados coletados pelos autores.

No estudo realizado em Angola por Simão *et al.* (2008), 88,5% eram negros, 8,5% mulatos e 3% brancos. De acordo com Pedroso e Oliveira (2010) a HA é ainda mais evidenciada na raça negra.

Os alunos, em sua maioria – 26 deles –, estavam cursando o ensino superior (96,3%) pela primeira vez, e apenas 01 aluno (3,7%) já possuía esse tipo de formação; na área ocupacional, 13 (48,1%) eram funcionários de empresas privadas, 08 (29,6%) funcionários públicos e 06 (22,2%) estão desempregados; quanto aos locais de moradia, 22 (81,5%) deles residiam em Pará de Minas e os cinco demais, em localidades próximas ao município, o que correspondeu a 18,5%.

Foi constatado que, dentre os 27 alunos hipertensos, 21 (77,8%) deles não possuíam diagnóstico anterior de HA, enquanto 06 (22,2%) dos alunos entrevistados tinham o diagnóstico prévio, e desses, apenas 02 (7,4%) alunos faziam tratamento para HA.

É fundamental ater-se à história familiar, uma vez que os fatores genéticos são de suma importância como fator de risco para a patologia.

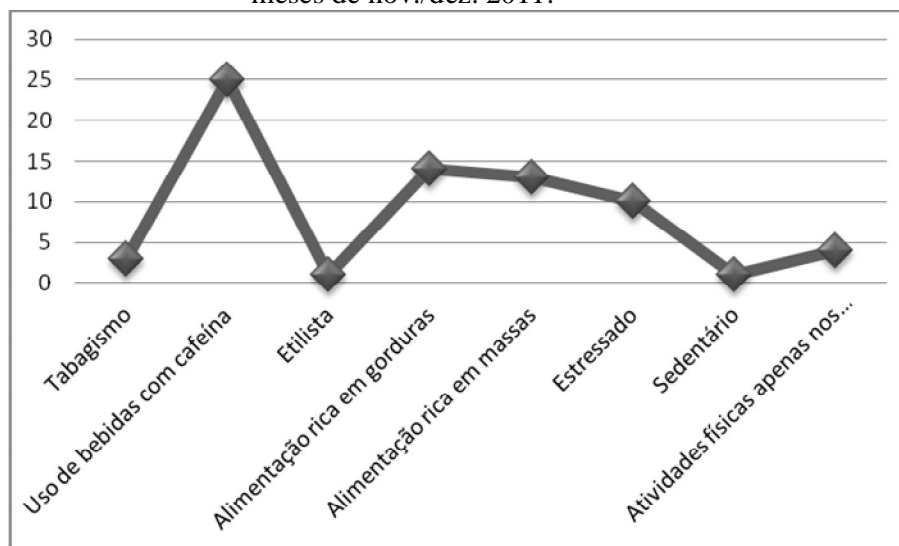
Dentre a amostra, 19 (70,3%) alunos possuíam ascendentes familiares portadores de há, sendo que 14 (51,8%) deles tinham mães hipertensas, 11 (40,7%) alunos tinham pais portadores da patologia, e apenas dois (7,4%) tinham irmãos.

De acordo com Simão *et al.* (2008), foi detectado que 40,3% possuíam pais portadores de HA e 22,0% parentes próximos como irmãos, tios e avós.

A HA tem patogenia elucidada, porém hábitos e costumes sociais interferem direta e indiretamente para o controle e elevação da mesma.

De acordo com o ilustrado no Gráfico 4, evidenciou-se que, dentre os hipertensos estudados, quatro (14,8%) deles possuíam o hábito de tabagismo, 25 (92,6%) consumiam bebidas que continham cafeína, apenas um (3,7%) intitulou-se etilista, 14 (51,8%) faziam uso de comidas ricas em gorduras e 13 (48,1%) de ricas em carboidratos; 10 (37,0%) consideravam-se estressados, 01 (3,7%) considerou-se sedentário e 04 (14,8%) deles informaram realizar atividades físicas nos finais de semana.

Gráfico 4 - Distribuição de hábitos dos alunos hipertensos na FAPAM nos meses de nov./dez. 2011.



Fonte: Dados coletados pelos autores.

No estudo realizado por Simão *et al.* ficou evidenciado que 4% dos entrevistados eram fumantes, 40,6% faziam uso de bebida alcoólica, e 59,8% se consideravam estressados.

Conforme Silva e Souza (2004), a cafeína e a nicotina elevam agudamente a PA. O tabagismo é um hábito considerado como fator de risco, uma vez que o tabaco e a nicotina causam vasoconstrição e, conseqüentemente, favorecem o surgimento/agravamento da há, da mesma forma que bebidas compostas por cafeína, como o caso do uso do café, alguns chás e refrigerantes específicos. O consumo de bebidas alcoólicas é permitido para indivíduos denominados hígidos, porém em pequenas doses, pois sabidamente o seu excesso pode ser prejudicial à saúde dos indivíduos.

O consumo de bebidas alcoólicas é um fator contribuinte para a elevação da PA, na proporção de 2 mm Hg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, além de estar

associado ao surgimento de gordura localizada na região abdominal. (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

É aconselhável que todos façam uso de uma dieta balanceada, com baixa quantidade de sal, pois a ingestão de legumes e frutas favorece uma vida saudável, enquanto os excessos de dietas ricas em gorduras e carboidratos podem favorecer o surgimento de diversos tipos de patologias. Piaty, Felicetti e Lopes (2009) afirmam que a ingestão de gorduras em portadores de HAS deve ser reduzida para prevenção de suas complicações, como obesidade. Segundo Martins *et al.* (2010), o baixo consumo de alimentos ricos em fibras e o elevado consumo de açúcares e gorduras saturadas compõem um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

O estresse é um forte fator de risco para a hipertensão, da mesma forma que os quadros de depressão e ansiedade. Vários estudos indicam que os pacientes podem atingir efeitos benéficos por meio da redução do estresse, o que poderá refletir em uma melhora na PA. O treino do controle de estresse pode ser utilizado como um fator coadjuvante no controle da PA em pacientes considerados hipertensos leves e moderados. (CASTRO; SCATENA, 2004).

Para Medina *et al.* (2010), a prática regular de atividades físicas é parte primordial das condutas não medicamentosas de prevenção e tratamento da HA. Os portadores de HA deverão praticar atividades físicas, após autorização e com acompanhamento médico, sistematicamente, e não esporadicamente, como muitos realizam.

Hasselmann *et al.* (2008) afirmam que, nessa perspectiva, promover estratégias que visem a mudanças no estilo de vida, tais como aumento da atividade física, abandono do tabagismo e modificações nos hábitos alimentares e alimentação saudável são oportunas e necessárias.

A Tabela 1 revela que a maioria dos homens estava acima do peso ideal, ao contrário das mulheres, pois apresentavam o IMC dentro da normalidade; houve um investigado considerado com obesidade extrema. O resultado da RCQ revelou que 10 (37,05%) dos homens e 05 (18,5%) das mulheres estavam acima dos padrões da normalidade.

Tabela 1 - Distribuição do IMC e RCQ dos alunos hipertensos na FAPAM nos meses de nov./dez. 2011.

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
>18						
≥18 ou <25	07	25,9	5	18,5	12	44,5

IMC (Kg/m²)	≥25 ou <30	07	25,9	1	3,4	08	29,6
	≥30	05	18,6	1	3,4	06	22,2
	≥40	1	3,7%	-	-	01	3,7
Total		20	74,1%	7	25,9	27	100
RCQ	Adequada	10	37,05	2	7,4	12	44,45
	Elevada	10	37,05	5	18,5	15	55,55
	Total	20	74,1	7	25,9	27	100

Fonte: Dados coletados pelos autores.

O IMC constitui o referencial para a classificação do *status* do peso, entre normal, sobrepeso e obesidade, enquanto a RCQ é o principal indicador de concentração abdominal de gordura, à qual também se associam, com elevada frequência, os mesmos fatores de risco associados à obesidade (GUIMARAES *et al.*, 2008).

Hasselmann *et al.* (2008) afirmam que vários estudos têm registrado que a circunferência abdominal está associada à ocorrência de doenças metabólicas e cardiovasculares, dentre essas, a HA. Conforme Iampolsky, Souza e Sarni (2010), o desenvolvimento de doenças crônicas está associado ao excesso de gordura abdominal, o que aumenta em três vezes o risco da HA.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Revelamos a existência de alunos portadores de HA que, na maioria dos casos, desconheciam a existência da patologia. Importante salientar que, mesmo se tratando de uma população com um nível educacional elevado, muitas vezes desconheciam o assunto, muitos sequer haviam aferido a PA anteriormente. Dessa forma, todos tiveram a oportunidade de serem orientados sobre a patologia, sintomas, importância do diagnóstico precoce e controle adequado. Aqueles que se encontravam com os níveis pressóricos elevados, receberam também orientações básicas sobre mudanças necessárias quanto aos hábitos de vida pertinentes e a importância de buscarem um acompanhamento médico.

A análise quantitativa das faixas etárias revelou uma população jovem que desconhecia ser hipertensa.

Foi significativo o número de alunos com sobrepeso e RCQ aumentada que podem estar associados aos hábitos alimentares, à falta de atividades físicas e uso de álcool. A análise do material obtido apontou para a importância da inclusão da mensuração da RCQ na rotina

dos serviços de saúde. A aferição da RCQ, independentemente das medidas já realizadas, como peso, estatura e cálculo do IMC, poderia contribuir para a identificação precoce da HA e outras patologias.

Percebeu-se também que os hábitos sociais encontrados estavam diretamente relacionados com os índices pressóricos encontrados. O estudo trouxe aos alunos um alerta da necessidade de mudanças de estilo de vida para a qualidade da própria saúde. Nessa perspectiva, promover estratégias que visem a mudanças no estilo de vida são oportunas e necessárias.

Pôde-se inferir que a não receptividade ao estudo por parte dos investigados se deu pelo fato de o mesmo ter ocorrido no final do período letivo e, conseqüentemente, próximo às provas finais, uma vez que apenas 27 deles procuraram a equipe de pesquisadores para dar continuidade às investigações e se inteirar sobre o tema; porém, ficou também a possibilidade de ter sido desinteresse, e, caso tenha sido, medidas para conscientização deverão ser tomadas a fim de alertar sobre a importância de se realizar diagnósticos precoces de patologias.

Diante dos resultados, foi notório o número de alunos hipertensos pertencentes aos cursos das ciências exatas (47,57%), o que faz despertar a necessidade de novos estudos para averiguar os fatos.

Na área de pesquisa, foi oferecido aos graduandos da área de saúde da Instituição um reforço teórico-prático no que se refere à investigação e aos pesquisadores, exercícios de atividades de pesquisa, além de conscientizá-los da importância do enfermeiro enquanto educador.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vanessa et al. **Atenção à Saúde do Adulto**. 2ª ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

BRITO, Daniele. M. S et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 04, p. 933-940, 2008.

CASTRO, Adélia P.; SCATENA, Maria C. M. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Revista Latino-Americana na Enfermagem** [online]. v. 12, n.06, p. 859-865. 2004.

COSTA, Juvenal S. D. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: Um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 88, n. 01, p. 59-65, 2007.

COTTA, Rosângela M. M. et al. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 04, p. 1251-1260, 2009.

FEITOSA-FILHO, Gilson S.; LOPES, Delasco, T. N.; GUIMARES, Helio P. Emergências hipertensivas. **Revista brasileira terapia intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 03, p. 305-312, 2008.

FERREIRA, Sandra R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 02, p. 98-106, 2009.

FONTELES, Juliana L.; SANTOS, Zélia M. S. A.; SILVA, Marluclena P. Estilo de Vida de Idosos Hipertensos Institucionalizados: Análise com foco na Educação em Saúde. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 53-60, jul./set. 2009.

GIL, Juliana S.; LOPES, Heno F. Fisiopatologia da pré-hipertensão. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 16, n. 02, p. 87-91, 2009.

GUIMARÃES, Isabel C. B. et al. Pressão Arterial: Efeito do Índice de Massa Corporal e da Circunferência Abdominal em Adolescentes. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 90, n. 6, p. 393-399, 2008.

GUS, Iseu. Aprimoramento da valorização das alterações do ECG na hipertensão arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v.14, n. 3, p. 158-161, 2007.

IAMPOLSKY, Marcelo N; SOUZA, Fabíola I.S; SARNI, Roseli O. S. Influência do índice de massa corporal e da circunferência abdominal na pressão arterial sistêmica de crianças. **Revista Paulista Pediatria**, v. 28, n. 02, 2010.

IRIGOYEN, M. C. et al. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Revista Sociedade de cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.13, n.01, p. 20-45, jan./fev. 2003.

HASSELMANN, Maria H. et al. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 05, p.1187-1191, 2008.

JARDIM, Paulo C. B. V. et al . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco numa capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 04, abr. 2007.

LOPES, Heno F.; BARRETO-FILHO, J. S.; RICCIO, Grazia M. G. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Sociedade de cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 01, jan./fev. 2003.

MARTINS, Maria P. S. C. et al. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 03, p. 162-170, 2010.

MEDINA, Fabio L. et al. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira Hipertenso**, v. 17, n. 02, p.103-106, 2010.

- OLIVEIRA, Bruno Z et al. Mortalidade feminina por hipertensão: análise por causas múltiplas. **Revista brasileira epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 556-56, 2009.
- OLIVEIRA, Angelica, P.; SIQUEIRA, Hedi, C. H. Influência dos exercícios físicos e da alimentação na qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente**, v. 11, n. 12, 2008.
- PEDROSA, Rodrigo P. *et al.* Apneia do sono e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 16, n. 03, p. 174-177, 2009.
- PERROTTI, Tatiana C. et al. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 14, n.01, p. 37-41, 2007.
- PIATI, Jaqueline; FELICETTI, Claudia R; LOPES, Adriana C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em UnidadeBásica de Saúde de cidade paranaense.**Revista Brasileira Hipertensão**, Paraná, v.16, n.02, p.123-129, 2009.
- PLAVNIK, Frida L.; TAVARES, Agostinho. Avaliação inicial do paciente hipertenso. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.13, n. 01, jan./fev. 2003.
- ROSA, Ronaldo F.; FRANKEN Roberto A. Fisiopatologia e diagnóstico da hipertensão arterial no idoso: papel da monitorização ambulatorial da pressão arterial e da monitorização residencial da pressão arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v.14, n. 01 p. 21-24, 2007.
- SILVA, Giovânio V.; ORTEGA, Kátia C.; MION JR, Decio. Papel da MAPA e da MRPA na avaliação de pacientes com hipertensão de difícil controle. **Revista Brasileira Hipertensão**, vol.15, n. 01, p. 17-20, 2008.
- SILVA, Jorge L. L; SOUZA, Solange L. - Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 03, p.330-335, 2004.
- SILVA, Stael S. B. E; COLOSIMO, Flávia C.; PIERIN, Angela M. G.; O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 02, p. 488-496, 2010.
- SIMÃO, Manuel et al. hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 04, jul./ago. 2008.
- SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.