



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA - UNILAB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TIBELLE FREITAS MAURICIO

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR
PREJUDICADA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE PAÍSES LUSÓFONOS**

REDENÇÃO - CE

2017

TIBELLE FREITAS MAURICIO

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR
PREJUDICADA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE PAÍSES LUSÓFONOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Integração Internacional de Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Saúde no cenário dos países Lusófonos.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rafaella Pessoa Moreira.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Edmara Chaves Costa.

REDENÇÃO - CE

2017

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Mauricio, Tibelle Freitas.

M414d

Diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos / Tibelle Freitas Mauricio. - Redenção, 2017.
159f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2017.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rafaela Pessoa Moreira.
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Edmara Chaves Costa.

1. Diagnóstico em Enfermagem. 2. Risco. 3. Doenças Cardiovasculares. 4. Estudantes. 5. Países em Desenvolvimento. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 610.73

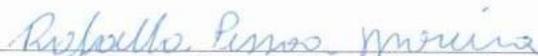
TIBELLE FREITAS MAURICIO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR
PREJUDICADA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE PAÍSES LUSÓFONOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Integração Internacional de Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 18 / 12 / 17

BANCA EXAMINADORA



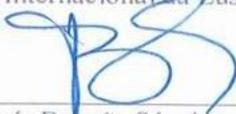
Prof. Dra. Rafaela Pessoa Moreira (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)



Prof. Dra. Edmara Chaves Costa (Coorientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)



Prof. Dra. María Begoña Sánchez-Gómez (1º Membro)
Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria Tenerife



Prof. Dra. Tahissa Frota Cavalcante (2º Membro)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)



Prof. Dr. Gonzalo Duarte Climents (Suplente)
Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria Tenerife



Prof. Dr. Daniel Freire de Sousa (Suplente)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Dedico este trabalho:

**A Deus, por me propiciar a concretização
de mais um sonho.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve sempre ao meu lado, dando-me força e estímulo para enfrentar os obstáculos e vencer cada desafio.

Aos meus pais, Dázio e Eliane, que sempre me apoiam e torcem para que eu consiga alcançar todos meus objetivos.

Às minhas filhas, Laís e Lavínia, e ao meu esposo, Luciano Mucci, que compreenderam meus momentos de ausência e estiveram sempre ao meu lado nesta conquista.

Aos meus irmãos, Guilherme, Milena e Lívia, que sempre me apoiaram, estimularam e torceram pelo meu sucesso.

Aos meus sogros, Irene e Paulo, e a minha cunhada Viviane, que cuidam das minhas filhas durante minha ausência.

Ao meu amigo Elcimar Martins, que acreditou na minha capacidade e me incentivou a estudar para conseguir ser aprovada no mestrado.

Ao professor Dr. Daniel Freire pela relevante contribuição na pesquisa e por ter favorecido a parceria com o Laboratório de Bioquímica Clínica do Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Ceará para a realização dos exames laboratoriais.

Ao meu amigo doutorando Ederson Laurindo pela colaboração na coleta da pesquisa e pelo apoio para concretização deste sonho.

A toda equipe que compõe o Núcleo de Assistência à Saúde do Estudante – NUASE e à Coordenação de Assistência à Saúde Estudantil – COASE pela disponibilidade e colaboração na coleta da pesquisa.

À Profa. Dra. Rafaella Pessoa Moreira, minha orientadora, pela dedicação, compreensão, colaboração e apoio ao longo desta jornada.

À Profa. Dra. Edmara Chaves Costa pela confiança, dedicação, contribuição e disponibilidade durante todas as etapas da pesquisa.

Ao professor Dr. Alexandre Cunha Costa pela relevante colaboração na pesquisa e pelas consideráveis sugestões para estudos posteriores.

Aos membros da banca, professores Dra. Tahissa Frota Cavalcante, Dra. María Begoña Sánchez-Gómez e Dr. Gonzalo Duarte Clíments, que responderam tão prontamente aos e-mails e se dispuseram a contribuir com a pesquisa.

Às enfermeiras que cooperaram na pesquisa enquanto diagnosticadoras na inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada.

Aos estudantes universitários que consentiram em participar da pesquisa e se disponibilizaram a contribuir.

A todos que me apoiaram nesta caminhada e torceram pelo meu sucesso.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral analisar o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes universitários de países lusófonos. Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, realizado em uma universidade, no estado do Ceará. A população foi constituída por 2.496 estudantes universitários de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, nascidos nos seguintes países: Brasil, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, que estavam matriculados e frequentando regularmente os cursos contemplados no programa de graduação da referida universidade. A amostra foi estratificada por país, totalizando 334 estudantes. Efetuou-se a coleta de dados por fonte primária por meio de entrevista. No referido instrumento, constavam questões referentes à identificação do paciente; condições de saúde e fatores de risco do diagnóstico de enfermagem em questão. Após a entrevista, realizou-se a coleta dos dados antropométricos e aferição da pressão arterial, bem como, agendou-se a coleta dos exames laboratoriais: glicemia, colesterol total, HDL-c, LDL-c e triglicérides. Para inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, selecionou-se dez enfermeiras que preenchiam os critérios estabelecidos para atuarem como diagnosticadoras. Empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson para análise de associação entre as variáveis categóricas de interesse, o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada e seus fatores de risco. Quanto ao perfil sociodemográfico, nos estudantes universitários brasileiros prevaleceram: a faixa etária de 18 a 24 anos (78,4%), o gênero feminino (60,5%), a cor parda (71,0%), o estado civil de solteiro (a) (90,5%), a ocupação de estudante (74,8%) e a residência com amigos (46,8%). Semelhante aos brasileiros, nos internacionais também predominou a faixa etária de 18 a 24 anos (72,2%), o estado civil de solteiro (a) (97,9%), a ocupação de estudante (82,0%) e a residência com amigos (86,1%). Entretanto, nesses últimos, prevaleceram o gênero masculino (59,7%) e a cor preta (82,6%). Evidenciou-se que os estudantes universitários de países lusófonos apresentaram o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada (86,8%), o qual teve associação com: nacionalidade brasileira (p : 0,000), sexo feminino (p : 0,000), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000) e residência com amigos ou sozinho (p : 0,019). Os fatores de risco desse diagnóstico de enfermagem apresentaram as seguintes associações: tabagismo com faixa etária igual ou superior a 25 anos (p : 0,000) e sexo masculino (p : 0,036); estilo de vida sedentário com faixa etária de 18 a 24 anos (p : 0,044), nacionalidade brasileira (p :

0,000), sexo feminino (p : 0,000), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,006) e residência com amigos ou sozinho (p : 0,028); obesidade com ambas as faixas etárias (p : 0,004), nacionalidade brasileira (p : 0,002), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,006), residência com familiares ou cônjuge (p : 0,017) e ocupação (p : 0,002); hipertensão arterial com ocupação de estudante exclusivo (p : 0,019); dislipidemia com faixa etária de 18 a 24 anos (p : 0,010), nacionalidade brasileira (p : 0,000) e cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000); agente farmacológico com nacionalidade brasileira (p : 0,000), sexo feminino (p : 0,000), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000), estado civil sem companheiro (a) (p : 0,002), residência com amigos ou sozinho (p : 0,000); conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis com nacionalidade internacional (p : 0,000) e residência com amigos ou sozinho (p : 0,000); história de doença cardiovascular com faixa etária de 18 a 24 anos (p : 0,002), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,007) e ocupação de estudante exclusivo (p : 0,001); história familiar de doença cardiovascular com nacionalidade brasileira (p : 0,000), sexo feminino (p : 0,005), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000) e residência com amigos ou sozinho (p : 0,017). Constatou-se elevada prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes universitários de países lusófonos. Os principais fatores de risco identificados nos estudantes universitários brasileiros foram: história familiar de doença cardiovascular, estilo de vida sedentário, agente farmacológico e dislipidemia. Nos estudantes universitários internacionais se destacaram: história familiar de doença cardiovascular, conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis e estilo de vida sedentário. A associação dos fatores de risco com as condições demográficas propiciou verificar quais estiveram mais presentes em cada grupo. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de planejamento de estratégias e implementação de ações de saúde voltadas para redução do risco cardiovascular de acordo com as especificidades desta população.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem. Risco. Doenças Cardiovasculares. Estudantes. Países em Desenvolvimento.

ABSTRACT

This study was mainly aimed at analyzing the nursing diagnosis on Risk for decreased cardiac output in university students from Portuguese-speaking countries. This was a descriptive and cross-sectional study, which was performed at a university in the state of Ceará. The population was composed of 2,496 university students of both genders, aged 18 years or over, born in the following countries: Brazil, Angola, Cape Verde, Guinea Bissau, Mozambique, São Tomé and Príncipe and Timor-Leste, which were enrolled and regularly attending the courses included in the graduation program of the aforementioned university. The sample was stratified by country, totaling 334 students. We collected data from a primary source by applying interviews. This instrument consisted questions regarding patient identification; health conditions and risk factors of the nursing diagnosis in question. After the interviews, we collected the anthropometric data, performed blood pressure measurements and also scheduled the collection of the laboratory tests: glycemia, total cholesterol, HDL-c, LDL-C and triglycerides. In order to infer the nursing diagnosis on Risk for decreased cardiac output, we selected ten nurses who complied with the established criteria to act as diagnosticians. We used the Pearson's Chi-square test to analyze the association among the categorical variables of interest, the nursing diagnosis on Risk for decreased cardiac output and its risk factors. As for the sociodemographic profile, among the Brazilian university students, we found prevalence of the age group from 18 to 24 years (78.4%), the female gender (60.5%), the brown color (71.0%), the single status (90.5%), the occupation of student (74.8%) and the residence with friends (46.8%). Similar to Brazilians, among the international students, we also found predominance of the age group from 18 to 24 years (72.2%), the single status (97.9%), the occupation of student (82.0%) and the residence with friends (86.1%). However, in the latter cases, the male gender (59.7%) and the black color (82.6%) were prevalent. We found that university students from Portuguese-speaking countries showed the nursing diagnosis on Risk for decreased cardiac output (86.8%), which was associated with: Brazilian nationality ($p: 0.000$), female gender ($p: 0.000$), yellow, white or brown skin color ($p: 0.000$) and residence with friends or alone ($p: 0.019$). The risk factors of this nursing diagnosis showed the following associations: smoking with age group equal or greater than 25 years ($p: 0.000$) and male gender ($p: 0.036$); sedentary lifestyle with age group from 18 to 24 years ($p: 0.044$), Brazilian nationality ($p: 0.000$), female gender ($p: 0.000$), yellow, white or brown skin color ($p: 0.006$) and residence with friends or alone ($p: 0.028$); obesity with both age groups

(p : 0.004), Brazilian nationality (p : 0.002), yellow, white or brown skin color (p : 0.006), residence with relatives or marriage partner (p : 0.017) and occupation (p : 0.002); arterial hypertension with occupation of exclusive student (p : 0.019); dyslipidemia with age group from 18 to 24 years (p : 0.010), Brazilian nationality (p : 0.000) and yellow, white or brown skin color (p : 0.000); pharmacological agent with Brazilian nationality (p : 0.000), female gender (p : 0.000), yellow, white or brown skin color (p : 0.000), marital status without partner (p : 0.002), residence with friends or alone (p : 0.000); poor knowledge about changeable risk factors with international nationality (p : 0.000) and residence with friends or alone (p : 0.000); history of cardiovascular disease with age group from 18 to 24 years (p : 0.002), yellow, white or brown skin color (p : 0.007) and occupation of exclusive student (p : 0.001); family history of cardiovascular disease with Brazilian nationality (p : 0.000), female gender (p : 0.005), yellow, white or brown skin color (p : 0.000) and residence with friends or alone (p : 0.017). We noted a high prevalence of the nursing diagnosis on Risk for decreased cardiac output in university students from Portuguese-speaking countries. The main risk factors identified in Brazilian university students were: family history of cardiovascular disease, sedentary lifestyle, pharmacological agent and dyslipidemia. With regard to international university studies, the highlights were: family history of cardiovascular disease, poor knowledge about changeable risk factors and sedentary lifestyle. The association of risk factors with demographic conditions has allowed us to check which are more present in each group. In light of the foregoing, we have realized the need for planning strategies and implementing health actions aimed at reducing cardiovascular risk in line with the peculiarities of this population.

Keywords: Nursing Diagnosis; Risk; Cardiovascular Diseases; Students; Developing Countries.

LISTAS DE QUADROS

- Quadro 1** - Apresentação da extração dos dados do estudo segundo título do artigo, base de dados, fonte de dados, ano, autores e assunto. Redenção-CE, Brasil, 2016..... 32
- Quadro 2** - Operacionalização das variáveis sociodemográficas, clínicas e fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos. Redenção-CE, Brasil, 2017. 42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Plano de amostragem probabilística aleatória estratificada por país.....	41
Tabela 2	- Distribuição dos estudantes universitários de países lusófonos conforme a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	51
Tabela 3	- Perfil sociodemográfico dos estudantes universitários de países lusófonos conforme a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	51
Tabela 4	- Distribuição dos estudantes universitários de países lusófonos conforme os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nas nacionalidades Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	52
Tabela 5	- Distribuição dos estudantes universitários conforme uso e frequência do uso de álcool, conforme a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	54
Tabela 6	- Condições sociodemográficas associadas ao tabagismo nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	54
Tabela 7	- Condições sociodemográficas associadas ao tabagismo em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.....	55
Tabela 8	- Condições sociodemográficas associadas ao sedentarismo em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	56
Tabela 9	- Condições sociodemográficas associadas ao sedentarismo em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	57
Tabela 10	- Condições sociodemográficas associadas à obesidade em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	58
Tabela 11	- Condições sociodemográficas associadas à obesidade em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	59
Tabela 12	- Condições sociodemográficas associadas à hipertensão em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	60

Tabela 13 - Condições sociodemográficas associadas à hipertensão em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	61
Tabela 14 - Condições sociodemográficas associadas ao diabetes em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	62
Tabela 15 - Condições sociodemográficas associadas às dislipidemias em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	63
Tabela 16 - Condições sociodemográficas associadas às dislipidemias em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	64
Tabela 17 - Condições sociodemográficas associadas ao uso de agente farmacológico nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	65
Tabela 18 - Condições sociodemográficas associadas ao uso de agente farmacológico história pessoal em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.....	66
Tabela 19 - Condições sociodemográficas associadas ao conhecimento insuficiente dos fatores de risco cardiovascular nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	67
Tabela 20 - Condições sociodemográficas associadas ao conhecimento insuficiente dos fatores de risco em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	68
Tabela 21 - Condições sociodemográficas associadas à história pessoal de doenças cardiovasculares nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	69
Tabela 22 - Condições sociodemográficas associadas à história pessoal em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	70
Tabela 23 - Condições sociodemográficas associados à história familiar de doenças cardiovasculares nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	71
Tabela 24 - Condições sociodemográficas associadas à história familiar em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-	

	CE, Brasil, 2017.	72
Tabela 25 -	Inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada pelas enfermeiras diagnosticadoras a partir dos fatores de risco. Redenção-CE, Brasil, 2017.	73
Tabela 26 -	Condições sociodemográficas associadas ao diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção-CE, Brasil, 2017.	74
Tabela 27 -	Condições sociodemográficas associadas ao diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção-CE, Brasil, 2017.	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroides
BPE	Beber Pesado Episódico
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CT	Colesterol Total
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-c	Lipoproteína de Alta Densidade
IMC	Índice de Massa Corporal
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LDL-c	Lipoproteína de Baixa Densidade
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MET	Equivalente Metabólico da Tarefa
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNE	Plano Nacional de Educação
PROPÆ	Pró-reitoria de Políticas Afirmativas e Estudantis
PUBMED	Public Medline
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG Triglicéridos
UNILAB Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	30
2.1	Objetivo Geral	30
2.2	Objetivos Específicos	30
3	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	31
3.1	Avaliação dos fatores de risco cardiovascular	36
3.2	Comportamentos e exposição aos fatores de risco cardiovascular	37
4	MÉTODO	39
4.1	Desenho do Estudo	39
4.2	Local do Estudo	39
4.3	População e Amostra	40
4.4	Procedimento de coleta e Avaliação dos dados	41
4.5	Inferência do Diagnóstico de Enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada.	46
4.6	Análise e Apresentação dos dados	48
4.7	Riscos e Benefícios.....	49
4.8	Aspectos Éticos e Legais	50
5	RESULTADOS	51
6	DISCUSSÃO	77
6.1	Perfil Sociodemográfico	77
6.2	Fatores de risco do Diagnóstico de Enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada	81
6.2.1	Tabagismo	81
6.2.2	Estilo de vida sedentária	84
6.2.3	Obesidade	88

6.2.4	Hipertensão arterial	92
6.2.5	Diabetes	95
6.2.6	Dislipidemia	97
6.2.7	Agente farmacológico	100
6.2.8	Conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis.....	103
6.2.9	História de doença cardiovascular	105
6.2.10	História familiar de doença cardiovascular	106
6.3	Uso do álcool	107
6.4	Diagnóstico de Enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada.	109
7	CONCLUSÃO	113
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	136
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....	138
	APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNOSTIGADOR	145
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO DIAGNOSTIGADOR	146
	ANEXO A - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA - UNILAB.	149
	ANEXO B - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO PROJETO (EMENDA) PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA - UNILAB.	155

1 INTRODUÇÃO

O foco desta pesquisa foi analisar o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários dos países lusófonos. O diagnóstico de enfermagem no processo de cuidado é importante, pois permite a prática do cuidado de forma sistematizada. No caso deste estudo, teve-se o intuito de identificar essa situação clínica para, posteriormente, prevenir, retardar ou minimizar agravos futuros nesse grupo específico.

O processo de enfermagem demanda ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização visando à assistência ao ser humano (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Consiste em um instrumento tecnológico que promove e estabelece as condições para realização do cuidado, bem como para documentar a prática profissional. Para facilitar algumas etapas do processo de enfermagem, por exemplo, a do diagnóstico, torna-se necessário o uso de sistemas de classificação. Esses sistemas são tecnologias que possibilitam uma linguagem padronizada a ser utilizada no processo de raciocínio clínico e terapêutico visando fundamentar a documentação clínica da prática profissional (SILVA *et al.*, 2016).

Neste estudo, optou-se por utilizar a taxonomia de enfermagem da NANDA-I 2015-2017, uma vez que consiste em julgamento clínico de uma resposta de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade a condições de saúde/processos de vida ou mesmo uma vulnerabilidade a tal resposta. Assim, os enfermeiros poderão diagnosticar problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. É válido salientar que um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade para um indivíduo (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Na última versão da NANDA-I, foi incluído no Domínio 4: Atividade/Repouso, Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares, o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). A origem desse diagnóstico de enfermagem surgiu em decorrência de demandas da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que os enfermeiros atendem muitos pacientes crônicos, com várias patologias associadas, em uso/dependentes de diversas medicações. Nesse público, os problemas advindos de cada doença, que na maioria das vezes são eventos cardiovasculares, não são percebidos e, conseqüentemente, os cuidados também não realizados (SÁNCHEZ GÓMEZ; DUARTE CLÍMENTS, 2015).

Considera-se risco de função cardiovascular prejudicada como uma resposta humana cuja definição é “o risco de alteração de um ou de vários elementos do sistema circulatório em razão de causas internas de doença ou lesão, fatores hereditários e/ou idade, e de causas externas, como abuso de substâncias e/ou medicamentos que podem produzir dano em um ou vários órgãos vitais e no próprio sistema circulatório” (SÁNCHEZ GÓMEZ; DUARTE CLÍMENTS, 2015, p.104).

Assim, o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada é definido como: “vulnerabilidade a causas internas ou externas que podem danificar um ou mais de um órgão vital e o próprio sistema circulatório” (HERDMAN; KAMITSURU, 2015, p. 218).

Quanto aos fatores de risco (FR) do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, apontam-se: agente farmacológico, conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis, diabetes mellitus, dislipidemia, estilo de vida sedentário, hipertensão arterial, história de doença cardiovascular, história familiar de doença cardiovascular, idade \geq 65 anos, obesidade e tabagismo (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Ressalta-se que esses fatores de risco são vastamente referidos na literatura e estudados há bastante tempo como elementos que, isoladamente, poderão ocasionar eventos cardiovasculares. Portanto, tais fatores de risco auxiliam na detecção do problema e no dimensionamento do nível de risco (SÁNCHEZ GÓMEZ; DUARTE CLÍMENTS, 2015; FRITZSCHE; HUENCHÚAN, 2014).

Diante deste contexto, o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada é de suma importância, uma vez que, a partir da identificação precoce dos fatores de risco nos indivíduos expostos, poderão ser realizadas intervenções visando à eliminação e/ou redução de tais riscos, prevenindo ou retardando, assim, o aparecimento das doenças cardiovasculares (DCV).

Aponta-se que, atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morbimortalidade no mundo. No ano de 2012, houve 38 milhões de óbitos relacionados a estas doenças, com destaque para doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Além disso, estima-se que os óbitos ocasionados por essas doenças cresçam globalmente 17% até 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

No tocante às DCNT, ao longo da última década, ganharam destaque as doenças cardiovasculares, especialmente a doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral (AVC), doença hipertensiva e insuficiência cardíaca. Estas doenças

se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todos os óbitos e até 50% da mortalidade pelo conjunto das DCNT (GOULART, 2011).

Desse modo, as doenças cardiovasculares representam, no plano macroeconômico, uma pesada carga nas economias dos países de baixa e média renda, por exemplo, os países do continente africano, o Timor Leste e o Brasil, nos quais se concentram pelo menos três quartos das mortes por doenças cardiovasculares (WHO, 2017).

Uma das possíveis causas atribuída para elevada prevalência das doenças cardiovasculares seja porque, geralmente, nesses países, as pessoas não disponibilizam de programas integrados de cuidados de saúde primários voltados para detecção precoce e tratamento de pessoas com fatores de risco (WHO, 2017).

Outra causa atribuível é que, nos países de baixa e média renda, as pessoas com doenças cardiovasculares e outras doenças não transmissíveis possuem menos acesso aos serviços de saúde efetivos e equitativos que atendam às suas necessidades. Como consequência, muitas vezes são diagnosticadas no final da doença e vão a óbito mais jovens, frequentemente em seus anos mais produtivos, devido às DCV e outras doenças não transmissíveis (WHO, 2017).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de morte, responsabilizando-se por cerca de 20% de todas as mortes em adultos acima de 30 anos. Nesse país, no ano de 2011, as DCNT foram responsáveis por 72,7% do total de óbitos, com evidência nas doenças do aparelho circulatório (30,4%), nas neoplasias (16,4%), no diabetes (5,3%) e nas doenças respiratórias (6,0%) (MALTA *et al.*, 2014).

Diante deste contexto, as doenças cardiovasculares são priorizadas na saúde pública brasileira, no tocante às políticas direcionadas ao enfrentamento das doenças e agravos crônicos (BRASIL, 2011; MENDES, 2012).

Estima-se que, nesse país, as despesas com consultas cardiológicas cresceram de aproximadamente R\$ 1,2 para 1,5 bilhões de reais. As internações hospitalares por DCV sofreram um incremento de 28% nos gastos, sobretudo nas internações cirúrgicas. No ano de 2015, o ônus direto total com internações e consultas por DCV foi de R\$ 5.103.930.001,38 (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Durante o período de 2010 a 2015, o número de internações cirúrgicas por DCV no Brasil se elevou de 246.038 para 279.010, com crescimento de 55% das internações para procedimentos associados a cirurgias vasculares, de 35% para angioplastias coronarianas e de 34% para Estudos Eletro Fisiológicos (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Com relação à região africana, em 2008, as DCNT ocasionaram 2,8 milhões de mortes. Possui as mais elevadas taxas de mortalidade masculina, padronizadas por idade, sendo a prevalência no público masculino 844/100.000 e nas mulheres 724/100.000. Aproximadamente, 50% das mortes, relacionadas a estas doenças, ocorrem na faixa etária inferior a 70 anos, sendo as DCNT um relevante fator para a morte e incapacidade prematuras na África (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Dentre as DCNT, a carga das DCV também está aumentando rapidamente em todo o continente africano, consistindo atualmente um grave problema de saúde pública. Ressalta-se que as DCV acarretam um significativo impacto socioeconômico sobre as pessoas, famílias e sociedades, quanto aos custos para os cuidados de saúde, bem como produtividade perdida por absenteísmo e morte prematura (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2011).

Diante do exposto, percebe-se que é de suma importância a identificação, o monitoramento e o controle/eliminação dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, visto que podem ser responsáveis pela ocorrência das doenças cardiovasculares.

No tocante a esses fatores de risco, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), condição clínica multifatorial na qual os níveis da pressão arterial (PA) permanecem elevados e sustentados, superiores aos considerados universalmente normais. Como parâmetro, considera-se a pressão arterial normal de um adulto, quando a pressão sistólica se encontra em um valor <120 mmHg e a pressão diastólica em um valor <80 mmHg (WHELTON *et al.*, 2017).

Em relação à carga global das DCV associadas à hipertensão, houve um expressivo aumento de cerca de 4,5% (quase 1000 milhão de adultos) em 2000 para 7% em 2010 (KALOKO, 2013). Além disso, globalmente, a HAS foi responsável por 7,1 milhões de óbitos cuja prevalência chegou a quase 1 bilhão em 2000, projetando-se elevação da mesma em 29,2%, chegando a 1,56 bilhão em 2025 (RAMANATH *et al.*, 2012).

Observa-se, ainda, que a HAS está presente em 69% dos pacientes com um primeiro infarto do miocárdio, em 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica e em 60% de pacientes com doença arterial periférica (ARONOW, 2012). Logo, está de tal modo associada a complicações clínicas que levam um número expressivo de indivíduos a óbito. No entanto, muitas complicações poderiam ter sido evitadas e/ou minimizadas, se houvesse adesão precoce a um plano terapêutico (PICCINI *et al.*, 2012).

Assim sendo, além de consistir em uma das principais causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, também ocasiona uma carga socioeconômica elevada, visto que poderá interromper temporária ou permanentemente a vida produtiva (MOREIRA *et al.*, 2013). Destarte, é considerada relevante problema de saúde pública em virtude de sua elevada prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo expressivamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular (MORAES; AVEZUM, 2012).

No Brasil, a hipertensão arterial está presente em 25% da população adulta e estima-se que em 2025 esse número terá elevado em 60%, alcançando uma prevalência de 40% (MOREIRA *et al.*, 2013). Dados representativos obtidos através da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2014) constataram que a frequência de adultos brasileiros que relataram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 15,2% em Palmas e 29,2% em Porto Alegre. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Maceió (27,8%) e as menores em São Luís (15,3%). Entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas em Porto Alegre (32,2%) e as menores em Palmas (14,6%).

No continente africano, a prevalência da HAS cresceu significativamente durante as duas ou três últimas décadas, constituindo a mais elevada, quando comparada aos demais continentes, chegando a atingir um percentual de 46% para ambos os sexos combinados. Em 2000, havia cerca de 80 milhões de adultos com HAS na África do Sul do Saara cujas projeções, com base nos atuais dados epidemiológicos, apontam que este valor irá aumentar para 150 milhões até 2025 (KALOKO, 2013).

Já no Timor-Leste, no ano de 2014, dados da Organização Mundial da Saúde apontaram que a prevalência da hipertensão autorreferida em ambos os sexos (diagnosticada nos últimos 12 meses) foi de 2,8%. Entre aqueles com hipertensão diagnosticada autorreportada, apenas 47,7% de ambos os sexos estavam em terapêutica anti-hipertensiva, conforme prescrição médica ou de outro trabalhador da saúde. Esta proporção foi maior na faixa etária de 45-69 anos (53,9%) do que no grupo etário mais jovem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Portanto, o surgimento da hipertensão em pessoas de faixa etária, cada vez menor, pode estar associado aos fatores de risco modificáveis aos quais estão expostas, como sedentarismo, alimentação inadequada, estresse, tabagismo, etilismo, obesidade.

Assim, constitui um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada que deverá ser identificado precocemente pelo enfermeiro na atenção primária, pois a falta de controle adequado da pressão arterial poderá repercutir

negativamente na saúde do indivíduo, visto que essa condição, sozinha ou associada a outros fatores de risco do diagnóstico de enfermagem em questão, elevará o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

Outro fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada que merece destaque é o diabetes mellitus (DM), o qual não constitui uma única doença, porém um grupo heterogêneo de alterações metabólicas que têm em comum a hiperglicemia como consequência de problemas na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Estima-se que, globalmente, haja 387 milhões de pessoas com este agravo cujo número deverá alcançar 471 milhões até 2035. Aproximadamente, 80% desses indivíduos pertencem aos países em desenvolvimento, nos quais a epidemia tem maior amplitude, pois além desse problema ainda enfrentam as doenças infecciosas. Além disso, há crescente magnitude de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014).

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, no Brasil, inferiu que 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade citaram diagnóstico médico de diabetes cujo percentual foi de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Quanto à escolaridade, observou-se maior percentagem de diagnóstico de diabetes (9,6%) entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. No tocante à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos. Não foram apurados resultados estatisticamente distintos entre brancos, pretos e pardos (IBGE, 2014).

Em 2014, avaliou-se que, no Brasil, haveria 11,9 milhões de indivíduos, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014). No continente africano, estima-se que 14,2 milhões de adultos com idades entre 20-79 têm diabetes, representando uma prevalência regional de 2,1- 6,7% (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Quanto ao Timor-Leste, em pesquisa recente realizada, somente 0,2% de todos os entrevistados relatou ter diagnóstico de diabetes, por um médico ou por um profissional de saúde, nos últimos 12 meses. É importante salientar que 99,2% dos adultos nunca haviam medido a glicemia, sendo esta proporção semelhante em ambos os sexos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Desse modo, nota-se que o DM ainda é pouco diagnosticado em algumas populações, o que poderá implicar em danos irreversíveis à saúde devido à ausência do

diagnóstico médico ou diagnóstico tardio desta doença que, muitas vezes, é descoberta apenas quando já há complicações e comprometimento de órgãos-alvo, como retinopatia, insuficiência renal, vasculopatias, entre outros.

Compreende-se que os custos ocasionados pelo DM atingem o indivíduo, a família e a sociedade, mas não contemplam apenas a economia. Os custos intangíveis, como dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, também acarretam relevante impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, algo difícil de quantificar (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Este problema tem maior impacto na África, uma vez que este continente possui a maior taxa (66,7%) de pessoas não diagnosticadas, que estão em risco mais elevado de desenvolver complicações prejudiciais e dispendiosas (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade da identificação precoce deste fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Neste âmbito, o enfermeiro poderá ter papel fundamental, principalmente na atenção primária, através da promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do diabetes mellitus (atuação no Programa Saúde na Escola e outras instituições de ensino, como as universidades, visando informar os estudantes sobre os fatores de risco do DM, principais sinais e sintomas e prevenção; palestras/rodas de conversa sobre o DM; campanhas de rastreamento do diabetes mellitus e investigação desta condição nas consultas de enfermagem).

Em relação a outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, uma série de pesquisas tem analisado resultados de combinações de fatores de risco de vida quanto à doença ou mortalidade. Nestas pesquisas, focam-se, principalmente, os efeitos combinados de tabagismo, consumo de álcool, atividade física e dieta, bem como alguns *status* de peso. Uma meta-análise com base em 15 estudos de coorte constatou que a combinação de pelo menos quatro fatores de estilo de vida saudável está associada a uma redução de 66% em causa de mortalidade (LOEF; WALACH, 2012).

No tocante ao tabagismo, também considerado fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, constitui uma das principais causas evitáveis de morbidade e morte precoces do mundo (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 2014). É responsável por quase 10% dos casos de DCV (DUCAN *et al.*, 2012). Assim, o cigarro eleva a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, como também é responsável por vários tipos de câncer e doenças pulmonares (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 2014).

Considerando o impacto financeiro, estima-se que, em 2011, no Brasil, a carga econômica gerada pelo tabagismo para o setor de saúde foi de aproximadamente R\$ 20,68 bilhões, representando cerca de 0,5% do produto interno bruto (PIB) do país (PINTO; PICHON-RIVIERE, 2012). Além disso, um fator agravante é que o uso do tabaco está sendo iniciado em população cada vez mais jovem, pois, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), aplicada a estudantes brasileiros do nono ano, mais de 30% dos jovens de 13 a 15 anos experimenta fumar antes dos 12 anos de idade (BARRETO *et al.*, 2014).

Na África e no Timor-Leste, esta realidade também está presente, visto que na região africana o consumo de cigarros aumentou 57% entre 1990 e 2009 (ERIKSEN *et al.*, 2012) e no Timor-Leste, constatou-se, em estudo realizado com 2.609 adultos, que 56,1% dos entrevistados relataram o uso atual de qualquer forma de tabaco, sendo a incidência maior entre os homens (70,6%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Percebe-se que, além de significar ameaça à saúde pública, o tabagismo acarreta elevados custos para a sociedade, tanto custos tangíveis (assistência à saúde, perda de produção ocasionada por óbito ou adoecimento, entre outros) quanto intangíveis (decorrentes da morte de tabagistas e de não tabagistas, bem como do sofrimento dos próprios tabagistas e familiares) (LAMPREIA *et al.*, 2015).

Considerando os danos severos à saúde ocasionados por este fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, evidencia-se a importância do enfermeiro e demais membros da equipe de saúde priorizarem, na atenção primária (Estratégia Saúde da Família, Programa Saúde na Escola e nas universidades), ações de combate a este problema, sobretudo naquelas pessoas que já apresentam outros fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Apesar de não estar incluído no diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, o consumo do álcool também é considerado relevante fator de risco para a carga de doenças e prejuízos mundiais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), pois geralmente está relacionado a agravos crônicos e agudos de saúde, principalmente câncer, doenças cardiovasculares, patologias do trato digestivo, acidentes e violência (REHM *et al.*, 2010).

Em 2012, o uso do álcool foi responsável por 5,1% da carga global de doenças, equivalendo a 139 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 25% de todas as mortes são atribuíveis ao álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Observa-se, portanto, que o consumo de álcool poderá acarretar prejuízos nos diversos âmbitos da vida do indivíduo, bem como aumentar sua propensão às doenças agudas e crônicas, dentre as quais as DCV.

Outro importante fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada é o estilo de vida sedentário. Pesquisas recentes apontaram a relação entre o maior tempo gasto em comportamentos sedentários e o risco aumentado de diabetes, doença cardiovascular e morte (BISWAS *et al.*, 2015; WILMOT *et al.*, 2012).

O comportamento sedentário considera a proporção de tempo diária gasta em atividades de intensidade inferior a 1,5 equivalente metabólico da tarefa (MET), principalmente, o tempo sentado. Portanto, constituem atividades que não acrescentam consideravelmente o gasto energético, por exemplo, assistir televisão, utilizar o computador ou, ainda, o tempo sentado durante o trabalho ou no deslocamento. Pode ser operacionalmente definido como atividades que tenham um dispêndio energético entre 1,0 e 1,5 METs (PATE; O'NEILL; LOBELO, 2008).

O estilo de vida sedentário exerce grande influência no estado de saúde do indivíduo, visto que constitui a quarta principal causa de morte no mundo, influenciando de forma decisiva na carga global de doenças (LEE *et al.*, 2012).

No Brasil, em estudo recente, constatou-se que, dentre as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, a frequência de adultos fisicamente inativos foi de 15,4%, com frequência semelhante entre homens (16,2%) e mulheres (14,7%). Salienta-se que a porcentagem de pessoas fisicamente inativas foi mais elevada em adultos com menor escolaridade (até oito anos de estudo), bem como em pessoas a partir de 65 anos para ambos os sexos (BRASIL, 2014).

Logo, visando à redução deste fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, é de suma importância que, na atenção primária (Estratégia Saúde da Família, promoção de saúde e prevenção de doenças nas escolas e universidades), o enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, invista na sensibilização da população quanto à importância da atividade física para a saúde, independente da faixa etária. Para tanto, poderá identificar os espaços físicos propícios para realização de atividade física e trabalhar com parcerias que proporcionem condições para as pessoas se sentirem motivadas a praticarem atividade física.

Quanto ao excesso de peso, a obesidade também constitui um dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada que requer vigilância, uma vez que é denominada um dos maiores problemas de saúde pública

atualmente e está fortemente associada ao aumento da mortalidade cardiovascular, provocando enorme custo à saúde (WANG *et al.*, 2011).

Além disso, a obesidade abdominal ou central poderá estar relacionada não apenas a alterações no perfil lipídico, mas também à elevação da pressão arterial e hiperinsulinemia, que são fatores de risco para resistência à insulina, diabetes mellitus tipo 2 (alguns são também fatores de risco presentes no diagnóstico de enfermagem em questão) e doenças cardiovasculares (SANTOS *et al.*, 2013).

A obesidade enquanto fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada poderá ser identificada pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem ou em campanhas de rastreio da obesidade nas escolas e universidades, contemplando os diversos grupos. Destarte, é de grande valia a identificação da obesidade na população atendida pelo enfermeiro, pois servirá de base para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, controle ou eliminação deste fator de risco, de acordo com as condições sociodemográficas da população atendida.

Outro fator de risco também considerado no diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada é a dislipidemia cuja definição constitui a presença de, no mínimo, uma alteração do perfil lipídico: elevada concentração sérica de Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c), de Triglicérides (TG) e/ou reduzida de Lipoproteína de Alta Densidade (HDL-c) (GARCEZ *et al.*, 2014).

As medidas de Colesterol Total (CT) e LDL-c são utilizadas para avaliar risco cardiovascular, confirmadas por evidências de diversas pesquisas, constituindo-se no principal alvo terapêutico na prevenção da doença cardiovascular. Desta feita, para avaliação adequada do risco cardiovascular, são também imprescindíveis as análises do HDL-c e do LDL-c (XAVIER *et al.*, 2013).

Assim, o rastreio de dislipidemia, fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, constituirá ferramenta importante para detecção precoce desta condição na população, como também possibilitará a intervenção e o manejo adequados das alterações lipídicas visando prevenir possíveis danos à saúde, por exemplo, as doenças cardiovasculares.

Estudos epidemiológicos confirmaram que, na ausência dos fatores de risco, as DCV seriam uma causa relativamente rara de morte (COELHO *et al.*, 2014). Logo, a prevenção primária com inquirição, detecção e manejo dos fatores de risco constitui em relevante ferramenta para evitar ou minimizar a progressão das DCV e suas complicações de forma eficaz e menos nociva (GOMES *et al.*, 2012).

Alguns destes fatores de riscos apresentados já foram investigados em estudantes universitários no Brasil, os quais apresentaram elevada frequência, tais como alteração do perfil lipídico, HAS, consumo de álcool e sedentarismo (CARVALHO *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2015). Também já se tem a preocupação de estudar os fatores de risco cardiovascular na população adulta na região africana (CRAMPIN *et al.*, 2016; HAREGU *et al.*, 2016).

No entanto, ao fazer a consulta, no período de agosto a outubro de 2016, com os descritores associados: *Nursing Diagnosis, Cardiovascular Disease, Students, Africa e Brasil*, nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Public Medline (PUBMED)*, não se encontraram pesquisas com o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Provavelmente, isso ocorreu devido a esse diagnóstico de enfermagem ter sido incluído recentemente na NANDA-I 2015-2017.

Nesta perspectiva, devido ao aumento da presença de alguns fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada e de eventos cardiovasculares em adultos jovens, observou-se a necessidade de pesquisar esse diagnóstico nos estudantes universitários de nacionalidade brasileira e dos demais países lusófonos, já que este público é constituído, em sua maioria, por pessoas em busca da necessidade de adaptação ao novo ritmo de vida (mudar de cidade ou país, morar sozinho ou dividir casa com outros membros da família ou colegas, conciliar trabalho e estudo, ter bom rendimento escolar, entre outros).

Nesse sentido, uma triagem inicial nestes indivíduos é considerada benevolente e servirá como estratégia de prevenção, podendo-se identificar pessoas que irão se beneficiar de mudanças no estilo de vida (ARNOLD *et al.*, 2014).

Levando em consideração esta situação, sabe-se que o enfermeiro pode exercer um significativo papel na realização de triagem desta população e, para tanto, pode utilizar o diagnóstico de enfermagem, baseado na taxonomia proposta pela NANDA-I 2015-2017, como instrumento para detecção dos riscos, bem como poderá, no futuro, traçar estratégias de intervenção que busquem eliminá-los ou reduzi-los.

Portanto, espera-se que a identificação do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nesta população específica possa favorecer uma intervenção futura eficaz de modo a prevenir, minimizar ou retardar o surgimento das doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, a possibilidade de adoecimento, além de melhorar a qualidade de vida. Além disso, sabe-se que a prevenção dos riscos cardiovasculares desde a

fase jovem, a qual coincide com o ingresso na vida universitária, é fundamental para se chegar à fase senil com mais saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Assim, a pesquisa norteou-se pelos seguintes questionamentos: qual é a prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes universitários de países lusófonos? Quais são as condições sociodemográficas desses estudantes universitários? Qual é a prevalência dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada e do uso do álcool nos estudantes universitários de países lusófonos? Como ocorre a inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, pelas enfermeiras diagnosticadoras, a partir da presença dos fatores de risco? Existe associação das condições sociodemográficas dos estudantes com os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada? Há relação das condições sociodemográficas dos estudantes universitários de países lusófonos com o diagnóstico Risco de função cardiovascular prejudicada?

Esta pesquisa é importante e relevante, uma vez que, ao contemplar estudantes universitários de diferentes nacionalidades (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste), propiciou a realização de análises comparativas quanto à presença do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular nestes estudantes, bem como, identificaram-se quais fatores de risco cardiovasculares estiveram mais presentes em cada grupo e associação destes com as condições sociodemográficas. Desse modo, possibilitou o fornecimento de dados que poderão ser utilizados para o direcionamento de ações estratégicas de acordo com as peculiaridades da população envolvida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos;

2.2 Específicos

- Apresentar as condições sociodemográficas dos estudantes universitários de países lusófonos;
- Identificar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada e o uso do álcool nos estudantes universitários de países lusófonos;
- Apresentar a inferência do diagnóstico de enfermagem pelas enfermeiras diagnosticadoras a partir da presença dos fatores de risco;
- Associar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada com as condições sociodemográficas dos estudantes universitários de países lusófonos;
- Verificar a relação do diagnóstico Risco de função cardiovascular prejudicada com as condições sociodemográficas dos estudantes universitários de países lusófonos.

3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A revisão integrativa da literatura analisa pesquisas relevantes, que direcionam para tomada de decisão na prática clínica, acrescentando conhecimentos para a realização de novas pesquisas. Este método realiza a síntese de diversos estudos publicados, possibilitando conclusões abrangentes em relação a uma determinada área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Na presente pesquisa, a temática em questão constituiu a saúde cardiovascular dos estudantes universitários.

As seis etapas metodológicas para a revisão integrativa foram: elaboração da pergunta de pesquisa; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; apresentação da revisão integrativa dos resultados (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A questão formulada para a presente pesquisa foi: os estudantes universitários apresentam fatores de risco para doenças cardiovasculares? O levantamento dos dados ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2016 através da busca *on-line* nas bases de dados da literatura nacional e internacional. A consulta foi realizada com levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS e PUBMED bem como na biblioteca virtual *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Utilizou-se os descritores controlados: doenças cardiovasculares (*Cardiovascular Diseases*), estudantes (*Students*) e universidades (*Universities*). Empregou-se o operador booleano *AND* entre os termos.

Para inclusão dos artigos, adotaram-se os seguintes critérios: artigo original, com resumos e textos completos disponíveis gratuitamente para análise, publicados em português, inglês ou espanhol, no período de 2011 a 2016 e que contemplassem a temática da pesquisa.

Foram eliminados: relatos de casos informais, teses e dissertações, capítulos de livros, reportagens, estudos de revisão, editoriais e textos não científicos, além de artigos que não apresentavam relação com o objetivo do estudo.

Após leitura dos títulos e resumos de todas as publicações encontradas e, ainda, considerando os critérios de inclusão e exclusão anteriormente determinados, obteve-se a seleção prévia dos artigos que contemplaram a amostra deste estudo, totalizando 24 artigos.

Foram inicialmente identificados 58 artigos na biblioteca virtual MEDLINE, dos quais estavam disponíveis gratuitamente apenas 40 artigos completos. Após uma análise minuciosa, 8 se adequaram aos critérios de inclusão.

Na base de dados PUBMED, localizou-se 444 artigos, destes, 208 estavam disponíveis completos e de forma gratuita. No entanto, somente 10 se adequaram aos critérios de inclusão.

Na base de dados LILACS foram encontrados 13, dos quais apenas 10 eram completos e gratuitos. Após análise, 6 artigos contemplaram os critérios de inclusão. O Quadro 1 detalha a síntese dos artigos analisados conforme número de ordem, título do artigo, objetivo, base de dados, fonte de dados, ano e país.

Quadro 1. Apresentação da extração dos dados do estudo segundo título do artigo, base de dados, fonte de dados, ano, autores e assunto. Redenção/CE, Brasil (2016)

Nº	Artigo	Objetivo	Base De Dados	Fonte de Dados	Ano	País
01	Fatores de risco cardiovascular em estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande	Avaliar os fatores de risco cardiovascular entre estudantes da área de saúde de uma Universidade de Campina Grande.	Lilacs	Medicina	2012	Brasil
02	Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Austral de Chile	Avaliar a presença de fatores de risco cardiovascular em alunos da Universidade Austral de Chile (UACH).	Lilacs	Rev Med Chile	2012	Chile
03	Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular en Ingresantes a la Universidad Nacional de La Rioja en el año 2007	Avaliar os fatores de risco cardiovascular em ingressos na Universidade Nacional de La Rioja.	Lilacs	Revista de Salud Pública	2012	Argentina
04	Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en jóvenes de una institución universitaria	Determinar a prevalência de fatores de risco cardiovascular em estudantes de uma universidade em Medellín.	Lilacs	Rev. Salud Pública	2012	Colômbia

05	Dépistage des maladies cardiovasculaires chez des étudiants de l'Université de Douala et influence des activités physiques et sportives	Detectar as doenças cardiovasculares na população de jovens estudantes camaroneses.	Medline	Pan African Medical Journal	2012	República dos Camarões
06	The perception and knowledge of cardiovascular risk factors among medical students	Avaliar a percepção, conhecimento e consciência dos fatores de risco para doença cardiovascular entre estudantes de medicina.	Pubmed	Croat Med J.	2012	Croácia
07	Fatores de risco cardiovascular em universitários: comparação entre sexos, períodos de graduação e áreas de estudo	Realizar comparações dos fatores de risco cardiovascular entre sexos, estudantes calouros e formandos e entre áreas de estudo.	Lilacs	Medicina	2013	Brasil
08	Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários	Verificar associação entre o período da graduação e fatores de risco cardiovascular em uma amostra representativa de universitários.	Medline	Rev. Latino-Am. Enfermag em	2013	Brasil
09	Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en escolares, universitarios y mujeres de Organizaciones Sociales de Base en Distritos de Lima, Callao, La Libertad Y Arequipa, Perú 2011	Determinar a prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular e risco metabólico (FRCRM) em escolas, universidades e organizações de base de mulheres (OSB) em quatro distritos no Peru.	Lilacs	Rev Peru Med Exp Salud Publica	2014	Peru
10	Estilo de vida relacionados com el riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios	Analisar os estilos de vida relacionados com o risco cardiovascular em uma população universitária ao ingressar na universidade.	Medline	Clin Invest Arterioscl	2014	Espanha
11	Ten-year cardiovascular risk assessment in university students.	Comparar composição corporal, pressão sanguínea, colesterol total (CT) e o colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-C), história familiar, comportamentos de atividade e o risco em 10	Medline	Acta Physiologica Hungarica	2014	Hungria e Estados Unidos da América (EUA)

		anos de ter um ataque cardíaco entre 166 alunos universitários de Utah 12(EUA) e 198 alunos da Hungria.				
12	Risk factors of coronary heart disease among medical students in King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia.	Estimar a prevalência de fatores de risco de doença cardíaca coronária (CHD) entre estudantes de medicina durante o seu estágio clínico (4° - 6° anos).	Pubmed	BMC Public Health	2014	Arábia Saudita
13	Factores de riesgo cardiovascular y su relación con la composición corporal en estudiantes universitarios.	Avaliar a prevalência dos fatores de risco cardiovascular em uma população de jovens universitários e sua relação com a composição corporal.	Pubmed	Rev. Salud Pública	2014	Colômbia
14	Neck and waist circumference biomarkers of cardiovascular risk in a cohort of predominantly African-American college students: A preliminary study	Avaliar a circunferência do pescoço e da cintura e comparação destes biomarcadores de risco cardiovascular em uma coorte de estudantes universitários predominantemente afro-americanos.	Pubmed	J Acad Nutr Diet	2014	Estados Unidos da América (EUA)
15	Cardiovascular Risk Factors and Physical Activity Among University Students in Somaliland	Elucidar as medidas de fatores de risco cardiovascular em estudantes universitários em Somaliland.	Medline	J Community Health	2015	Somália
16	Concordância na avaliação de risco cardiovascular a partir de parâmetros antropométricos	Investigar a concordância na avaliação do risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a partir de diferentes parâmetros antropométricos, em adultos jovens.	Medline	Einstein	2015	Brasil
17	Efecto de una intervención centrada en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios	Avaliar o efeito de uma intervenção baseada no estilo de vida na redução de fatores de risco cardiovascular em estudantes universitários.	Medline	Rev Med Chile	2015	Chile
18	Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students	Investigar o conhecimento de doenças cardiovasculares e seus fatores de risco entre os estudantes de graduação	Medline	European Journal of Cardiovascular Nursing	2015	Turquia

		em enfermagem, com ênfase na compreensão das doenças cardiovasculares como a principal causa de mortalidade e morbidade, tanto na Turquia quanto em todo o mundo.				
19	Análisis de los factores de riesgo cardiovascular en jóvenes universitarios según su estado nutricional	Analisar o estado nutricional de jovens universitários e sua associação com os fatores de risco cardiovascular.	Pubmed	Nutr Hosp.	2015	Chile
20	Prevalence of obesity and hypertension among University students' and their knowledge and attitude towards risk factors of Cardiovascular Disease (CVD) in Jeddah, Saudi Arabia	Investigar a prevalência de obesidade e hipertensão entre alunos universitários e seus conhecimentos e atitudes em relação a fatores de risco de doença cardiovascular em Jeddah, Arábia Saudita.	Pubmed	Pak J Med Sci	2015	Arábia Saudita
21	Cardiovascular Risk Factors Among Lower Silesian Students of the Faculty of Medicine: Knowledge and Distribution	Avaliar o conhecimento de estudantes de medicina sobre os fatores de risco cardiovascular.	Pubmed	Adv Clin Exp Med.	2016	Polônia
22	High prevalence of hypertension and cardiovascular disease risk factors among medical students at Makerere University College of Health Sciences, Kampala, Uganda	Avaliar a prevalência de hipertensão e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares entre estudantes de medicina em Makerere University College of Health Sciences, em Kampala, Uganda.	Pubmed	BMC Research Notes	2016	Uganda
23	Metabolic syndrome, insulin resistance and other cardiovascular risk factors in university students	Estimar a prevalência da síndrome metabólica, riscos modificáveis e não modificáveis para resistência à insulina e entre outros fatores para doenças cardiovasculares em uma amostra de base populacional estudantes de faculdade em São Luis, Maranhão, Brasil.	Pubmed	Ciência & Saúde Coletiva	2016	Brasil
24	Thirty-year risk of cardiovascular disease in senior medical	Avaliar o risco de 30 anos de doença cardiovascular com base na escala de	Pubmed	Kardiochirurgia i Torakochi	2016	Polônia

students – based on the StudHeart study	risco desenvolvido pelo Framingham Heart Study (FHS).		rurgia Polska		
---	---	--	------------------	--	--

Após a leitura completa e minuciosa dos artigos foi possível identificar duas categorias temáticas relacionadas às abordagens acerca do assunto pesquisado: 1. Avaliação dos fatores de risco cardiovascular; 2. Comportamentos e exposição aos fatores de risco cardiovascular.

3.1 Avaliação dos Fatores de Risco Cardiovascular

Os estudos N° 1, 2, 3, realizados, respectivamente, no Brasil, Chile e Argentina, constataram a presença do sedentarismo na maioria dos estudantes universitários cuja maior prevalência chegou a 88%. Pesquisas afirmam que, nos últimos anos, o comportamento sedentário é considerado fator de risco para implicações adversas à saúde, independente da atividade física. O comportamento, como sentado, deitado, ver televisão e usar o computador, tem sido associado aos fatores de risco cardiovascular e aumento da mortalidade (VAN DER BERG *et al.*, 2014).

A prevalência de sobrepeso e obesidade também foi um achado importante, estando presente em 43,6% dos participantes no Brasil, 29% dos acadêmicos no Chile e 23,5% na Argentina. Esses dados são preocupantes, tendo em vista que o excesso de peso e aumento da circunferência abdominal constituem fatores de risco relevantes para as doenças cardiovasculares. Logo, corrobora com outros estudos realizados com universitários (BERNARDES *et al.*, 2015).

Quanto à HAS, foi verificada em 15,8% dos estudantes brasileiros. No Chile, 40% dos universitários apresentaram pressão arterial elevada, resultado semelhante ao da Argentina, em que 35% não possuíam pressão sistólica normal.

Níveis pressóricos alterados também foram encontrados em outro estudo com universitários cuja pesquisa realizada com 206 universitários constatou que 9,7% estavam com a pressão arterial acima dos parâmetros considerados normais, na qual os homens apresentaram níveis pressóricos mais elevados em relação às mulheres (BERNARDES *et al.*, 2015).

Quanto aos níveis de LDL-c, encontraram-se elevados em 19% dos estudantes universitários chilenos. Na Argentina este problema foi ainda mais impactante, visto que a maioria das mulheres (66,7%) e 50% dos homens tinham níveis de colesterol acima do aceitável e em 74% dos homens havia moderado a elevado risco cardiovascular. No artigo N° 13, os fatores de risco cardiovascular mais relevantes encontrados nos homens foram: valores de LDL-c ≥ 100 mg/dl (60,6%), percentual de gordura $>20\%$ (50,0%) e os valores de HDL-c <40 mg/dL (39,4%). Nas mulheres: percentagem de gordura $>33\%$ (63,0%), LDL-c ≥ 100 mg/dL (39,4%) e HDL-c <50 mg / dl (91,5%).

Sugere-se que níveis de LDL-c acima de 100 mg/dL estejam associados ao maior risco de desenvolver eventos ateroscleróticos, já os níveis abaixo do valor mencionado constituem alvo terapêutico para a maioria daqueles com elevado risco cardiovascular, não denotando que tais níveis os excluam deste risco (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, as pesquisas confirmaram alta prevalência de fatores de risco cardiovascular em jovens universitários, evidenciada, principalmente, por desordens relacionadas ao perfil lipídico, à alteração da pressão arterial e às alterações antropométricas. A elevada frequência de estilos de vida não saudáveis e fatores de risco cardiovasculares foi comum aos participantes.

Ressalta-se a necessidade do estabelecimento de novas estratégias de intervenção neste público visando ao desenvolvimento de hábitos de vida saudável e à redução da prevalência de fatores de risco cardiovascular.

3.2. Comportamentos e exposição aos fatores de risco cardiovascular

O artigo N° 2 constatou consumo atual de tabaco em 28,3% dos graduandos chilenos, dos quais 26,2% eram "tabagistas diários", com uma média de 4,6 cigarros/dia e 2,1% eram "tabagistas ocasionais"; 13,0% eram "ex-tabagistas". O estudo N° 10, realizado com 672 estudantes universitários, também evidenciou resultado semelhante, pois identificou o tabagismo em 242 participantes (36%), 117 ex-fumantes (17,4%) e 313 não fumantes (46,6%). Estes achados são semelhantes aos de uma pesquisa realizada com estudantes de Odontologia em uma Universidade privada no sul do Brasil, na qual 24,9% dos participantes relataram uso do tabaco fumado e não fumado, de uso diário ou ocasional. Destaca-se que estes resultados foram significativamente maiores do que a prevalência na população geral brasileira (BECKERT *et al.*, 2016).

Quanto ao consumo de álcool, no artigo N° 10, 87,4% (587) dos alunos pesquisados relataram uso e apenas 12,6% (85) negaram. Resultados similares foram achados no artigo N° 2, dos quais 79,5% dos estudantes eram consumidores de álcool; 48,8% bebiam moderadamente; 25,2% eram bebedores de risco; e 5,5% era bebedores excessivos. É válido destacar que o consumo excessivo de álcool em populações universitárias tem especial importância de investigação, tendo em vista os elevados índices deste tipo de comportamento e suas consequências, não apenas para saúde cardiovascular, como também problemas sociais relacionados (GRUENEWALD *et al.*, 2010).

A prática de exercício físico foi referida, no artigo N° 10, por 65,6% dos acadêmicos espanhóis cuja maior frequência de exercício estava presente nos homens (81,7%) do que nas mulheres (49,4%). Este resultado divergiu do artigo N° 2, visto que 87,8% dos alunos eram sedentários. No entanto, em ambos estudos, o sedentarismo foi mais prevalente nas mulheres.

Presume-se que o período de graduação possa propiciar hábitos não saudáveis entre os acadêmicos, em virtude da exposição superior destes indivíduos a ocorrências que podem favorecer condutas prejudiciais à saúde, além do maior envolvimento com tarefas acadêmicas e extracurriculares. Assim, a elevada carga de afazeres na universidade poderia, por exemplo, dificultar a prática regular de atividades físicas (GASPAROTTO *et al.*, 2015).

Diante do exposto, percebe-se que significativo percentual dos acadêmicos apresentava hábitos de vida não saudáveis, especialmente quanto ao consumo de tabaco e álcool, os quais constituem relevantes fatores de risco cardiovascular. Evidencia-se, ainda, que significativa parcela dos estudantes universitários, representados por adultos jovens, apresenta comportamento sedentário, que poderá interferir nas medidas antropométricas, favorecendo o surgimento de sobrepeso ou obesidade, os quais são significativos fatores de risco cardiovascular.

Quanto ao fenômeno estudado, os resultados possibilitaram identificar que a maioria dos estudos investigou comportamentos e hábitos dos estudantes universitários associados ao risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

Considera-se o aumento da prevalência dos fatores de risco e doenças cardiovasculares em indivíduos cada vez mais jovens. Portanto, é imprescindível a identificação precoce de tais riscos, bem como o desenvolvimento de estratégias eficazes para redução e/ou eliminação dos fatores de risco modificáveis a partir de práticas de promoção da saúde e prevenção de doença, visando à mudança do estilo de vida e a adesão aos hábitos de vida saudáveis.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, no qual foi investigado o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos.

Neste sentido, o estudo descritivo registra fatos, classifica e procura estabelecer como acontece determinado fenômeno, investigando suas características e fatores relacionados (AMARAL, 2010). Quanto à abordagem quantitativa, as informações coletadas resultam em dados de formato numérico, analisadas por procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do estudo

A coleta de dados ocorreu na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). A pesquisa se restringiu aos campi localizados no estado de Ceará, nos municípios de Acarape (Unidade dos Palmares) e Redenção (Unilab campus Liberdade), apesar de existir um campus fora de sede (Campus Malês) situado no estado da Bahia. Esta instituição possui parceria com alguns países da África (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe) e com um país da Ásia (Timor-Leste) a fim de desenvolver o crescimento econômico, político e social entre os acadêmicos e formar cidadãos capazes de compartilhar conhecimentos.

Voltada para a cooperação internacional e comprometida com a interculturalidade, a cidadania e a democracia nas sociedades, a UNILAB fundamenta suas ações no intercâmbio acadêmico e solidário com os países supramencionados (*site* UNILAB, 2016). Contempla, ainda, programas de pós-graduação lato sensu e *strictu sensu* em diversas áreas.

Portanto, como esta instituição é formada por estudantes oriundos de diversos países lusófonos, nela há uma população diversificada, caracterizada pela miscigenação de hábitos e costumes que poderão estar intimamente relacionados aos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por estudantes universitários de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, nascidos nos seguintes países: Brasil, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, que estavam matriculados e frequentando regularmente os cursos contemplados no Programa de Graduação da UNILAB na modalidade presencial, os quais são: Administração Pública, Agronomia, Ciências da Natureza e Matemática, Química, Biologia, Matemática, Física, Enfermagem, Engenharia de Energias, Humanidades, Antropologia, Sociologia, História, Pedagogia, Letras – Língua Portuguesa.

Deste modo, a população foi constituída por 2.496 acadêmicos, dos quais 61 são da Angola, 1.820 do Brasil, 76 de Cabo Verde, 373 de Guiné-Bissau, 25 de Moçambique, 72 de São Tomé e Príncipe e 69 do Timor-Leste. Para o cálculo da amostra, utilizou-se a fórmula para determinação do tamanho da amostra (n) finita, com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Sendo: N = Número de indivíduos da população; $Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado; p = Proporção populacional de indivíduos que pertencem à categoria que se está interessada em estudar; q = Proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria que interessa estudar ($q = 1 - p$); E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa que identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional.

Considerou-se, assim, para fim de cálculo: $N = 2.496$; $p = 0,25$; $q = 0,75$; $e = 0,05$ (95% de confiança); $Z_{\alpha/2} = 1,96$ – conforme desenvolvido abaixo.

$$n = \frac{2.496 \times 0,25 \times 0,75 \times (1,96)^2}{0,25 \times 0,75 \times (1,96)^2 + (2496-1) \times (0,05)^2} = 258,39 \approx 259$$

Tabela 1. Plano para amostragem probabilística aleatória estratificada por país.

PAÍS	NÚMERO DE ESTUDANTES	NÚMERO DE ESTUDANTES PREVISTOS NA AMOSTRA	COMPOSIÇÃO FINAL DA AMOSTRA
Angola	61	06	30
Brasil	1.820	189	190
Cabo Verde	76	8	11
Guiné-Bissau	373	39	63
Moçambique	25	03	11
São Tomé e Príncipe	72	07	07
Timor-Leste	69	07	22
TOTAL	2.496	259	334

Considerando que a maioria dos discentes foi representada por brasileiros, a variável p , referente à proporção populacional de indivíduos que pertenciam à categoria que se pretendia estudar, foi de 25%, sendo calculada com base em estudos realizados no Brasil, os quais destacam que cerca de 25% de adultos com idade a partir de 25 anos têm diagnóstico de hipertensão (MOREIRA *et al.*, 2013). Ressalta-se que se optou por este percentual, tendo em vista que era maior quando comparado à média da frequência do diagnóstico médico de diabetes na referida população. Destaca-se que a amostra mínima estratificada por país foi ultrapassada, perfazendo o total de 334 participantes, conforme apresentado na tabela supracitada. Portanto, garante maior representatividade da população.

O recrutamento dos participantes ocorreu por convite e por adesão de voluntários, visto que houve limitações logísticas para captar de forma aleatória o número proporcional de universitários por país.

4.4 Procedimento de coleta e avaliação dos dados

A coleta de dados foi efetuada no período de janeiro a julho de 2017, por fonte primária (diretamente com os participantes do estudo), pela pesquisadora e acadêmicos voluntários do curso de enfermagem, os quais foram previamente submetidos a um treinamento de quatro horas visando padronizar o método de coleta. A pesquisadora e voluntários foram ao campo convidar os estudantes universitários a participarem do estudo, após explicação dos objetivos pretendidos e da metodologia a ser seguida. Posteriormente à manifestação de interesse do estudante universitário em participar da pesquisa, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A); em

seguida, realizou-se a entrevista, bem como agendou-se a coleta dos exames laboratoriais, a qual ocorreu no ambulatório da Pró-Reitoria de Políticas Afirmativas e Estudantis (PROPAE) situado no campus Palmares, que dispunha de espaço reservado e com privacidade, além de constituir ambiente propício à avaliação da saúde cardiovascular dos participantes, sem a interferência de outras pessoas não envolvidas no estudo.

Para entrevista, aplicou-se um formulário (Apêndice B), o qual foi elaborado pela pesquisadora com base nos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada da NANDA-I 2015-2017. Após construção, submeteu-se ao pré-teste com 10 acadêmicos e não foi necessário realizar alterações.

No referido instrumento, constavam questões abertas e estruturadas, referentes à identificação do paciente, relacionando dados demográficos e sociais; informações sobre as condições de saúde, em especial da saúde cardiovascular e presença de fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada: sedentarismo, obesidade, tabagismo, história de doença cardiovascular, história familiar de doença cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, uso de agente farmacológico e conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis; uso do álcool.

Quadro 2. Operacionalização das variáveis sociodemográficas, clínicas e fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos. Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEIS	ESCORES/CATEGORIAS DE VERIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		
Sexo	(1) Feminino; (2) Masculino	Qualitativa nominal
Faixa etária	(1) Entre 18 e 24 anos; (2) Igual ou maior de 25 anos	
Nacionalidade	(1) Brasileira; (2) Internacional	
Estado civil	(1) Com companheiro; (2) Sem companheiro	
Cor	(1) Amarela, Branca ou Parda; (2) Preta	
Ocupação	(1) Bolsista, Trabalho Formal ou Informal; (2) Exclusivamente Estudante	
Residência	(1) Amigos ou Sozinho; (2) Familiares ou Cônjuge	
Idade	Em anos completos	Quantitativa discreta
Renda	Em reais	
VARIÁVEIS CLÍNICAS*		
Peso	Kg	Quantitativa contínua
Altura	M	
IMC	kg/m ²	
Circunferência abdominal	Cm	

Pressão arterial	mmHg	Quantitativa contínua
Glicemia	mg/dl	
Colesterol total	mg/dl	
HDL		
LDL		
Triglicerídeos		
FATORES DE RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA		
História Pessoal	(1) Sim; (2) Não	Qualitativa nominal
História Familiar		
Agente farmacológico		
Conhecimento insuficiente dos fatores de risco		
Tabagismo		
Obesidade		
Sedentarismo		
Hipertensão arterial		
Diabetes mellitus		
Dislipidemias		

* As variáveis clínicas foram utilizadas para classificar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada.

Após a entrevista, realizou-se a coleta dos dados antropométricos (mensuração de peso, altura, circunferência abdominal) e aferição da pressão arterial, bem como, agendou-se a coleta dos exames laboratoriais (glicemia, colesterol e triglicerídeos), tendo em vista que esta última deveria ser realizada em jejum a fim de garantir maior confiabilidade nos resultados.

Para a coleta de dados antropométricos foram utilizados os seguintes equipamentos: balança antropométrica devidamente testada e calibrada, com capacidade de 150 quilogramas (kg), precisão de 100 gramas (g) e com antropômetro acoplado; fita métrica inelástica, com capacidade de 1,5 metros (m) e sensibilidade de 0,5 centímetros (cm). As medidas do peso foram feitas com o participante na posição ortostática, posicionado no centro da balança com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. A estatura foi verificada por meio do antropômetro acoplado à balança. O participante ficou na posição ortostática, pés descalços e unidos, braços pendentes, com as mãos espalmadas sobre as coxas e queixo ereto.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi obtido a partir da divisão do peso corporal em quilogramas pela estatura em metro elevada ao quadrado (kg/m^2). Para classificação dos valores foi adotada a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação de pessoas adultas e idosas: abaixo do normal ($\text{IMC} < 18,5$), normal ($18,5 < \text{IMC} < 25,0$), sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30$) (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A medida da circunferência abdominal ocorreu com o paciente na posição ortostática. Utilizou-se como ponto de referência a metade da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal. Os valores considerados normais foram <102 cm para os homens e < 88 cm para as mulheres (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Para investigação do estilo de vida sedentário, utilizou-se o questionário de atividade física habitual de Baecke que fornece três escores de atividades físicas dos últimos 12 meses, caracterizados por atividades ocupacionais (AFO), exercícios físicos (EFL) e atividades de lazer e locomoção (ALL) (BAECKE; BUREMA; FRIJTERS, 1982).

Considerou-se sedentário quem não realiza atividade física regular programada ou não programada na maioria das semanas; pouco ativo quem faz atividades como passeios a pé, caminhadas rápidas que aumentam a frequência cardíaca e os movimentos respiratórios; ativo quem pratica corridas ou outros esportes; e muito ativo aqueles que realizam corridas mais rápidas (e de extensa duração) (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2016).

Para a investigação dos valores da pressão arterial serviram de base os procedimentos apresentados na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016). Para verificação da pressão arterial, utilizaram-se os seguintes equipamentos: estetoscópios duplos e esfigmomanômetros com manômetros aneroides, devidamente validados e calibrados de acordo com as orientações do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

Antes de efetuar a aferição da pressão arterial, explicou-se o procedimento ao participante e deixou-o em repouso por 3 a 5 minutos em ambiente calmo. Orientou-se a não verbalizar durante a medição. Certificou-se que o estudante não: estava com bexiga cheia, havia praticado exercícios há pelo menos 60 minutos, havia ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos e fumado nos últimos 30 minutos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Mediu-se a pressão arterial em ambos os braços cujo valor considerado foi a média das duas medidas. Portanto, caso fosse detectada alteração nos níveis pressóricos de algum participante, este era orientado a procurar o setor de saúde da Unilab.

A interpretação dos valores da pressão arterial ocorreu por meio da comparação com tabelas propostas e reconhecidas como adequadas para a medida casual da pressão arterial em consultório em indivíduos maiores de 18 anos para classificação da pressão arterial sistólica (PAS) mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) mmHg: normal (≤ 120 e ≤ 80); Pré-hipertensão (121-139 e 81-89); Hipertensão estágio 1 (140 – 159 e 90 – 99); Hipertensão

estágio 2 (160 – 179 e 100 – 109); Hipertensão estágio 3 (≥ 180 e ≥ 110) e Hipertensão sistólica isolada (≥ 140 e < 90) (MALACHIAS *et al.*, 2016).

As coletas de amostras de sangue foram realizadas após jejum noturno de doze horas, através de punção venosa, utilizando sistema a vácuo cujo volume retirado foi de 20 ml, coletado em dois tubos *vacutainer*, um contendo ácido etileno-diaminotetraacético-EDTA (1,0 mg/mL) (BD, Brasil), utilizado para a obtenção do plasma, o qual foi usado para avaliar o tamanho das lipoproteínas HDL-c; e o outro sem anticoagulante para obtenção do soro, o qual era usado para avaliar a funcionalidade do HDL-c e determinar o perfil glicolipídico. Após coleta do material biológico, disponibilizou-se lanche aos participantes para o desjejum.

Todo o material biológico foi mantido em gelo e protegido da luz até a obtenção do plasma e do soro. Após as análises do perfil glicolipídico, as amostras foram armazenadas a 80° C até o momento das análises do tamanho e funcionalidade do HDL-c.

Através da aplicação manual de reagentes enzimáticos, foram analisadas as concentrações de glicose, colesterol total e triglicerídeos no soro e colesterol HDL-c (Labtest®) como variáveis quantitativas. O conteúdo de colesterol associado ao LDL-c foi determinado por meio da fórmula de Friedewald, Levy e Fredrickson (1972), em que: $LDL-c = CT - HDL-c - TG/5$. Essa fórmula só foi aplicada para os indivíduos com $TG < 400,0$ mg/dL (FRIEDEWALD; LEVY; FREDRICKSON, 1972).

O tamanho do HDL-c e suas subfrações foram determinados através do sistema Lipoprint System, Quantimetrix®. Esse sistema utiliza eletroforese linear em gel de poliacrilamida não desnaturante para separar e quantificar as frações e subfrações de lipoproteínas. O teste utiliza um corante lipofílico, que se liga ao colesterol nas partículas de lipoproteínas antes da eletroforese. Os tubos passaram por eletroforese, foram escaneados para determinar a área relativa de cada subfração da lipoproteína e, posteriormente, a intensidade da área integrada foi multiplicada pela concentração de c-HDL total da amostra, sendo determinada a quantidade de colesterol em cada subfração.

Para realizar esse procedimento, 25 µl de plasma foi acrescentado aos tubos de gel e, posteriormente, adicionados 300 µl da solução gel do Kit de HDL. Após homogeneização e fotopolimerização das amostras por 35 minutos, as lipoproteínas foram separadas por eletroforese no intervalo de 1h a 3 mA.

Todas as dosagens foram realizadas no Laboratório de Bioquímica Clínica do Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

Os resultados da glicemia plasmática foram analisados conforme as recomendações das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), as quais consideram normal a glicemia em jejum < 100 mg/dl, tolerância à glicose diminuída ≥ 100 e < 126 mg/dl e diabetes mellitus ≥ 126 mg/dl.

Para avaliação lipídica, foram adotados os parâmetros propostos pela Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017), que apresenta os seguintes valores (mg/dl) de referência para as dislipidemias em adultos >20 anos: Hipercolesterolemia isolada: quando há elevação isolada do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL); Hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado dos triglicerídeos (TG ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum); Hiperlipidemia mista: quando há elevação do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL) e dos triglicerídeos (TG ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum); HDL-c baixo: redução isolada do HDL-c (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) ou associada ao aumento de LDL-c ou de TG.

Destaca-se que os resultados de todos os exames foram disponibilizados por *e-mail* aos participantes. Aqueles estudantes que apresentaram alterações nos exames laboratoriais foram orientados a agendarem atendimento no setor de saúde da referida universidade para acompanhamento pela equipe de saúde da instituição e/ou referência para o serviço de saúde mais apropriado visando, deste modo, à redução ou eliminação dos fatores de risco modificáveis e à prevenção de possíveis doenças cardiovasculares.

4.5 Inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada

O processo de elaboração e inferência do diagnóstico seguiu as etapas propostas por Gordon (1994), as quais incluem: coleta, interpretação/agrupamento das informações e nomeação das categorias. A etapa da coleta de informações consistiu na busca e avaliação do histórico, do exame físico e coleta dos exames laboratoriais. Posteriormente a essa etapa, os dados foram interpretados e agrupados. Essa interpretação envolveu processos de inferência, julgamento e argumentação. A fase final compreendeu a nomeação das categorias, a qual constituiu a denominação das informações em categorias diagnósticas. No processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas foram avaliadas pela pesquisadora e pelos enfermeiros diagnosticadores. O consenso entre eles foi o critério para aceitar o diagnóstico

de enfermagem formulado. Destaca-se que, para a inferência diagnóstica, tomou-se como base outras pesquisas realizadas com esta temática (Pereira et al., 2015; Braga et al., 2014).

Para discutir o melhor método de inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, inicialmente, realizou-se uma reunião com os possíveis diagnosticadores, os quais eram enfermeiras de universidades federais de diferentes estados (Ceará, Rio Grande do Norte e São Paulo) participantes de grupos de pesquisa com diagnóstico de enfermagem.

Considerando que a avaliação deveria ser realizada por pares, selecionou-se dez enfermeiras dentre os membros dos grupos de pesquisa que possuíam titulação mínima de mestre com experiência clínica na área cardiovascular ou na taxonomia de enfermagem (Apêndice C).

Após seleção, as diagnosticadoras foram contatadas por meio de carta-convite com informações acerca do escopo da pesquisa, dos métodos utilizados e da disponibilidade necessária para a participação do estudo. O aceite foi atestado mediante a assinatura do TCLE (Apêndice D).

Quanto à caracterização das diagnosticadoras, a faixa etária foi de 26 a 40 anos, com média de 33,3 anos, 60% apresentavam título de doutorado na área de enfermagem, com média de 10,1 anos de formação, e 66,6% com 2 a 6 anos de tempo de experiência na área da sistematização da assistência de enfermagem.

Tendo em vista o número da amostra, a inferência do diagnóstico de enfermagem em questão foi realizada por duas enfermeiras diagnosticadoras para cada 50 casos apresentados no banco de dados, totalizando 10 enfermeiras para análise de 334 casos. É válido salientar que duas diagnosticadoras contribuíram na análise de 100 casos cada.

O banco de dados foi encaminhado por *e-mail* às enfermeiras com a classificação dos fatores de risco (estilo de vida sedentário, tabagismo, obesidade, história de doença cardiovascular, história familiar de doença cardiovascular, conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, uso de agente farmacológico) em presente ou ausente. Respectivamente, conforme embasamento teórico, explicou-se às diagnosticadoras quais fatores de risco deveriam ser considerados isoladamente como preditivos para classificação do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Havendo discordância em alguma classificação, o caso foi encaminhado a uma terceira diagnosticadora.

4.6 Análise e apresentação dos dados

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica do Programa Excel for Windows® 2010 e processados no *software* Statistical Package for Social Sciences - SPSS IBM for Windows versão 22.0. Aplicaram-se, inicialmente, procedimentos estatísticos descritivos, incluindo distribuição de frequências para as variáveis qualitativas.

De acordo com o comportamento dos dados, empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) para análise de associação entre o diagnóstico de risco de função cardiovascular prejudicada e seus fatores de risco e as variáveis categóricas de interesse (faixa etária, nacionalidade, sexo, cor da pele, estado civil, residência e ocupação), estabelecendo-se para todas as técnicas analíticas um nível de significância de 0,05.

Utilizaram-se tabelas para apresentação dos resultados que foram discutidos sob a forma textual, confrontados com literatura pertinente. Os resultados foram inicialmente apresentados de forma detalhada de acordo com o perfil sociodemográfico dos participantes. Posteriormente, visando à realização dos cruzamentos binários, efetivou-se a dicotomização das variáveis sociodemográficas: faixa etária (18 a 24 anos; igual ou superior a 25 anos), nacionalidade (brasileira; internacional), sexo (feminino; masculino), cor da pele (branca, amarela ou parda; preta), estado civil (com companheiro; sem companheiro), reside com (amigos ou sozinho; familiares ou cônjuge), ocupação (bolsista, trabalho formal ou informal; exclusivamente estudante).

É importante destacar que, na faixa etária, a associação das idades foi baseada em estudo realizado no Brasil com residentes nas 26 capitais e no Distrito Federal, que investigou a prevalência de hipertensão arterial autorreferida e, para tanto, caracterizou a faixa etária em: 18–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64 (MALTA *et al.*, 2017).

Além disso, considerou-se o Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado pela Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, em cujas diretrizes se destacam: a superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação; melhoria da qualidade da educação; promoção do princípio da gestão democrática da educação pública. Desse modo, a meta 12 do PNE prevê: “elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior para 50% e a taxa líquida para 33% da população de 18 a 24 anos, assegurada a qualidade da oferta e expansão para, pelo menos, 40% das novas matrículas no segmento público” (BRASIL, 2014).

A nacionalidade foi subdividida em brasileira e internacional, visto que a instituição, na qual a pesquisa foi desenvolvida, apresenta a peculiaridade de contemplar estudantes de outros países lusófonos, como já foi antecipadamente explicado.

No tocante à cor da pele, consolidou-se as cores branca, amarela e parda em uma categoria e a preta em outra. Levou-se em consideração o fato de que, no Brasil, há documentos oficiais que reconhecem e adotam a saúde da população negra como objeto de políticas públicas específicas na área da saúde. Tal especificidade do campo da saúde da população negra ocorre porque algumas nosologias e condicionantes sociais atingem essa população de forma bastante diferenciada, dentre os quais estão: especificidades genéticas (anemia falciforme e deficiência da glicose6fosfato), especificidades clínicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus) e especificidades sociais (histórica marginalização, piores condições de vida e racismo) (VARGA; CARDOSO, 2016; WERNECK, 2016).

A classificação do tipo de residência em: com amigos ou sozinho; familiares ou cônjuge, baseou-se em estudo realizado por Gasparotto e colaboradores (2013) com 1631 estudantes universitários brasileiros, o qual apresentou caracterização semelhante (casa dos pais; divide residência ou sozinho).

Quanto ao estado civil, caracterizou-se do seguinte modo: com companheiro (participantes casados ou com união estável), sem companheiro (solteiros com ou sem parceria fixa, viúvos ou divorciados).

Em relação à ocupação, desmembrou-se as categorias em: bolsista, trabalho formal ou informal (possuíam fonte de renda além dos auxílios estudantis), exclusivamente estudante (não possuíam fonte de renda ou a única renda era o auxílio estudantil).

4.7 Riscos e Benefícios

Os procedimentos utilizados (coleta de sangue) para exame puderam trazer algum desconforto, como dor no local da entrada da agulha para a coleta de sangue e sangramento mínimo na hora da coleta de sangue. Este possível desconforto foi minimizado pelo fato da coleta de sangue ter sido realizada por um profissional experiente. Também pode ter havido constrangimento social ao se questionar sobre a presença de alguma doença. No entanto, como os questionamentos foram de cunho fisiológico, esperou-se ser mínimo qualquer tipo de constrangimento. Além disso, a coleta foi realizada em local reservado, o que proporcionou o máximo possível de privacidade.

Os benefícios esperados com o estudo foram a avaliação da saúde cardiovascular dos estudantes universitários da UNILAB visando investigar o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada e seus fatores de risco. Isto pôde contribuir para comunidade acadêmica, pois, no caso de identificação desse diagnóstico, os estudantes foram encaminhados para avaliação no setor de saúde da instituição que deverão tomar as devidas providências, como encaminhamento para serviços de saúde da região e/ou realizar ações de promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular.

4.8 Aspectos Éticos e Legais

Respeitaram-se os princípios éticos da pesquisa científica, que expressam preocupação com a dimensão ética, assegurando o caráter confidencial e ausência de prejuízo físico, financeiro ou emocional para o pesquisado e todas as garantias ao participante, preconizadas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2013).

Todos os participantes receberam o TCLE (Apêndice A), no qual todas as informações foram asseguradas. Esclareceram-se os seus direitos e dúvidas, e, após aceitação em participarem da pesquisa, assinaram o referido documento em duas vias, das quais uma ficou com os participantes e a outra com a pesquisadora. Os participantes tiveram a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unilab com o número do parecer: 1.873.108 (Anexo A). Devido à necessidade de inclusão dos enfermeiros diagnosticadores para inferência do diagnóstico, a pesquisa teve a emenda: 2.189.523 igualmente aprovada por esse órgão (Anexo B). O estudo garantiu autonomia dos sujeitos, não maleficência e beneficência da pesquisa, preconizadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Os resultados são inicialmente apresentados de acordo com o perfil sociodemográfico dos participantes. Posteriormente, realizaram-se associações das condições sociodemográficas com os fatores de risco e com o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada e apresentação dos fatores de risco mais frequentes para inferência do diagnóstico de enfermagem em questão.

Tabela 2. Distribuição dos estudantes universitários de países lusófonos conforme a nacionalidade (n: 334), Redenção/CE, Brasil (2017).

Nacionalidade	n	%
BRASILEIRA	190	56,9
INTERNACIONAL		
Angola	30	9,0
Cabo Verde	11	3,3
Guiné-Bissau	63	18,8
Moçambique	11	3,3
São Tomé e Príncipe	7	2,1
Timor Leste	22	6,6
TOTAL	334	100,0

A maioria dos participantes era de nacionalidade brasileira (56,9%). No entanto, há uma significativa amostra de estudantes internacionais (43,1%) provenientes de diversos países do continente africano, bem como do Timor Leste.

Tabela 3. Perfil sociodemográfico dos estudantes universitários de países lusófonos conforme a nacionalidade Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Dados sociodemográficos	Nacionalidade Brasileira		Internacional	
	n	%	n	%
FAIXA ETÁRIA				
18-24	149	78,4	104	72,2
25-29	30	15,8	37	25,7
≥30	11	5,8	03	2,1
SEXO				
Feminino	115	60,5	58	40,3
Masculino	75	39,5	86	59,7
COR AUTORREFERIDA				
Parda	135	71,0	23	16,0
Branca	30	15,8	00	0,0
Preta	25	13,2	119	82,6
Amarela	00	0,0	02	1,4

Continua

Tabela 3. Perfil sociodemográfico dos estudantes universitários de países lusófonos conforme a nacionalidade Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

ESTADO CIVIL				
Solteiro	172	90,5	141	97,9
Casado(a)/união consensual	14	7,4	03	2,1
Divorciado(a)	03	1,6	00	0,0
Viúvo(a)	01	0,5	00	0,0
OCUPAÇÃO				
Estudante	142	74,8	118	82,0
Estudante e bolsista	39	20,5	26	18,0
Estudante e trabalhador formal	05	2,6	00	0,0
RESIDE COM				
Amigos	89	46,8	124	86,1
Pais	65	34,2	09	6,2
Familiares	15	8,0	06	4,2
Cônjuge/companheiro(a)	13	6,8	05	3,5
Sozinho(a)	08	4,2	00	0,0

Quanto ao perfil sociodemográfico dos estudantes universitários, levando em consideração a nacionalidade, destaca-se que nos brasileiros prevaleceram a faixa etária de 18 a 24 anos (78,4%) (média de idade: 22,3 anos), o gênero feminino (60,5%), a cor parda (71,0%), o estado civil de solteiro(a) (90,5%), a ocupação de estudante (74,8%), cuja média da renda individual foi R\$ 533,00, e a residência com amigos (46,8%).

Semelhante aos brasileiros, nos internacionais também predominou a faixa etária de 18 a 24 anos (72,2%) (média de idade: 23,1 anos), o estado civil de solteiro(a) (97,9%), a ocupação de estudante (82,0%), com média da renda individual de R\$ 706,60, e a residência com amigos (86,1%). Entretanto, nesses últimos, prevaleceram o gênero masculino (59,7%) e a cor preta (82,6%).

Tabela 4. Distribuição dos estudantes universitários de países lusófonos conforme os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nas nacionalidades Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Fatores de Risco	Nacionalidade Brasileira		Nacionalidade Internacional	
	n	%	n	%
TABAGISMO				
Não	181	95,3	135	93,8
Sim	09	4,7	09	6,2
ESTILO DE VIDA				
SEDENTÁRIO				
Não	82	43,2	105	72,9
Sim	108	56,8	39	27,1
OBESIDADE				
Não	172	90,5	142	98,6
Sim	18	9,5	02	1,4

Continua

Tabela 4. Distribuição dos estudantes universitários de países lusófonos conforme os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nas nacionalidades Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

HIPERTENSÃO				
Não	181	95,3	138	95,8
Sim	09	4,7	06	4,2
DIABETES				
Não	189	99,5	144	100,0
Sim	01	0,5	00	0,0
DISLIPIDEMIA				
Não	123	64,7	129	89,6
Sim	67	35,3	15	10,4
AGENTE FARMACOLÓGICO				
Não	114	60,0	115	79,9
Sim	76	40,0	29	20,1
CONHECIMENTO INSUFICIENTE DOS FR*				
Não	142	74,7	71	49,3
Sim	48	25,3	73	50,7
HISTÓRIA PESSOAL DE DCV**				
Não	166	87,4	135	93,8
Sim	24	12,7	09	6,2
HISTÓRIA FAMILIAR DE DCV**				
Não	13	6,8	51	35,4
Sim	177	93,2	93	64,6
TOTAL	190	100,0	144	100,0

*FR: Fatores de Risco

**DCV: Doenças cardiovasculares

Nos estudantes brasileiros, os principais fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada encontrados foram: história familiar de DCV (93,2%), estilo de vida sedentário (56,8%), uso de agente farmacológico (40,0%) e dislipidemia (35,3%). Já nos internacionais, ganharam destaque: história familiar de DCV (64,6%), conhecimento insuficiente dos fatores de risco (50,7%) e estilo de vida sedentário (27,1%).

Tabela 5. Distribuição dos estudantes universitários de países lusófonos conforme uso e frequência do uso de álcool de acordo com a Nacionalidade Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Nacionalidade	Brasileira		Internacional	
	n	%	n	%
USO DE ÁLCOOL				
Não	120	63,2	93	64,6
Sim	70	36,8	51	35,4
FREQUÊNCIA DO USO				
Semanalmente	25	36,2	17	33,3
Ocasionalmente	32	46,4	27	53,0
Raramente	13	17,4	07	13,7

Apesar de não constituir fator de risco do diagnóstico de enfermagem, considerou-se importante estudar a frequência do uso de álcool nos estudantes universitários de países lusófonos.

A frequência do uso de álcool foi semelhante nos estudantes brasileiros (36,8%) e internacionais (35,4%), sendo mais relatada a ingestão de bebidas alcoólicas ocasionalmente em eventos.

Tabela 6. Condições sociodemográficas associadas ao tabagismo nos estudantes universitários de países lusófonos (n: 334) Redenção/CE, Brasil (2017).

Variáveis Predictoras	Variável Desfecho	Tabagismo				TOTAL	p-valor ¹
		SIM		NÃO			
		n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA							
	Igual ou superior a 25 anos	13	[72,2]	66	[20,9]	79 [23,7]	0,000
	Entre 18 e 24 anos	05	[27,8]	250	[79,1]	255 [76,3]	
NACIONALIDADE							
	Brasileira	09	[50,0]	181	[57,3]	190 [56,9]	0,544
	Internacional	09	[50,0]	135	[42,7]	144 [43,1]	
SEXO							
	Feminino	05	[27,8]	168	[53,2]	173 [51,8]	0,036
	Masculino	13	[72,2]	148	[46,8]	161 [48,2]	
COR DA PELE							
	Amarela, Branca ou Parda	14	[77,8]	176	[55,7]	190 [56,9]	0,066
	Preta	04	[22,2]	140	[44,3]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL							
	Com Companheiro(a)	01	[5,6]	16	[5,1]	17 [5,1]	0,926
	Sem Companheiro(a)	17	[94,4]	300	[94,9]	317 [94,9]	
RESIDE COM							
	Amigos ou Sozinho	14	[77,8]	216	[68,4]	230 [68,9]	0,401
	Familiares ou Cônjuge	04	[22,2]	100	[31,6]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO							
	Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	04	[22,2]	70	[22,2]	74 [22,2]	0,994
	Exclusivamente Estudante	14	[77,8]	246	[77,8]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

Observa-se que o tabagismo foi um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada pouco presente nos estudantes universitários, totalizando 18 casos (5,4%). No entanto, conforme Tabela 6, prevaleceu naqueles com faixa etária igual ou superior a 25 anos (72,2%), sexo masculino (72,2%), cor da pele amarela, branca ou parda (77,8%), estado civil sem companheiro(a) (94,4%), residência com amigos ou sozinho (77,8%) e com ocupação de exclusivamente estudante (77,8%). Evidenciou-se, ainda nesta, que o uso do tabaco está associado à faixa etária igual ou superior a 25 anos (p : 0,000) e ao sexo masculino (p : 0,036).

Tabela 7. Condições sociodemográficas associadas ao tabagismo em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Condições Sociodemográficas	Nacionalidade Brasileira		Nacionalidade Internacional		Valor p^1	Nacionalidade Brasileira		Nacionalidade Internacional		Valor p^1
	Sim	Não	Sim	Não		Sim	Não	Sim	Não	
FAIXA ETÁRIA										
Igual/superior a 25 anos	05	55,6	32	17,7	0,005	08	88,9	34	25,2	0,000
Entre 18 e 24 anos	04	44,4	149	82,3		01	11,1	101	74,8	
SEXO										
Feminino	04	44,4	111	61,3	0,312	01	11,1	57	42,2	0,065
Masculino	05	55,6	70	38,7		08	88,9	78	57,8	
COR DA PELE										
Amarela/Branca/Parda	07	77,8	158	87,3	0,410	07	77,8	18	13,3	0,000
Preta	02	22,2	23	12,7		02	22,2	117	86,7	
ESTADO CIVIL										
Com Companheiro(a)	01	11,1	13	7,2	0,660	00	0,0	03	2,2	0,651
Sem Companheiro(a)	08	88,9	168	92,8		09	100,0	132	97,8	
RESIDE COM										
Amigos ou Sozinho	06	66,7	91	50,3	0,337	08	88,9	125	92,6	0,685
Familiares ou Cônjuge	03	33,3	90	49,7		01	11,1	10	7,4	
OCUPAÇÃO										
Bolsista/Trabalho	02	22,2	46	25,4	0,830	02	22,2	24	17,8	0,737
Estudante Exclusivo	07	77,8	135	74,6		07	77,8	111	82,2	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 7, observa-se que, nas nacionalidades brasileira e internacional, o tabagismo prevaleceu, respectivamente, na faixa etária igual ou superior a 25 anos e no sexo masculino (55,6%; 88,9%), na cor da pele amarela, branca ou parda (77,8%; 77,8%), estado civil sem companheiro(a) (88,9%; 100,0%), que residiam com amigos ou sozinho (66,7%; 88,9%) e tinham a ocupação de estudante exclusivo (77,8%; 77,8%). É importante salientar que entre os estudantes internacionais a maior prevalência de tabagismo ocorreu nos timorenses, totalizando 77,8% dos 9 casos existentes na nacionalidade internacional.

Além disso, o tabagismo revelou associação estatística significativa com a faixa etária igual ou superior a 25 anos nos estudantes brasileiros (p : 0,005) e internacionais (p : 0,000) e ainda com a cor da pele amarela, branca ou parda nesses últimos (p : 0,000).

Tabela 8. Condições sociodemográficas associadas ao estilo de vida sedentário em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

Variáveis Predictoras	Variável Desfecho		ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO				p -valor ¹	
			SIM		NÃO			TOTAL
			n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA								
Igual ou superior a 25 anos	27	[18,4]	52	[27,8]	79	[23,7]	0,044	
Entre 18 e 24 anos	120	[81,6]	135	[72,2]	255	[76,3]		
NACIONALIDADE								
Brasileira	108	[73,5]	82	[43,9]	190	[56,9]	0,000	
Internacional	39	[26,5]	105	[56,1]	144	[43,1]		
SEXO								
Feminino	103	[70,1]	70	[37,4]	173	[51,8]	0,000	
Masculino	44	[29,9]	117	[62,6]	161	[48,2]		
COR DA PELE								
Amarela, Branca ou Parda	96	[65,3]	94	[50,3]	190	[56,9]	0,006	
Preta	51	[34,7]	93	[49,7]	144	[43,1]		
ESTADO CIVIL								
Com Companheiro(a)	09	[6,1]	08	[4,3]	17	[5,1]	0,446	
Sem Companheiro(a)	138	[93,9]	179	[95,7]	317	[94,9]		
RESIDE COM								
Amigos ou Sozinho	92	[62,6]	138	[73,8]	230	[68,9]	0,028	
Familiares ou Cônjuge	55	[37,4]	49	[26,2]	104	[31,1]		
OCUPAÇÃO								
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	29	[19,7]	45	[24,1]	74	[22,2]	0,344	
Exclusivamente Estudante	118	[80,3]	142	[75,9]	260	[77,8]		

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

O estilo de vida sedentário foi um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada com frequência expressiva nos estudantes universitários, totalizando 147 (44,0%). Conforme exposto na Tabela 8, aqueles que o apresentaram tinham, sobretudo, a faixa etária de 18 a 24 anos (81,6%), a nacionalidade brasileira (73,5%), o sexo feminino (70,1%), a cor da pele amarela, branca ou parda (65,3%), o estado civil sem companheiro (a) (93,9%), a residência com amigos ou sozinho (62,6%) e a ocupação de apenas estudante (80,3%).

No que concerne às condições sociodemográficas, de acordo ainda com a Tabela 8, o estilo de vida sedentário apresentou associação estatisticamente significativa com a faixa etária de 18 a 24 anos (p : 0,044), a nacionalidade brasileira (p : 0,000), o sexo feminino (p : 0,000), a cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,006) e a residência com amigos ou sozinho (p : 0,028).

Tabela 9. Condições sociodemográficas associadas ao estilo de vida sedentário em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Condições Sociodemográficas	Nacionalidade		Brasileira				Valor p^1	Internacional				Valor p^1
	Sedentarismo		Sim		Não			Sim		Não		
	n	%	N	%		n	%	n	%			
FAIXA ETÁRIA												
Igual/superior a 25 anos	22	20,4	15	18,3	0,720	05	12,8	37	35,2	0,009		
Entre 18 e 24 anos	86	79,6	67	81,7		34	87,2	68	64,8			
SEXO												
Feminino	78	72,2	37	45,1	0,000	25	64,1	33	31,4	0,000		
Masculino	30	27,8	45	54,9		14	35,9	72	68,6			
COR DA PELE												
Amarela/Branca/Parda	94	87,0	71	86,6	0,927	02	5,1	23	21,9	0,018		
Preta	14	13,0	11	13,4		37	94,9	82	78,1			
ESTADO CIVIL												
Com Companheiro(a)	08	7,4	6	7,3	0,981	01	2,6	02	1,9	0,806		
Sem Companheiro(a)	100	92,6	76	92,7		38	97,4	103	98,1			
RESIDE COM												
Amigos ou Sozinho	55	50,9	42	51,2	0,968	37	94,9	96	91,4	0,489		
Familiares ou Cônjuge	53	49,1	40	48,8		02	5,1	09	8,6			
OCUPAÇÃO												
Bolsista/Trabalho	26	24,1	22	26,8	0,665	03	7,7	23	21,9	0,049		
Estudante Exclusivo	82	75,9	60	73,2		36	92,3	82	78,1			

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 9, evidencia-se que dos 147 casos de sedentarismo, 108 (73,4%) se concentravam nos estudantes brasileiros que tinham o seguinte perfil: faixa etária entre 18 e 24 anos (79,6%), sexo feminino (72,2%), cor da pele amarela, branca ou parda (87%), estado civil sem companheiro(a) (92,6%), residência com amigos ou sozinho (50,9%) e apenas estudavam (75,9%). Nos internacionais, o estilo de vida sedentário foi mais prevalente naqueles com faixa etária entre 18 e 24 anos (87,2), sexo feminino (64,1%), cor da pele preta (94,9%), estado civil sem companheiro(a) (97,4%), residência com amigos ou sozinho (94,9%) e ocupação de estudante exclusivo (92,3%).

Quanto às associações estatisticamente significativas, nos brasileiros houve apenas com o sexo feminino (p : 0,000), enquanto nos internacionais houve com faixa etária entre 18 e 24 anos (p : 0,009), sexo feminino (p : 0,000), cor da pele preta (p : 0,018) e ocupação de estudante exclusivo (p : 0,049).

Tabela 10. Condições sociodemográficas associadas à obesidade em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO	OBESIDADE				TOTAL	p-valor ¹
	SIM		NÃO			
VARIÁVEIS PREDITORAS	n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	10	[50,0]	69	[22,0]	79 [23,7]	0,004
Entre 18 e 24 anos	10	[50,0]	245	[78,0]	255 [76,3]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	18	[90,0]	172	[54,8]	190 [56,9]	0,002
Internacional	02	[10,0]	142	[45,2]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	11	[55,0]	162	[51,6]	173 [51,8]	0,767
Masculino	09	[45,0]	152	[48,4]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	19	[95,0]	171	[54,5]	190 [56,9]	0,000
Preta	01	[5,0]	143	[45,5]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	01	[5,0]	16	[5,1]	17 [5,1]	0,985
Sem Companheiro(a)	19	[95,0]	298	[94,9]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	09	[45,0]	221	[70,4]	230 [68,9]	0,017
Familiares ou Cônjuge	11	[55,0]	93	[29,6]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	10	[50,0]	64	[20,4]	74 [22,2]	0,002
Exclusivamente Estudante	10	[50,0]	250	[79,6]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

A obesidade não foi um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada de expressiva relevância no estudo, considerando que teve baixa frequência (6,0%). Mas, segundo a Tabela 10, predominou nos estudantes com nacionalidade brasileira (90,0%), sexo feminino (55,0%), cor da pele amarela, branca ou parda (95,0%), estado civil sem companheiro (a) (95,0%) e residência com familiares ou cônjuge (55,0%).

Ainda conforme a tabela supracitada, a obesidade apresentou associação estatisticamente significativa com ambas as faixas etárias (p : 0,004), nacionalidade brasileira (p : 0,002), cor da pele amarela branca ou parda (p : 0,000), residência com familiares ou cônjuge (p : 0,017) e ambos os tipos de ocupação (p : 0,002).

Tabela 11. Condições sociodemográficas associadas à obesidade em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Nacionalidade	Brasileira				Valor p^1	Internacional				Valor p^1
	Obesidade					Sim		Não		
Condições Sociodemográficas	n	%	N	%		n	%	n	%	
FAIXA ETÁRIA										
Igual/superior a 25 anos	9	50,0	28	16,3	0,001	01	50,0	41	28,9	0,514
Entre 18 e 24 anos	9	50,0	144	83,7		01	50,0	101	71,1	
SEXO										
Feminino	10	55,6	105	61,0	0,650	01	50,0	57	40,1	0,778
Masculino	8	44,4	67	39,0		01	50,0	85	59,9	
COR DA PELE										
Amarela/Branca/Parda	17	94,4	148	86,0	0,316	02	100,0	23	16,2	0,002
Preta	01	5,6	24	14,0		00	0,0	119	83,8	
ESTADO CIVIL										
Com Companheiro(a)	01	5,6	13	7,6	0,757	00	0,0	03	2,1	0,835
Sem Companheiro(a)	17	94,4	159	92,4		02	100,0	139	97,9	
RESIDE COM										
Amigos ou Sozinho	7	38,9	90	52,3	0,278	02	100,0	131	92,3	0,682
Familiares ou Cônjuge	11	61,1	82	47,7		00	0,0	11	7,7	
OCUPAÇÃO										
Bolsista/Trabalho	8	44,4	40	23,3	0,049	02	100,0	24	16,9	0,002
Estudante Exclusivo	10	55,6	132	76,7		00	0,0	118	83,1	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

No tocante à nacionalidade, a Tabela 11 expõe que, dos 20 casos de obesidade, 18 (90,0%) contemplaram os estudantes brasileiros. Nestes, não houve diferença da obesidade em relação à faixa etária, mas esteve mais presente nas mulheres (55,6%), de cor da pele amarela, branca ou parda (94,4%), sem companheiro(a) (94,4%), que residiam com familiares ou cônjuge (61,1%) e apenas estudavam (55,6%).

Nos internacionais, também não houve diferença em relação à faixa etária e ao sexo, sendo percebida exclusivamente naqueles de cor da pele amarela, branca ou parda, sem companheiro(a), que residiam com amigos ou sozinho cuja ocupação era de estudante bolsista (100,0%).

As associações estatisticamente significativas nos brasileiros foram com ambas as faixas etárias (p : 0,001) e a ocupação de estudante exclusivo (p : 0,049), enquanto nos internacionais se percebeu associação com a cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,002) e ocupação de estudante bolsista/trabalho (p : 0,002).

Tabela 12. Condições sociodemográficas associadas à hipertensão arterial em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO VARIÁVEIS PREDITORAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL				TOTAL	p-valor ¹
	SIM		NÃO			
	n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	05	[33,3]	74	[23,2]	79 [23,7]	0,367
Entre 18 e 24 anos	10	[66,7]	245	[76,8]	255 [76,3]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	09	[60,0]	181	[56,7]	190 [56,9]	0,803
Internacional	06	[40,0]	138	[43,3]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	08	[53,3]	165	[51,7]	173 [51,8]	0,903
Masculino	07	[46,7]	154	[48,3]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	11	[73,3]	179	[56,1]	190 [56,9]	0,188
Preta	04	[26,7]	140	[43,9]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	02	[13,3]	15	[4,7]	17 [5,1]	0,137
Sem Companheiro(a)	13	[86,7]	304	[95,3]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	11	[73,3]	219	[68,7]	230 [68,9]	0,702
Familiares ou Cônjuge	04	[26,7]	100	[31,3]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	07	[46,7]	67	[21,0]	74 [22,2]	0,019
Exclusivamente Estudante	08	[53,3]	252	[79,0]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

A hipertensão arterial foi um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada com baixa frequência, visto que foi detectada em apenas 15 estudantes universitários (4,5%).

De acordo com a Tabela 12, aqueles que a manifestaram apresentaram, principalmente, as seguintes características: faixa etária entre 18 e 24 anos (66,7%), nacionalidade brasileira (60,0%), sexo feminino (53,3%), cor da pele amarela, branca ou parda (73,3%), estado civil sem companheiro (a) (86,7%), residência com amigos ou sozinho (73,3%) e ocupação de estudante exclusivo (53,3%). A hipertensão arterial apresentou apenas associação estatisticamente significativa com a ocupação de estudante exclusivo (p : 0,019).

Tabela 13. Condições sociodemográficas associadas à hipertensão arterial em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Condições Sociodemográficas	Nacionalidade Brasileira		Internacional		Valor p^1	Nacionalidade Brasileira		Internacional		Valor p^1
	Sim	Não	Sim	Não		Sim	Não	Sim	Não	
Hipertensão	n	%	n	%		n	%	n	%	
FAIXA ETÁRIA										
Igual/superior a 25 anos	03	33,3	34	18,8	0,282	02	33,3	40	29,0	0,819
Entre 18 e 24 anos	06	66,7	147	81,2		04	66,7	98	71,0	
SEXO										
Feminino	05	55,6	110	60,8	0,755	03	50,0	55	39,9	0,620
Masculino	04	44,4	71	39,2		03	50,0	83	60,1	
COR DA PELE										
Amarela/Branca/Parda	09	100,0	156	86,2	0,232	02	33,3	23	16,7	0,291
Preta	00	0,0	25	13,8		04	66,7	115	83,3	
ESTADO CIVIL										
Com Companheiro (a)	01	11,1	13	7,2	0,660	01	16,7	02	1,4	0,011
Sem Companheiro (a)	08	88,9	168	92,8		05	83,3	136	98,6	
RESIDE COM										
Amigos ou Sozinho	05	55,6	92	50,8	0,782	06	100,0	127	92,0	0,472
Familiares ou Cônjuge	04	44,4	89	49,2		00	0,0	11	8,0	
OCUPAÇÃO										
Bolsista/Trabalho	05	55,6	43	23,8	0,032	02	33,3	24	17,4	0,320
Estudante Exclusivo	04	44,4	138	76,2		04	66,7	114	82,6	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Evidencia-se que, nos estudantes brasileiros, a hipertensão arterial foi mais presente na faixa etária mais jovem entre 18 e 24 anos (66,7%), nas mulheres (55,6%), com cor da pele amarela, branca ou parda (100,0%), sem companheiro(a) (88,9%), que residiam com amigos ou sozinho (55,6%) e ocupação de bolsista/trabalho (55,6%). Nos internacionais, a hipertensão arterial também foi identificada, principalmente, na faixa etária entre 18 e 24 anos (66,7%), estado civil sem companheiro(a) (83,3%), residência com amigos ou sozinho (100,0%), mas não houve diferença da prevalência em relação ao sexo e, diferentemente dos brasileiros, sobressaiu-se naqueles de cor preta (66,7%).

A hipertensão arterial somente apresentou associação estatisticamente significativa com a ocupação de bolsista/trabalho nos estudantes brasileiros (p : 0,032) e com o estado civil sem companheiro (a) (p : 0,011) nos estudantes internacionais.

Tabela 14. Condições sociodemográficas associadas ao diabetes em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO VARIÁVEIS PREDITORAS	DIABETES				TOTAL	p-valor ¹
	SIM		NÃO			
	n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	01	[100,0]	78	[23,4]	79 [23,7]	0,072
Entre 18 e 24 anos	00	[0,0]	255	[76,8]	255 [76,6]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	01	[100,0]	189	[56,8]	190 [56,9]	0,383
Internacional	00	[0,0]	144	[43,2]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	01	[100,0]	172	[51,7]	173 [51,8]	0,334
Masculino	00	[0,0]	161	[48,3]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	01	[100,0]	189	[56,8]	190 [56,9]	0,383
Preta	00	[0,0]	144	[43,2]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	00	[0,0]	17	[5,1]	17 [5,1]	0,817
Sem Companheiro(a)	01	[100,0]	316	[94,9]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	00	[0,0]	230	[69,1]	230 [68,9]	0,136
Familiares ou Cônjuge	01	[100,0]	103	[30,9]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	00	[0,0]	74	[22,2]	74 [22,2]	0,593
Exclusivamente Estudante	01	[100,0]	259	[77,8]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

O diabetes foi um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada considerado ausente, tendo em vista que foi detectado em apenas um participante (0,5%). Não apresentou nenhuma associação com significância estatística.

Ressalta-se que como esta condição foi identificada em apenas uma participante brasileira não se percebeu associação significativamente estatística desta condição com as nacionalidades brasileira e internacional.

Tabela 15. Condições sociodemográficas associadas à dislipidemia em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO VARIÁVEIS PREDITORAS	DISLIPIDEMIA				TOTAL	p-valor ¹
	SIM		NÃO			
	n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	28	[34,1]	51	[20,2]	79 [23,7]	0,010
Entre 18 e 24 anos	54	[65,9]	201	[79,8]	255 [76,6]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	67	[81,7]	123	[48,8]	190 [56,9]	0,000
Internacional	15	[18,3]	129	[51,2]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	47	[57,3]	126	[50,0]	173 [51,8]	0,249
Masculino	35	[42,7]	126	[50,0]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	67	[81,7]	123	[48,8]	190 [56,9]	0,000
Preta	15	[18,3]	129	[51,2]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	7	[8,5]	10	[4,0]	17 [5,1]	0,102
Sem Companheiro(a)	75	[91,5]	242	[96,0]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	52	[63,4]	178	[70,6]	230 [68,9]	0,220
Familiares ou Cônjuge	30	[36,6]	74	[29,4]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	24	[29,3]	50	[19,8]	74 [22,2]	0,074
Exclusivamente Estudante	58	[70,7]	202	[80,2]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

A presença de dislipidemia, fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, foi um achado relevante, considerando que esteve presente em 82 (24,5%) estudantes universitários. A Tabela 15 explicita que aqueles que manifestaram esta condição possuíam principalmente as seguintes características: faixa etária entre 18 e 24 anos (65,9%), nacionalidade brasileira (81,7%), sexo feminino (57,3%), cor da pele amarela, branca ou parda (81,7%), estado civil sem companheiro(a) (91,5%), residência com amigos ou sozinho(a) (63,4%) e ocupação de exclusivamente estudante (70,7%).

Quanto às condições sociodemográficas, a dislipidemia apresentou associação estatisticamente significativa com a faixa etária entre 18 e 24 anos (p : 0,010), a nacionalidade brasileira (p : 0,000) e a cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000).

Tabela 16. Condições sociodemográficas associadas à dislipidemia em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Nacionalidade Dislipidemia	Brasileira				Valor p^1	Internacional				Valor p^1
	Sim		Não			Sim		Não		
Condições Sociodemográficas	n	%	n	%		n	%	n	%	
FAIXA ETÁRIA										
Igual/superior a 25 anos	18	26,9	19	15,4	0,058	10	66,7	32	24,8	0,001
Entre 18 e 24 anos	49	73,1	104	84,6		05	33,3	97	75,2	
SEXO										
Feminino	40	59,7	75	61,0	0,864	07	46,7	51	39,5	0,594
Masculino	27	40,3	48	39,0		08	53,3	78	60,5	
COR DA PELE										
Amarela/Branca/Parda	61	91,0	104	84,6	0,206	06	40,0	19	14,7	0,014
Preta	06	9,0	19	15,4		09	60,0	110	85,3	
ESTADO CIVIL										
Com Companheiro(a)	05	7,5	09	7,3	0,971	02	13,3	01	0,8	0,001
Sem Companheiro(a)	62	92,5	114	92,7		13	86,7	128	99,2	
RESIDE COM										
Amigos ou Sozinho	39	58,2	58	47,2	0,145	13	86,7	120	93,0	0,380
Familiares ou Cônjuge	28	41,8	65	52,8		02	13,3	09	7,0	
OCUPAÇÃO										
Bolsista/Trabalho	19	28,4	29	23,6	0,469	05	33,3	21	16,3	0,104
Estudante Exclusivo	48	71,6	94	76,4		10	66,7	108	83,7	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Na nacionalidade brasileira, a dislipidemia se destacou nos estudantes universitários com faixa etária entre 18 e 24 anos (73,1%), sexo feminino (59,7%), cor da pele amarela, branca ou parda (91,0%), estado civil sem companheiro(a) (92,5%), residência com amigos ou sozinho (58,2%) e ocupação de estudante exclusivo (71,6%), enquanto nos internacionais esteve mais presente na faixa etária igual ou superior a 25 anos (66,7%), sexo masculino (53,3%), cor da pele preta (60,0%), estado civil sem companheiro(a) (86,7%), residência com amigos ou sozinho (86,7%) e ocupação de estudante exclusivo (66,7%).

A dislipidemia só teve associação com significância estatística nos estudantes internacionais em relação à faixa etária igual ou superior a 25 anos (p : 0,001), cor da pele preta (p : 0,014) e estado civil sem companheiro (p : 0,001).

Tabela 17. Condições sociodemográficas associadas ao agente farmacológico nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO	AGENTE FARMACOLÓGICO				TOTAL	p-valor ¹
	SIM		NÃO			
VARIÁVEIS PREDITORAS	n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	25	[23,8]	54	[23,6]	79 [23,7]	0,964
Entre 18 e 24 anos	80	[76,2]	175	[76,4]	255 [76,3]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	76	[72,4]	114	[49,8]	190 [56,9]	0,000
Internacional	29	[27,6]	115	[50,2]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	78	[74,3]	95	[41,5]	173 [51,8]	0,000
Masculino	27	[25,7]	134	[58,5]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	77	[73,3]	113	[49,3]	190 [56,9]	0,000
Preta	28	[26,7]	116	[50,7]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	11	[10,5]	6	[2,6]	17 [5,1]	0,002
Sem Companheiro(a)	94	[89,5]	223	[97,4]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	58	[55,2]	172	[75,1]	230 [68,9]	0,000
Familiares ou Cônjuge	47	[44,8]	57	[24,9]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	28	[26,7]	46	[20,1]	74 [22,2]	0,179
Exclusivamente Estudante	77	[73,3]	183	[79,9]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

O uso de agente farmacológico foi referido por 105 estudantes universitários (31,4%), sendo, portanto, considerado um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada importante neste público. Os fármacos citados pertenciam aos seguintes grupos: anticoncepcionais (42,1%), analgésicos (25,2%), antialérgicos (20,0%) anti-inflamatórios (10,0%), anti-hipertensivos (2,7%).

De acordo com a Tabela 17, observa-se que o uso de agente farmacológico foi referido especialmente pelos estudantes com faixa etária entre 18 e 24 anos (76,2%), nacionalidade brasileira (72,4%), sexo feminino (74,3%), com cor da pele amarela, branca ou parda (73,3%), estado civil sem companheiro(a) (89,5%), residência com amigos ou sozinho(a) (55,2%) e ocupação de apenas estudante (73,3%).

Evidenciaram-se associações com significância estatística desse fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada com nacionalidade brasileira (p : 0,000), sexo feminino (p : 0,000), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000), estado civil sem companheiro (a) (p : 0,002), residência com amigos ou sozinho (p : 0,000).

Tabela 18. Condições sociodemográficas associadas ao agente farmacológico em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Nacionalidade Agente Farmacológico	Brasileira				Valor <i>p</i> ¹	Internacional				Valor <i>p</i> ¹
	Sim		Não			Sim		Não		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Condições Sociodemográficas										
FAIXA ETÁRIA										
Igual/superior a 25 anos	18	23,7	19	16,7	0,231	7	24,1	35	30,4	0,505
Entre 18 e 24 anos	58	76,3	95	83,3		22	75,9	80	69,6	
SEXO										
Feminino	60	78,9	55	48,2	0,000	18	62,1	40	34,8	0,007
Masculino	16	21,1	59	51,8		11	37,9	75	65,2	
COR DA PELE										
Amarela/Branca/Parda	69	90,8	96	84,2	0,189	8	27,6	17	14,8	0,104
Preta	07	9,2	18	15,8		21	72,4	98	85,2	
ESTADO CIVIL										
Com Companheiro(a)	9	11,8	5	4,4	0,054	2	6,9	1	0,9	0,042
Sem Companheiro(a)	67	88,2	109	95,6		27	93,1	114	99,1	
RESIDE COM										
Amigos ou Sozinho	32	42,1	65	57,0	0,044	26	89,7	107	93,0	0,539
Familiares ou Cônjuge	44	57,9	49	43,0		3	10,3	8	7,0	
OCUPAÇÃO										
Bolsista/Trabalho	22	28,9	26	22,8	0,340	6	20,7	20	17,4	0,680
Estudante Exclusivo	54	71,1	88	77,2		23	79,3	95	82,6	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Na nacionalidade brasileira, a Tabela 18 demonstra que o uso de agente farmacológico foi mais percebido nos estudantes universitários com faixa etária entre 18 e 24 anos (76,3%), sexo feminino (78,9%), cor da pele amarela, branca ou parda (90,8%), estado civil sem companheiro(a) (88,2%), residência com familiares ou cônjuge ou (57,9%) e ocupação de estudante exclusivo (71,1%).

Nos estudantes internacionais, o uso de agente farmacológico foi mais referido por estudantes com faixa etária entre 18 e 24 anos (75,9%), sexo feminino (62,1%), cor da pele preta (72,4%), estado civil sem companheiro (a) (93,1%), residência com amigos ou sozinho (89,7%) e estudante exclusivo (79,3%).

Na nacionalidade brasileira, as associações com significância estatística deste fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada foram com sexo feminino (p : 0,000) e residência com familiares ou cônjuge (p : 0,044). Já na nacionalidade internacional foram com sexo feminino (p : 0,007) e estado civil sem companheiro (a) (p : 0,042).

Tabela 19. Condições sociodemográficas associadas ao conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO	CONHECIMENTO INSUFICIENTE				TOTAL	p-valor ¹
	SIM		NÃO			
VARIÁVEIS PREDITORAS	N	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	30	[24,8]	49	[23,6]	79 [23,7]	0,712
Entre 18 e 24 anos	91	[75,2]	164	[76,4]	255 [76,3]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	48	[39,7]	142	[66,7]	190 [56,9]	0,000
Internacional	73	[60,3]	71	[33,3]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	57	[47,1]	116	[54,5]	173 [51,8]	0,196
Masculino	64	[52,9]	97	[45,5]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	63	[52,1]	127	[59,6]	190 [56,9]	0,180
Preta	58	[47,9]	86	[40,4]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	6	[5,0]	11	[5,2]	17 [5,1]	0,934
Sem Companheiro(a)	115	[95,0]	202	[94,8]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	86	[71,1]	144	[67,6]	230 [68,9]	0,000
Familiares ou Cônjuge	35	[28,9]	69	[32,4]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	20	[16,5]	54	[25,4]	74 [22,2]	0,179
Exclusivamente Estudante	101	[83,5]	159	[74,6]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

Considerado um dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada o conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis foi bem expressivo nesta pesquisa uma vez que foi detectado em 121 (36,2%) estudantes universitários. Consoante a Tabela 19 apresentou maior frequência nos estudantes com faixa etária entre 18 e 24 anos (75,2%), nacionalidade internacional (60,3%), sexo masculino (52,9%), cor da pele amarela, branca ou parda (52,1%), estado civil sem companheiro(a) (95,0%), residência com amigos ou sozinho (71,1%) e ocupação de exclusivamente estudante (83,5%).

Ainda nesta tabela, compreende-se que somente houve associações com significância estatística deste fator de risco com a nacionalidade internacional (p : 0,000) e a residência com amigos ou sozinho (p : 0,000).

Tabela 20. Condições sociodemográficas associadas ao conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Condições Sociodemográficas	Nacionalidade Brasileira		Nacionalidade Internacional		Valor p^1	Nacionalidade Brasileira		Nacionalidade Internacional		Valor p^1
	Conhecimento insuficiente		Conhecimento insuficiente			Sim		Não		
	N	%	n	%		n	%	n	%	
FAIXA ETÁRIA										
Igual/superior a 25 anos	06	12,5	31	21,8	0,158	24	32,9	18	25,4	0,321
Entre 18 e 24 anos	42	87,5	111	78,2		49	67,1	53	74,6	
SEXO										
Feminino	27	56,3	88	62,0	0,483	30	41,1	28	39,4	0,839
Masculino	21	43,8	54	38,0		43	58,9	43	60,6	
COR DA PELE										
Amarela/Branca/Parda	43	89,6	122	85,9	0,516	20	27,4	05	7,0	0,001
Preta	05	10,4	20	14,1		53	72,6	66	93,0	
ESTADO CIVIL										
Com Companheiro(a)	04	8,3	10	7,0	0,767	02	2,7	1	1,4	0,576
Sem Companheiro(a)	44	91,7	132	93,0		71	97,3	70	98,6	
RESIDE COM										
Amigos ou Sozinho	17	35,4	80	56,3	0,012	69	94,5	64	90,1	0,323
Familiares ou Cônjuge	31	64,6	62	43,7		04	5,5	07	9,9	
OCUPAÇÃO										
Bolsista/Trabalho	07	14,6	41	28,9	0,049	13	17,8	13	18,3	0,938
Estudante Exclusivo	41	85,4	101	71,1		60	82,2	58	81,7	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Percebe-se que o conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis foi mais prevalente na nacionalidade internacional.

A Tabela 20 expõe que, na nacionalidade brasileira, este fator de risco foi identificado, principalmente na faixa etária entre 18 e 24 anos (87,5%), sexo feminino (56,3%), cor da pele amarela, branca ou parda (89,6%), sem companheiro(a) (91,7%), que residiam com familiares ou cônjuge (64,6%) e apenas estudavam (85,4%).

Enquanto, nos estudantes internacionais, o conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis prevaleceu na faixa etária entre 18 e 24 anos (67,1%), sexo masculino (58,9%), cor da pele preta (72,6%), sem companheiro(a) (97,3%), que residiam com amigos ou sozinho (94,5%) e apenas estudavam (82,2%).

Na nacionalidade brasileira, as associações com significância estatística deste fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada foram com residência com familiares ou cônjuge (p : 0,012) e ocupação de estudante exclusivo (p : 0,049). Na nacionalidade internacional houve associação estatisticamente significativa apenas com a cor da pele preta (p : 0,001).

Tabela 21. Condições sociodemográficas associadas à história de doença cardiovascular nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO VARIÁVEIS PREDITORAS	HISTÓRIA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR				TOTAL	p-valor ¹
	PRESENTE		AUSENTE			
	n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	15	[45,5]	64	[21,3]	79 [23,7]	0,002
Entre 18 e 24 anos	18	[54,5]	237	[78,7]	255 [76,3]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	24	[72,7]	166	[55,1]	190 [56,9]	0,053
Internacional	09	[27,3]	135	[44,9]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	19	[57,6]	154	[51,2]	173 [51,8]	0,484
Masculino	14	[42,4]	147	[48,8]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	26	[78,8]	164	[54,5]	190 [56,9]	0,007
Preta	07	[21,2]	137	[45,5]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	03	[9,1]	14	[4,7]	17 [5,1]	0,271
Sem Companheiro(a)	30	[90,9]	287	[95,3]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	20	[60,6]	210	[69,8]	230 [68,9]	0,281
Familiares ou Cônjuge	13	[39,4]	91	[30,2]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	15	[45,5]	59	[19,6]	74 [22,2]	0,001
Exclusivamente Estudante	18	[54,5]	242	[80,4]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

A história de doença cardiovascular foi referida por 33 (9,8%) estudantes universitários, constituindo um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada com baixa frequência nos participantes. Destaca-se que entre as DCV referidas encontraram-se: dislipidemias (3,5%), cardiopatias (3,0%), hipertensão arterial (2,7%) e diabetes mellitus (0,6%). Nenhum estudante referiu história pessoal de acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio.

Aqueles que relataram história de doença cardiovascular tinham, principalmente, as seguintes características: faixa etária entre 18 e 24 anos (54,5%), nacionalidade brasileira (72,7%), sexo feminino (57,6%), cor da pele amarela, branca ou parda (78,8%), estado civil sem companheiro(a) (90,9%), residência com amigos ou sozinho (60,6%) e ocupação de exclusivamente estudante (54,5%).

Percebeu-se associações estatisticamente significantes desse fator de risco do diagnóstico de enfermagem em questão com faixa etária entre 18 e 24 anos (p : 0,002), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,007) e ocupação de estudante exclusivo (p : 0,001).

Tabela 22. Condições sociodemográficas associadas à história de doença cardiovascular em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

História de Doença	Nacionalidade				Valor p^1	Internacional				Valor p^1
	Brasileira		Internacional			Brasileira		Internacional		
	Presente	Ausente	Presente	Ausente		Presente	Ausente	Presente	Ausente	
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Condições Sociodemográficas										
FAIXA ETÁRIA										
Igual/superior a 25 anos	09	37,5	28	16,9	0,017	06	66,7	36	26,7	0,011
Entre 18 e 24 anos	15	62,5	138	83,1		03	33,3	99	73,3	
SEXO										
Feminino	16	66,7	99	59,6	0,510	03	33,3	55	40,7	0,661
Masculino	08	33,3	67	40,4		06	66,7	80	59,3	
COR DA PELE										
Amarela/Branca/Parda	20	83,3	145	87,3	0,586	06	66,7	19	14,1	0,000
Preta	04	16,7	21	12,7		03	33,3	116	85,9	
ESTADO CIVIL										
Com Companheiro(a)	02	8,3	12	7,2	0,847	01	11,1	02	1,5	0,050
Sem Companheiro(a)	22	91,7	154	92,8		08	88,9	133	98,5	
RESIDE COM										
Amigos ou Sozinho	11	45,8	86	51,8	0,584	09	100,0	124	91,9	0,373
Familiares ou Cônjuge	13	54,2	80	48,2		00	0,0	11	8,1	
OCUPAÇÃO										
Bolsista/Trabalho	10	41,7	38	22,9	0,048	05	55,6	21	15,6	0,003
Estudante Exclusivo	14	58,3	128	77,1		04	44,4	114	84,4	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 22 demonstra que, na nacionalidade brasileira, aqueles que relataram história de doença cardiovascular tinham as seguintes características: faixa etária entre 18 e 24 anos (62,5%), sexo feminino (66,7%), cor da pele amarela, branca ou parda (83,3%), estado civil sem companheiro(a) (91,7%), residência com familiares ou cônjuge (54,2%) e ocupação de estudante exclusivo (58,3%).

Na nacionalidade internacional, a história de doença cardiovascular foi mencionada principalmente por estudantes universitários com faixa etária igual ou superior a 25 anos (66,7%), sexo masculino (66,7%), cor da pele amarela, branca ou parda (66,7%), estado civil sem companheiro(a) (88,9%), residência com amigos ou sozinho (100,0%) e ocupação de bolsista/trabalho (55,6%).

Na nacionalidade brasileira, houve associações com significância estatística deste fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada com faixa etária entre 18 e 24 anos (p : 0,017) e ocupação de estudante exclusivo (p : 0,048). Na nacionalidade internacional, evidenciaram-se associações com a faixa etária igual ou superior a 25 anos (p : 0,011), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000) e ocupação de bolsista/trabalho (p : 0,003).

Tabela 23. Condições sociodemográficas associados à história familiar de doença cardiovascular nos estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO VARIÁVEIS PREDITORAS	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	p-valor ¹
	n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	61	[22,6]	18	[28,1]	79 [23,7]	0,349
Entre 18 e 24 anos	209	[77,4]	46	[71,9]	255 [76,3]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	177	[65,6]	13	[20,3]	190 [56,9]	0,000
Internacional	93	[34,4]	51	[79,7]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	150	[55,6]	23	[35,9]	173 [51,8]	0,005
Masculino	120	[44,4]	41	[64,1]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	168	[62,2]	22	[34,4]	190 [56,9]	0,000
Preta	102	[37,8]	42	[65,6]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	15	[5,6]	02	[3,1]	17 [5,1]	0,426
Sem Companheiro(a)	255	[94,4]	62	[96,9]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	178	[65,9]	52	[81,3]	230 [68,9]	0,017
Familiares ou Cônjuge	92	[34,1]	12	[18,8]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	60	[22,2]	14	[21,9]	74 [22,2]	0,952
Exclusivamente Estudante	210	[77,8]	50	[78,1]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

A história familiar de doença cardiovascular foi o fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada mais frequente, pois foi referida por 270 (80,8%) estudantes universitários. No tocante às DCV nos pais ou irmãos dos estudantes, estiveram presentes: hipertensão arterial (42,8%), dislipidemias (23,0%), diabetes mellitus (14,4%), cardiopatias (7,8%), infarto agudo do miocárdio (5,0%) e AVC (3,6%).

Consoante a Tabela 23, aqueles que mencionaram história familiar de doença cardiovascular tinham, principalmente, faixa etária entre 18 e 24 anos (77,4%), nacionalidade brasileira (65,6%), sexo feminino (55,6%), cor da pele amarela, branca ou parda (62,2%), estado civil sem companheiro(a) (94,4%), residência com amigos ou sozinho (65,9%) e ocupação de exclusivamente estudante (77,8%).

Este fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada apresentou associação estatisticamente significativa com a nacionalidade brasileira (p : 0,000), o sexo feminino (p : 0,005), a cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000) e a residência com amigos ou sozinho (p : 0,017).

Tabela 24. Condições sociodemográficas associadas à história familiar de doença cardiovascular em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

História Familiar	Brasileira				Valor p^1	Internacional				Valor p^1
	Presente n	Ausente %	Presente n	Ausente %		Presente n	Ausente %	Presente n	Ausente %	
Condições Sociodemográficas										
FAIXA ETÁRIA										
Igual/superior a 25 anos	34	19,2	03	23,1	0,734	27	29,0	15	29,4	0,962
Entre 18 e 24 anos	143	80,8	10	76,9		66	71,0	36	70,6	
SEXO										
Feminino	108	61,0	07	53,8	0,610	42	45,2	16	31,4	0,107
Masculino	69	39,0	06	46,2		51	54,8	35	68,6	
COR DA PELE										
Amarela/Branca/Parda	153	86,4	12	92,3	0,546	15	16,1	10	19,6	0,598
Preta	24	13,6	01	7,7		78	83,9	41	80,4	
ESTADO CIVIL										
Com Companheiro(a)	13	7,3	1	7,7	0,963	2	2,2	01	2,0	0,939
Sem Companheiro(a)	164	92,7	12	92,3		91	97,8	50	98,0	
RESIDE COM										
Amigos ou Sozinho	91	51,4	6	46,2	0,714	87	93,5	46	90,2	0,469
Familiares ou Cônjuge	86	48,6	7	53,8		06	6,5	5	9,8	
OCUPAÇÃO										
Bolsista/Trabalho	45	25,4	3	23,1	0,851	15	16,1	11	21,6	0,417
Estudante Exclusivo	132	74,6	10	76,9		78	83,9	40	78,4	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Nos brasileiros, a história familiar de doença cardiovascular esteve presente principalmente nos estudantes universitários com faixa etária entre 18 e 24 anos (80,8%), sexo feminino (61,0%), cor da pele amarela, branca ou parda (86,4%), estado civil sem companheiro(a) (92,7%), residência com amigos ou sozinho (51,4%) e ocupação de estudante exclusivo (74,6%).

Nos internacionais, este fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada foi mais prevalente naqueles com faixa etária entre 18 e 24 anos (71,0%), sexo masculino (54,8%), cor da pele preta (83,9%), estado civil sem companheiro(a) (97,8%), residência com amigos ou sozinho (93,5%) e ocupação de exclusivamente estudante (83,9%).

Não houve associações com significância estatística deste fator de risco no tocante à nacionalidade.

Tabela 25. Inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada pelas enfermeiras diagnosticadoras a partir dos fatores de risco. Redenção/CE, Brasil (2017).

Fatores de risco do Diagnóstico de enfermagem	História Familiar de DCV	História de DCV	Tabagismo	Hipertensão	Diabetes	Dislipidemia	Conhecimento insuficiente	Obesidade	Estilo de vida sedentário	Agente farmacológico
História Familiar de DCV	44	03	01	00	00	13	22	00	27	15
DE Presente	36	03	01	00	00	13	16	00	26	14
DE Ausente	08	00	00	00	00	00	06	00	01	01
História de DCV	03	00	00	00	00	00	00	00	00	00
DE Presente	03	00	00	00	00	00	00	00	00	00
DE Ausente	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Tabagismo	01	00	01	00	00	00	01	00	01	00
DE Presente	01	00	01	00	00	00	01	00	01	00
DE Ausente	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Hipertensão	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00
DE Presente	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00
DE Ausente	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Dislipidemia	13	00	00	00	00	00	01	00	02	02
DE Presente	13	00	00	00	00	00	01	00	02	02
DE Ausente	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Conhecimento insuficiente	22	00	01	00	00	01	15	00	05	04
DE Presente	16	00	01	00	00	01	03	00	05	00
DE Ausente	06	00	00	00	00	00	12	00	00	04
Obesidade	00	00	00	00	00	00	00	01	00	00
DE Presente	00	00	00	00	00	00	00	01	00	00
DE Ausente	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Estilo de vida sedentário	27	00	01	01	00	02	05	00	06	01
DE Presente	26	00	01	01	00	02	05	00	05	01
DE Ausente	01	00	00	00	00	00	00	00	01	00
Agente farmacológico	15	00	00	00	00	02	04	00	01	03
DE Presente	14	00	00	00	00	02	00	00	01	03
DE Ausente	01	00	00	00	00	00	04	00	00	00

*DCV: Doença cardiovascular

**DE: Diagnóstico de Enfermagem

Destaca-se que a presença isolada do tabagismo, obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia foi suficiente para a inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada pelas enfermeiras diagnosticadoras.

Além disso, as enfermeiras diagnosticadoras consideraram o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada presente em todos estudantes universitários que apresentaram três ou mais fatores de risco.

A inferência quanto à presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada apresentou, em alguns casos, diferença quando as enfermeiras consideraram um fator de risco isolado ou em associação com outros fatores de risco.

Os fatores de risco que apresentaram diferenças na inferência do diagnóstico de enfermagem em questão foram: história familiar de doença cardiovascular, conhecimento insuficiente, estilo de vida sedentário e agente farmacológico.

Tabela 26. Condições sociodemográficas associadas ao diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos, Redenção/CE, Brasil (2017).

VARIÁVEL DESFECHO VARIÁVEIS PREDITORAS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (Risco de função cardiovascular prejudicada)				TOTAL	p-valor ¹
	PRESENTE		AUSENTE			
	n	[%]	n	[%]		
FAIXA ETÁRIA						
Igual ou superior a 25 anos	67	[23,7]	12	[27,3]	79 [23,7]	0,544
Entre 18 e 24 anos	223	[76,9]	32	[72,7]	255 [76,3]	
NACIONALIDADE						
Brasileira	183	[63,1]	07	[15,9]	190 [56,9]	0,000
Internacional	107	[36,9]	37	[84,1]	144 [43,1]	
SEXO						
Feminino	162	[55,9]	11	[25,0]	173 [51,8]	0,000
Masculino	128	[44,1]	33	[75,0]	161 [48,2]	
COR DA PELE						
Amarela, Branca ou Parda	179	[61,7]	11	[25,0]	190 [56,9]	0,000
Preta	111	[38,3]	33	[75,0]	144 [43,1]	
ESTADO CIVIL						
Com Companheiro(a)	17	[5,9]	00	[0,0]	17 [5,1]	0,099
Sem Companheiro(a)	273	[94,1]	44	[100]	317 [94,9]	
RESIDE COM						
Amigos ou Sozinho	193	[66,6]	37	[84,1]	230 [68,9]	0,019
Familiares ou Cônjuge	97	[33,4]	07	[15,9]	104 [31,1]	
OCUPAÇÃO						
Bolsista, Trabalho Formal ou Informal	67	[23,1]	07	[15,9]	74 [22,2]	0,284
Exclusivamente Estudante	223	[76,9]	37	[84,1]	260 [77,8]	

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado de Pearson

O diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada foi inferido em 290 (86, 8%) estudantes universitários. Nos participantes que o apresentaram, destacaram-se as seguintes condições sociodemográficas: faixa etária entre 18 e 24 anos (76,9%), nacionalidade brasileira (63,1%), sexo feminino (55,9%), cor da pele amarela, branca ou parda (61,7%), estado civil sem companheiro(a) (94,1%), residência com amigos ou sozinho (66,6%) e ocupação de exclusivamente estudante (76,9%).

Percebeu-se que esse diagnóstico de enfermagem apresentou associações estatisticamente significantes com nacionalidade brasileira (p : 0,000), sexo feminino (p : 0,000), cor da pele amarela, branca ou parda (p : 0,000) e residência com amigos ou sozinho (p : 0,019).

Tabela 27. Condições sociodemográficas associadas ao diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários de países lusófonos, de acordo com a nacionalidade, Brasileira (n=190) e Internacional (n=144), Redenção/CE, Brasil (2017).

Condições Sociodemográficas	Nacionalidade		Brasileira				Valor p^1	Internacional				Valor p^1
	Diagnóstico		Presente		Ausente			Presente		Ausente		
			n	%	n	%	n	%	n	%		
FAIXA ETÁRIA												
Igual/superior a 25 anos			36	19,7	01	14,3	0,724	31	29,2	11	29,7	0,930
Entre 18 e 24 anos			147	80,3	06	85,7		76	71,0	26	70,3	
SEXO												
Feminino			114	62,3	01	14,3	0,011	48	44,9	10	40,3	0,057
Masculino			69	37,7	06	85,7		59	55,1	27	73,0	
COR DA PELE												
Amarela/Branca/Parda			159	86,9	06	85,7	0,928	20	18,7	05	13,5	0,473
Preta			24	13,1	01	14,3		87	81,3	32	86,5	
ESTADO CIVIL												
Com Companheiro(a)			14	7,7	00	0,0	0,447	03	2,8	00	0,0	0,303
Sem Companheiro(a)			169	92,3	07	100		104	97,2	37	100	
RESIDE COM												
Amigos ou Sozinho			93	50,8	04	57,1	0,743	100	93,5	33	89,2	0,399
Familiares ou Cônjuge			90	49,2	03	42,9		07	6,5	04	2,8	
OCUPAÇÃO												
Bolsista/Trabalho			47	25,7	01	14,3	0,496	20	18,7	06	16,2	0,736
Estudante Exclusivo			136	74,3	06	85,7		87	81,3	31	83,8	

Nota: ¹Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Na nacionalidade brasileira, o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada foi identificado, especialmente, nos estudantes universitários com faixa etária entre 18 e 24 anos (80,3%), sexo feminino (62,3%), cor da pele amarela, branca

ou parda (86,9%), estado civil sem companheiro(a) (92,3%), residência com amigos ou sozinho (50,8%) e ocupação de estudante exclusivo (74,3%).

Observou-se que a maioria dos estudantes universitários internacionais com esse diagnóstico de enfermagem tinha faixa etária entre 18 e 24 anos (71,0%), sexo masculino (55,1%), cor da pele preta (81,3%), estado civil sem companheiro (a) (97,2%), residência com amigos ou sozinho (93,5%) e ocupação de estudante exclusivo (81,3%).

Houve apenas associação com significância estatística do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada na nacionalidade brasileira em relação ao sexo feminino (p : 0,011).

6 DISCUSSÃO

Visando melhor compreensão dos achados desta pesquisa, optou-se por desmembrar o capítulo nos seguintes tópicos: perfil sociodemográfico, fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada (tabagismo, estilo de vida sedentário, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, agente farmacológico, conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis, história de doença cardiovascular, história familiar de doença cardiovascular), uso de álcool e diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada.

6.1 Perfil sociodemográfico

Considerou-se de suma relevância conhecer o perfil sociodemográfico dos estudantes universitários de países lusófonos, visto que como são pessoas oriundas de diversos países e de vários locais do Brasil, com hábitos, costumes e características peculiares, estes dados poderão contribuir para conhecer melhor as particularidades deste grupo, bem como servir de suporte para intervenções voltadas para melhoria das condições de saúde.

Quanto à nacionalidade dos participantes, predominou-se a brasileira (56,9%), pois na instituição em que a pesquisa foi desenvolvida o maior número de estudantes é desta nacionalidade. É válido salientar que 43,1% da amostra foram compostos por estudantes internacionais, contemplando o Timor Leste e diversos países do continente africano. Destaca-se que o local do estudo apresenta peculiaridade no que concerne à diversidade sociodemográfica dos estudantes. Constitui uma instituição que promove o acesso de pessoas oriundas de países subdesenvolvidos à educação, pois as mesmas não disponibilizam de muitas oportunidades de ingresso em formação superior nos países de origem. Deste modo, esta pesquisa possibilitou, também, conhecer o perfil desses estudantes.

A faixa etária de 18 a 24 anos prevaleceu tanto nos estudantes universitários brasileiros (78,4%) quanto nos internacionais (72,2%) cuja média de idade foi de 22,7 anos, contemplando adolescentes e adultos jovens.

No Brasil, no período de 1991 a 2011, o número de pessoas matriculadas com essa faixa etária em cursos de graduação cresceu 330%. Contudo, apesar desse crescimento,

esse país ainda não alcançou a meta proposta no primeiro Plano Nacional de Educação (2001-2010) de pelo menos 30% de matrículas na faixa etária de 18 a 24 anos (PAULA, 2017).

Quanto ao perfil dos estudantes em relação à faixa etária, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, realizados em instituições educacionais do Chile e do México, que também investigaram os fatores de risco cardiovascular em estudantes universitários. Na pesquisa realizada no Chile, a idade média foi de $19,2 \pm 1,8$ anos para estudantes do primeiro ano e $21,7 \pm 2,5$ anos do terceiro; e, no estudo do México, a idade média foi de 20 anos, com variação de 16 a 27 anos (MORALES *et al.*, 2017; CRUZ-SANCHEZ *et al.*, 2016).

Em estudo que investigou a hipertensão arterial e fatores associados em estudantes universitários da Etiópia, a média de idade foi de 21 anos com desvio padrão de 1,82 anos (TADESSE; ALEMU, 2014). Pesquisa realizada com 4649 estudantes de graduação universitária de 7 países da Ásia (Indonésia, Laos, Malásia, Myanmar, Filipinas, Tailândia e Vietnã) apresentou a média de idade de 20,5 anos com desvio padrão de 2,9 (PELTZER *et al.*, 2017).

Percebe-se que tanto a média de idade quanto a faixa etária dos estudantes universitários são semelhantes nos diversos países, sejam estes desenvolvidos, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, visto que é nessa etapa da vida que se conclui o ensino médio e se ingressa na universidade.

A prevalência do gênero foi diferente entre os estudantes de acordo com a nacionalidade. Nos brasileiros, prevaleceu o gênero feminino (60.5%) e nos internacionais, o masculino (59.7%). Com relação à prevalência das mulheres nos participantes brasileiros, outras pesquisas também apresentaram esta característica (MOURA *et al.*, 2017; KAŁKA *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2015). Sugere-se que este resultado possa estar relacionado ao fato de que, na sociedade, o quantitativo de mulheres é maior, além de constituir o sexo mais percebido em amostras de estudos que contemplam estudantes universitários (SOUSA *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2014).

Ao ponderar a predominância de homens nos estudantes internacionais, encontraram-se achados semelhantes em estudos realizados, respectivamente, na Costa Rica, em Uganda e na Etiópia com este público (RIVERA *et al.*, 2016; NYOMBI *et al.*, 2015; TADESSE; ALEMU, 2014). Tais resultados chamam atenção, pois comumente as mulheres são mais acessíveis à participação tanto em pesquisas quanto em procura por serviços de saúde.

No entanto, na África, o acesso das mulheres à educação geralmente é restrito, visto que, na tradição africana, a mulher sempre esteve associada ao contexto familiar cuja perspectiva é o matrimônio e a procriação, no qual o interesse da família deverá se sobrepor ao seu interesse pessoal (EBILA, 2015). Desse modo, supõe-se que a preponderância dos homens entre os estudantes internacionais nesta pesquisa possa estar possivelmente relacionada à presença do machismo, pois em alguns desses países a mulher ainda tem como papel principal as ocupações domésticas e cuidar dos filhos. Além disso, pode ainda estar associada ao fato de as famílias liberarem mais facilmente os homens para morar provisoriamente em outro país.

Houve ainda diferenças na cor autorreferida, sendo a cor amarela, branca ou parda (71,0%) preponderante nos universitários brasileiros e a preta (82,6%) nos internacionais. No Brasil, a cor amarela, branca ou parda também prevaleceu em outras pesquisas com este público (MOURA *et al.*, 2017; BERNARDES *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2013).

A predominância da cor preta nos internacionais constitui uma peculiaridade deste estudo, devendo-se levar em consideração o ingresso sistemático, na instituição, de pessoas de outros países em que essa cor é predominante, por exemplo, o continente africano.

Nos estudantes brasileiros, a cor preta apresentou baixo percentual (13,2%). Mas, desde 2013, a instituição em que a pesquisa foi desenvolvida adotou a Lei nº 12.711/2012 que se refere ao sistema de cotas. Essa legislação garante um número de vagas para candidatos provenientes de escolas públicas cuja renda familiar per capita seja igual ou inferior a 1,5 salário mínimo e autodeclarados pretos, pardos ou indígenas. As regras e distribuição de vagas estão explícitas nos editais dos processos seletivos da instituição (UNILAB, 2017). É válido salientar que devido à peculiaridade da cor preta em algumas doenças, considerou-se importante classificá-la separadamente das demais cores nesta pesquisa.

Considerando esta questão, é importante lembrar que, no Brasil, as ações afirmativas consistem em políticas públicas ou privadas que visam neutralizar as consequências da discriminação de raça, gênero, idade, nacionalidade, aspectos físicos. Portanto, estão presentes quando uma instituição aplica recursos financeiros e tempo visando eliminar a diferenciação das pessoas com base em seu gênero ou grupo étnico e, deste modo, criar oportunidades iguais de forma proativa (LIMA; NEVES; SILVA, 2014).

Na definição dos grupos beneficiados, cada instituição poderá estabelecer em seu projeto os critérios, podendo ser estes exclusivamente raciais/étnicos ou sociais, ou ainda utilizar ambos os critérios. Quanto aos grupos raciais, tem-se como público-alvo os negros, afro-brasileiros, descendentes de africanos ou setores étnico-raciais socialmente

discriminados, em que se inclui a população indígena. Há também projetos voltados apenas para a população denominada carente ou para os educandos provenientes da escola pública (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Ressalta-se, contudo, que o acesso não implica a inclusão na educação superior, uma vez que deverá estar associado às políticas de permanência que possibilitem o êxito dos estudantes de baixa renda, bem como das minorias étnicas quanto à conclusão dos cursos, uma vez que, no processo histórico, são geralmente excluídos do ensino superior, especialmente dos cursos de elevada concorrência/prestígio social (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Diante do exposto, percebe-se que na instituição em que esta pesquisa foi desenvolvida existe a busca da garantia da universalização do acesso à educação, de forma igualitária e justa, de modo a superar os preconceitos e as desigualdades raciais.

O estado civil de solteiro(a) predominou nos acadêmicos de ambas as nacionalidades, sendo também semelhante em outros estudos realizados com este público (CRUZ-SANCHEZ *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2015, GASPAROTTO *et al.*, 2013). Observa-se que, como a maioria dos estudantes é adulto jovem, estes ainda estão em busca da independência financeira através de uma formação. Assim, a união consensual ou casamento poderá ficar em segundo plano, pois ao constituir família, eleva-se a responsabilidade do papel de provedor(a).

A ocupação de apenas estudante foi significativamente representada nos brasileiros (74,8%) e internacionais (82,0%) cujo resultado também coincide com o de outras pesquisas (MOURA *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2014). Supõe-se que os estudantes dediquem maior tempo às atividades acadêmicas, constituindo, provavelmente, fator positivo para formação de profissionais melhor capacitados. Evidencia-se que, apesar de já serem adultos jovens (exclusivamente estudantes), ainda dependem financeiramente de suas famílias e/ou de auxílios estudantis para manter o sustento, bem como a compra de materiais didático-pedagógicos.

No que concerne à residência, 51,0% dos participantes do Brasil e 86,1% dos demais países lusófonos residem com amigos ou sozinho. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos nos quais apenas 39,6% dos estudantes residiam com os pais (SOUSA *et al.*, 2015; MOURA *et al.*, 2017).

Tal situação chama atenção porque evidencia a necessidade de migração, tanto dos brasileiros que mudam de cidade quanto dos internacionais que mudam de país, para ingressarem na universidade. Assim, precisam se adaptar em nova residência e, para reduzir

as despesas, procuram dividir a moradia com outras pessoas do seu ciclo de convivência na universidade.

6.2 Fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada

6.2.1 Tabagismo

O tabagismo esteve pouco presente nos estudantes brasileiros (4,7%) e internacionais (6,2%), com incidência discretamente maior nos últimos. É importante salientar que, no Brasil, a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (Simão *et al.*, 2013) refere o tabagismo como risco isolado para as doenças cardiovasculares.

Considerando a pesquisa realizada no ano de 2014 no Brasil, na qual a prevalência do tabagismo na população adulta das capitais brasileiras foi de 10,8% (Malta *et al.*, 2015), o índice de tabagismo nos estudantes brasileiros foi inferior ao esperado.

No entanto, é válido salientar que aproximadamente 80% dos tabagistas em todo o mundo se encontram nos países de baixa e média renda, onde a carga das doenças e óbitos relacionados ao tabaco é mais pesada (WHO, 2017).

Quanto aos estudantes internacionais, é importante destacar que a frequência do tabagismo foi significativamente maior nos estudantes do Timor Leste, considerando que 31,8% timorenses afirmaram fazer uso do tabaco.

Este resultado corrobora com a realidade enfrentada no sudeste asiático, região em que o Timor Leste está situado, pois lá o uso do tabaco consiste em um relevante problema de saúde pública. A cada ano, nessa região, o tabaco mata 1,3 milhão de pessoas cuja epidemia existe há séculos. Entretanto, a OMS tem apoiado esses países a implementar políticas voltadas ao combate do tabagismo por meio de pesquisas baseadas em evidências (WHO, 2017).

Com relação à faixa etária, o tabagismo apresentou associação com a faixa etária igual ou superior a 25 anos ($p: 0,000$) nos estudantes de uma forma geral, de nacionalidade brasileira ($p: 0,005$) e internacional ($p: 0,000$). Esse resultado vai ao encontro de outro estudo realizado no ano de 2016, com a população adulta (maior de 18 anos), em 27 capitais brasileiras cuja frequência deste hábito foi também menor antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos (BRASIL, 2016).

No Brasil, a taxa de adultos fumantes apresenta significativa queda nas últimas décadas em decorrência das múltiplas ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. No ano de 1989, consoante a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 34,8% da população adulta (acima de 18 anos) eram fumantes. No ano de 2003, consoante a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), esses índices caíram para 22,4%. Já em 2008, de acordo com a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETab), esse percentual reduziu ainda mais (18,5%) (INCA, 2017).

Nesse país, em termos de políticas públicas voltadas para esta questão, foi criada a Lei nº 10.167, em 27 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), a qual proíbe a propaganda direta do cigarro. Tal ação corroborou positivamente na redução do seu consumo. No entanto, a indústria tabagista ainda considera os jovens universitários como um mercado promissor, representando garantia da manutenção e, inclusive, aumento do seu público consumidor (GUERRA *et al.*, 2017).

Apesar do progresso do Brasil em relação à redução da incidência do tabagismo, a cada ano este ainda é responsável pela ocorrência de 1.103.421 eventos. Do total, 43% estão associados ao infarto agudo do miocárdio e a outros eventos cardiovasculares, 34% a novos casos de doença pulmonar obstrutiva crônica, 5% a acidente cerebrovascular e 4% a novos diagnósticos de câncer por ano (PINTO *et al.*, 2017).

Para tanto, visando ao enfrentamento desse problema em todo mundo, a Organização Mundial da Saúde elaborou diretrizes, baseadas em evidências e melhores práticas, que recomendam algumas medidas para auxiliar os países a implementar e administrar políticas de controle do tabaco. Tais medidas são denominadas MPOWER, que significa *Monitoring tobacco use* (Monitorar o uso do tabaco); *Protecting people from tobacco smoke* (Proteger as pessoas da fumaça do tabaco); *Offering help to quit tobacco use* (Oferecer ajuda para abandonar o uso do tabaco); *Warning about the dangers of tobacco* (Alertar sobre os perigos do tabaco); *Enforcing bans on tobacco advertising* (Fazer cumprir a proibição da propaganda do tabaco) e *Raising taxes on tobacco products* (Aumentar os impostos dos produtos do tabaco) (WHO, 2013).

Resultados positivos destas medidas foram apresentados no sexto relatório da OMS acerca da epidemia global de tabaco, o qual evidenciou o avanço de vários países na redução do uso do tabaco e, conseqüentemente, do risco de desenvolver câncer e doenças cardíacas e pulmonares. Ressalta-se que mais da metade dos melhores resultados ocorreram nos países de baixa e média renda, comprovando que o progresso é possível independentemente do poder econômico (WHO, 2017).

Quanto ao gênero, houve associação do tabagismo com o sexo masculino ($p:0,036$). Tal achado foi percebido em outras pesquisas envolvendo este público, por exemplo, em estudo realizado com estudantes universitários gregos dos quais 45,2% dos homens e 29,8% das mulheres afirmaram ser fumantes ativos (CHOURDAKIS *et al.*, 2011). Outras pesquisas também apresentaram resultados similares (MARTINS *et al.*, 2017; VARGAS *et al.*, 2017; SHOMAR *et al.*, 2014; CHKHAIDZE *et al.*, 2013).

Provável justificativa seja a questão de as mulheres se preocuparem mais com os assuntos relacionados à saúde, uma vez que os danos causados pelo cigarro são de conhecimento da população em geral.

Outra possível explicação seria o fato de fumar ser considerado mais admissível nos indivíduos do sexo masculino e constituir símbolo de poder, contribuindo para a disparidade entre as taxas de tabagismo entre os gêneros. Apesar disso, é importante destacar que o índice de tabagismo nas mulheres aumentou, propiciando o risco de dependência de nicotina, surgimento de enfermidades associadas ao tabagismo e tendências de mudanças epidemiológicas no futuro, impellido pela maior aceitação desse comportamento nas mulheres em virtude da elevação social do gênero feminino (VARGAS *et al.*, 2017).

No tocante à nacionalidade internacional, identificou-se associação significativamente estatística do tabagismo com a cor da pele branca, amarela ou parda ($p:0,000$). Tal achado chama atenção, uma vez que a maioria dos estudantes internacionais (82,6%) se declarou de cor preta. Sugere-se que esta associação esteja relacionada aos estudantes timorenses, pois dos 9 estudantes internacionais que afirmaram utilizar o tabaco, 7 eram provenientes do Timor Leste.

Ressalta-se que apesar do tabagismo ainda constituir um importante problema no Timor Leste, ações ousadas foram realizadas pelo governo timorense, o qual adotou algumas das leis de controle do tabagismo mais progressivas do mundo. Em reconhecimento aos esforços notáveis, o primeiro-ministro recebeu o prêmio Mundial sem Tabaco em 2016 (WHO, 2017).

Portanto, fica evidente que estratégias voltadas para cessação do tabaco podem e devem ser realizadas nos diversos âmbitos, desde as políticas desenvolvidas na esfera federal até as ações realizadas pelos diferentes segmentos de saúde.

É importante destacar que, na atenção primária, a equipe de saúde da família, na qual o enfermeiro está inserido, servirá como base para realização de ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção, controle e cessação do uso do cigarro. Com relação ao papel do enfermeiro, nas ações de combate ao tabagismo, poderá contemplar: atuação no Programa

Saúde na Escola (PSE) cujo objetivo principal é a promoção da saúde com relação ao tabagismo voltada para crianças e adolescentes; investigação do tabagismo nas consultas de enfermagem visando identificar o risco de desenvolver doenças, principalmente DCV e câncer; diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação de enfermagem voltados para redução do risco de adoecimento e melhora da qualidade de vida das pessoas tabagistas; ações específicas em sua área de abrangência para indivíduos tabagistas de maior risco; formação de grupos com pessoas tabagistas que desejam cessar o uso do tabaco, entre outras ações.

Quanto aos estudantes universitários de países lusófonos, evidenciou-se neste estudo a baixa frequência do tabagismo. No entanto, sugere-se que ações de promoção da saúde com esta temática sejam desenvolvidas, na instituição, direcionadas ao público em geral, abordando, especialmente, os prejuízos ocasionados pelo consumo do tabaco, em curto, médio e longo prazo.

Quanto aos estudantes tabagistas, a equipe multidisciplinar de saúde da instituição, a qual é constituída por médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, poderá, ainda, acompanhá-los mais de perto, de modo a trabalhar com grupos terapêuticos direcionados principalmente para aqueles que têm interesse em cessar o uso do tabaco e, caso necessário, encaminhar para outros serviços mais especializados.

Espera-se que estas ações de promoção da saúde sensibilizem os estudantes para que possam ser reprodutores de hábitos saudáveis nas localidades e/ou nos países de origem, no âmbito familiar ou nos grupos de amigos.

6.2.2 Estilo de vida sedentário

O estilo de vida sedentário foi um fator de risco, do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, com elevada frequência nos estudantes universitários, principalmente do Brasil (56,8%). Nos internacionais, também apresentou expressiva relevância, visto que foi percebido em 27,1% dos participantes.

Os resultados obtidos neste estudo revelaram os baixos níveis de atividade física em estudantes de países lusófonos, corroborando com o relatório da OMS, o qual afirma que, globalmente, 31% da população não realizam atividade física, ocupando, assim, a quarta posição entre os fatores de risco de todas as mortes no mundo (WHO, 2011; HALLAL *et al.*, 2012). Tais achados são preocupantes, pois, presume-se que a inatividade física seja

responsável por aproximadamente 1,9 milhão de mortes por ano como consequência de doenças cardíacas, câncer e diabetes (WHO, 2017).

É importante destacar que, na população adulta exposta a níveis insuficientes de atividade física, sobressaem-se os estudantes universitários porque apesar do fácil acesso aos conhecimentos acerca da saúde durante o período acadêmico, através de informações atualizadas, leituras científicas habituais e internet, ainda se percebe elevada prevalência desse comportamento nesta população, tanto a nível nacional quanto internacional (PINTO *et al.*, 2017).

Deve-se considerar o fato de que, nesta fase da vida, os jovens ficam sentados por várias horas dedicando boa parte do tempo às atividades acadêmicas na universidade ou em casa, seja em sala de aula, biblioteca, grupos de estudo, em frente ao computador.

No que concerne às condições sociodemográficas, o estilo de vida sedentário apresentou significativa associação com a faixa etária de 18 a 24 anos nos estudantes em geral ($p:0,044$) e nos internacionais ($p:0,009$). Pesquisa realizada no Brasil com 550 estudantes universitários constatou também maior prevalência do sedentarismo naqueles com idade entre 18 e 25 anos (TORQUATO *et al.*, 2016). Outros estudos apontam que, com o passar do tempo, o sedentarismo em jovens aumentou, ressaltando a semelhança com os resultados obtidos nesta pesquisa (GUERRERO *et al.*, 2015). Sugere-se que a associação com a faixa etária mais jovem também poderá estar relacionada à predominância desta nos estudantes universitários.

Quanto aos estudantes contemplados nesta faixa etária, apesar de, atualmente, grande parte residir com amigos ou sozinho, esses previamente moravam com a família. Corroborando com este achado, estudo voltado ao âmbito familiar detectou relação direta entre hábitos de atividade física dos pais e dos respectivos filhos adolescentes, no qual evidenciou-se que pais fisicamente ativos têm, geralmente, filhos igualmente ativos. Tal ocorrência se repete com pais sedentários cujos filhos costumam apresentar a mesma característica (BANKOFF *et al.*, 2017).

Assim sendo, a presença maior do estilo de vida sedentário em jovens de 18 a 24 anos poderá estar relacionada aos hábitos de vida presentes no ambiente familiar, principalmente dos pais, os quais poderão repercutir ao longo da vida dos filhos.

Com relação à nacionalidade, percebeu-se associação desse fator de risco com a nacionalidade brasileira ($p:0,000$). Compreende-se que o nível de sedentarismo pode diferir de um local para o outro, dependendo dos fatores socioeconômicos e culturais envolvidos na população estudada (SANTOS *et al.*, 2014).

No Brasil, apesar de atualmente haver ampla divulgação na mídia acerca dos problemas ocasionados pela falta de exercício físico e da predominância do culto ao corpo, a resistência à prática de exercício ainda permeia na vida cotidiana. As principais alegações para esta conduta são tempo restrito, desmotivação ou cansaço, relacionados ao dia de trabalho ou estudo (LIMA *et al.*, 2014).

No tocante ao gênero, houve associação do estilo de vida sedentário com o sexo feminino nos estudantes em geral ($p:0,000$), brasileiros ($p:0,000$) e internacionais ($p:0,000$). Achados semelhantes foram encontrados em estudos realizados no Brasil e em outros países, por exemplo, pesquisa realizada com 702 estudantes universitários brasileiros apresentou associação estatisticamente significativa do sedentarismo com o sexo feminino ($p < 0,001$) cuja prevalência foi de 77,6% (LIMA *et al.*, 2014). Em estudo desenvolvido no Japão, no ano de 2014, 46,7% dos estudantes homens e 61,3% das mulheres não atendiam às recomendações para a atividade física (OKAZAKI *et al.*, 2014).

Outro estudo realizado na Colômbia, no ano de 2015, voltado também para acadêmicos, revelou que a classificação do sedentarismo com maior relevância foi a sedentária moderada (63,9%) e grave (10,9%) no gênero feminino (GUERRERO *et al.*, 2015).

Uma provável explicação é que essas diferenças em relação ao sexo possam estar associadas aos papéis de gênero, principalmente no masculino, porque tradicionalmente, na cultura ocidental, exercício e esportes (sobretudo no nível competitivo) estão relacionados aos homens como parte da comprovação de força, resistência e poder. Enquanto nas mulheres esse papel não apresenta muito sentido nessa perspectiva, visto que o desenvolvimento da atividade física no sexo feminino se associa mais às tarefas domésticas, embora atualmente as universitárias tenham outras responsabilidades sociais (GUERRERO *et al.*, 2015).

No que concerne à cor da pele, revelou-se associação do estilo de vida sedentário com a cor da pele amarela, branca ou parda, nos estudantes em geral ($p:0,006$), e com a cor preta, nos internacionais ($p:0,018$). Tal achado corrobora com pesquisa realizada no Brasil, com 1024 adultos com idades maiores do que 20 anos, a qual constatou que os índices de atividade física nos homens de cor branca, parda e negra foram, respectivamente, 37,8%, 36,5% e 40,3%, e nas mulheres foram 19,3% naquelas de cor branca, 16,7% nas de cor parda e 13,5% nas negras (BARBOSA *et al.*, 2010).

Quanto à associação desse fator de risco com aqueles que residem com amigos ou sozinho ($p:0,028$), presume-se que os hábitos de vida dos grupos de convivência dos jovens estabeleçam influência nos comportamentos destes.

Corroborando com este achado, estudo realizado com acadêmicos de educação física, em uma universidade no Brasil, revelou que as principais barreiras percebidas para a prática de atividade física foram, em ordem decrescente: a longa jornada de trabalho, pouca energia e ausência de companhia. As análises de associação apontaram que aqueles que notavam barreiras sociais tinham maior probabilidade de serem inativos fisicamente (PINTO *et al.*, 2017).

Portanto, se aqueles com quem os jovens moram não praticam atividades físicas, não há estímulo para que também as pratiquem. Do mesmo modo ocorre com quem mora sozinho, visto que também não tem alguém que possa estimular a prática de atividade física. Além disso, a falta de companhia para a realização de atividade física também poderá constituir uma barreira.

Em relação aos estudantes internacionais, a associação do estilo de vida sedentário com a ocupação de estudante exclusivo ($p:0,049$) poderá ser provavelmente explicada pelo fato desses alunos não poderem exercer outra ocupação, além de estudante e bolsista, pois vêm de seus países com o objetivo de se dedicarem exclusivamente às atividades acadêmicas. Além disso, como os países em que são provenientes, geralmente, não oferecem educação de qualidade, para obterem êxito nos componentes curriculares, terão que compensar esse déficit se dedicando mais profundamente aos estudos e, conseqüentemente, acabam tendo pouco tempo para realizar outras atividades voltadas para o lazer ou atividade física. Outra possível explicação seria a falta de disponibilização de espaço adequado (ginásios, quadras, campos) na universidade para a realização de práticas esportivas.

Observa-se que o estilo de vida sedentário consistiu um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada de grande impacto nos universitários de países lusófonos. Tal achado é preocupante, pois recente meta-análise sobre o sedentarismo apontou que cada hora de tempo sedentário por dia está diretamente associada a um aumento de 2% no risco de morte por todas as causas, mas a atividade física moderada ou vigorosa parece diminuir esse risco, servindo, assim, como um fator de proteção. O risco parece se elevar quando o indivíduo permanece mais do que 7h sentado por dia, com um aumento de 5% por cada hora adicional dispendida neste comportamento (CHAU *et al.*, 2013).

Ao mesmo tempo, é importante destacar os resultados positivos com a prática de atividade física, dentre os quais, ressaltam-se as implicações no sistema cardiovascular quanto à redução do colesterol total, LDL-c, triglicerídeos, pressão arterial, melhora nos níveis séricos de colesterol e HDL-c, bem como ao auxílio no controle da glicemia, para as respostas

fisiológicas relacionadas à maior demanda metabólica, e ao suprimento de oxigênio associado aos gastos musculares (CICHOCKI *et al.*, 2017).

Além disso, atualmente, a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura passou também a ser considerada e, inclusive, recomendada em uma abordagem mais ampla de exercício físico para a prevenção das DCV (SIMÃO *et al.*, 2013).

Por conseguinte, percebe-se a importância de investigação/identificação do estilo de vida sedentário pelo enfermeiro e demais profissionais da saúde em populações consideradas saudáveis, uma vez que constitui um fator de risco relevante para o desenvolvimento global de doenças e, principalmente, as doenças cardiovasculares.

Considerando o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, ressalta-se que a associação do estilo de vida sedentário com outros fatores de risco, a ausência de identificação e de intervenção efetiva para eliminação/redução desses fatores de risco poderão expor precocemente o indivíduo a eventos cardiovasculares, os quais poderão ocasionar limitações e/ou incapacidades que impactarão negativamente na qualidade de vida do indivíduo.

Diante desse contexto, é notória a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para o público jovem com relação à promoção e estímulo de atividades físicas no âmbito acadêmico, seja através da realização de jogos internos, incentivo financeiro por meio de auxílios estudantis voltados para atletas, criação de quadras, ginásios para atividades desportivas e ambientes que proporcionem outras atividades, por exemplo, capoeira, zumba e ginástica.

Tais ações exercerão impacto positivo na vida dos estudantes através da redução do risco de doenças cardiovasculares, do desestímulo de hábitos prejudiciais, da melhora do convívio social e até do desempenho acadêmico.

6.2.3 Obesidade

A obesidade teve baixa frequência nos estudantes (6,0%). Todavia, sobressaiu-se nos brasileiros (9,5%) quando comparados aos internacionais (1,4%). É válido salientar que, nos estudantes de nacionalidade brasileira, o sobrepeso esteve bem mais presente (24,2%).

Ressalta-se que, no Brasil, a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (Simão *et al.*, 2013) refere a obesidade como fator de risco isolado para as doenças cardiovasculares. Quanto ao percentual da obesidade e sobrepeso nos estudantes do Brasil,

achados semelhantes foram identificados em estudo com estudantes universitários em Honduras, o qual detectou que 22,2% apresentaram excesso de peso (HERNANDEZ *et al.*, 2015).

Estudo cuja amostra foi constituída por 177 estudantes de uma universidade no Chile verificou que 6,2% eram obesos e 28,3% tinham sobrepeso (ALARCON *et al.*, 2015). Pesquisa realizada com 1.104 estudantes de uma universidade do Brasil detectou que 35,6% destes estavam com sobrepeso (MORETTI *et al.*, 2014).

Compreende-se que a obesidade é uma condição complexa, que envolve dimensões sociais e psicológicas, afetando, praticamente, todas as faixas etárias e socioeconômicas, ameaçando superar países desenvolvidos e em desenvolvimento. Ressalta-se que, no ano de 1995, havia aproximadamente 200 milhões de adultos obesos em todo o mundo. A partir de 2000, esse índice se elevou para mais de 300 milhões (WHO, 2017).

Nesta pesquisa, a obesidade apresentou associação com a nacionalidade brasileira (p : 0,002). Ao contrário do que se supõe, a epidemia de obesidade não está restrita às sociedades industrializadas. Nos países em desenvolvimento, estima-se que mais de 115 milhões de pessoas enfrentam problemas relacionados à obesidade (WHO, 2017).

O maior índice de aumento da obesidade sobrevém de populações mais pobres e com menor nível educacional. Essa associação pode ser explicada devido à maior palatabilidade e preços baixos dos alimentos de grande densidade energética associados à insegurança alimentar. Transformações sociocomportamentais da população também estão relacionadas ao aumento da ingestão alimentar e, por conseguinte aparecimento da obesidade. A redução do número de refeições realizadas no domicílio, a ampliação compensatória da alimentação em redes de *fast food* e o acréscimo do tamanho das porções normais geram o aumento das calorias de cada refeição (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2016).

Quanto à faixa etária, a obesidade apresentou associação com ambas as faixas etárias tanto nos estudantes em geral (p : 0,004) quanto nos brasileiros (p : 0,001). Aponta-se que o período de ingresso na graduação constitui um momento crítico para ganho de peso. Na etapa de transição do ensino médio para a universidade, os jovens precisam se adaptar ao novo local. Quando estes não conseguem passar satisfatoriamente por esta adaptação poderão sofrer consequências negativas nos seus comportamentos de saúde e, consequentemente, no *status* de peso (DELIENS *et al.*, 2014).

É importante lembrar que os estudantes de nacionalidade brasileira apresentaram maior índice tanto do sedentarismo (56,8%) quanto da obesidade (9,5%). Na América Latina,

o aumento do consumo de alimentos com elevada densidade calórica e a redução dos níveis de atividade física são os principais fatores associados à epidemia da obesidade nesta região (GONZÁLEZ-GÓMEZ; CAMACHO-RUIZ; BARAJAS-GAMBOA, 2015).

Além disso, pesquisas comprovaram que o comportamento alimentar e a inatividade física/sedentarismo estão associados ao peso dos acadêmicos (DELIENS, et al., 2014; RANGEL et al., 2014). Acrescenta-se, que, conforme estudo realizado recentemente no Brasil, o principal fator do estilo de vida associado à obesidade abdominal nos adolescentes foi o comportamento sedentário (CASTRO; NUNES; SILVA, 2016).

Apesar da baixa frequência da obesidade nos estudantes, o percentual de sobrepeso, principalmente nos brasileiros, é preocupante, pois essas alterações no peso, associadas a outros fatores de risco como o sedentarismo, poderão repercutir negativamente na saúde dos acadêmicos.

Não houve associação entre obesidade e sexo. Porém, considerou-se importante destacar que, dentre os estudantes obesos, prevaleceram as mulheres (55,6%). Corroborando com esse achado, a OMS revelou que, no ano de 2014, o sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) esteve presente em 39% dos homens e 40% das mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; e a obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) em 11% dos homens e 15% das mulheres. Deste modo, cerca de 2 bilhões de adultos em todo o mundo se encontravam acima do peso e, destes, mais de meio bilhão estavam obesos. O sobrepeso e a obesidade revelaram marcante crescimento nas últimas quatro décadas (WHO, 2017).

Para ambos os sexos, a obesidade constitui um risco relevante para doenças graves não transmissíveis associadas à dieta, dentre as quais estão: diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais, além de alguns tipos de câncer. As possíveis consequências para a saúde variam desde o aumento do risco de morte prematura até condições crônicas graves, as quais comprometem a qualidade de vida geral (WHO, 2017).

A associação entre obesidade e a residência com familiares ou cônjuge ($p: 0,017$) poderá ser provavelmente explicada pela influência que os hábitos familiares exercem ao longo da vida dos jovens. Presume-se que o matrimônio possa também influenciar no ganho de peso, especialmente nas mulheres. As possíveis razões são a diminuição do gasto de energia e elevação da ingestão calórica por alterações nos hábitos sociais (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2016).

Avaliando a associação da obesidade com a ocupação ($p: 0,002$), percebe-se que o universitário, seja ele exclusivamente estudante ou não, devido à carga das atividades

acadêmicas, das mudanças comportamentais apresentadas, somadas ao estresse, aos modismos dietéticos e à inadequada administração do tempo, acaba, na maioria das vezes, alimentando-se de forma indevida por meio de refeições rápidas, prontas ou de simples preparo, de baixa qualidade nutricional, sem horários determinados, contribuindo para a formação de maus hábitos alimentares, que, em longo prazo, afetam o estado nutricional (DUARTE; ALMEIDA; MARTINS, 2013; CROVETTO *et al.*, 2013).

Esta alimentação, caracterizada pela elevada densidade de energia, com base em açúcares e gorduras simples, e insuficiência de nutrientes essenciais para a saúde, como ácidos graxos mono e poli-insaturados e fatores de fibra alimentar, poderá afetar a saúde cardiovascular (CROVETTO *et al.*, 2013).

Nesse contexto, esses comportamentos poderão repercutir diretamente no ganho de peso, já que os alimentos consumidos possuem elevadas calorias e baixos valores nutricionais, favorecendo o sobrepeso que, apesar de não ser considerado fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, constitui um sinal de alerta para o aparecimento da obesidade.

Aponta-se que tanto o sobrepeso quanto a obesidade acarretam efeitos metabólicos adversos na pressão arterial, colesterol, triglicerídeos e resistência à insulina. Assim, o IMC elevado predispõe a maiores riscos de doença cardíaca coronária, acidente vascular cerebral isquêmico e diabetes mellitus tipo 2 (WHO, 2017).

Observou-se que a instituição na qual a pesquisa foi desenvolvida já realiza ações voltadas para esta problemática, sobretudo na oferta da alimentação balanceada no almoço e jantar no restaurante universitário, elaborada por nutricionistas, procurando respeitar e conciliar os costumes dos estudantes brasileiros e internacionais.

Com relação ao papel do enfermeiro no combate à obesidade dos estudantes universitários, poderá desenvolver, juntamente com a equipe multiprofissional: ações de promoção à saúde voltadas principalmente para sensibilização/estímulo à alimentação saudável; campanhas de rastreamento da obesidade visando à identificação precoce de pessoas obesas ou com sobrepeso; identificação desse problema nas consultas de enfermagem e, a partir de então, estabelecimento do plano individual de intervenção de acordo com as peculiaridades dos envolvidos, corresponsabilizando-os no alcance das metas estabelecidas.

Assim sendo, embora a obesidade não tenha apresentado elevada frequência, medidas de promoção da saúde e de prevenção deste agravo devem ser cada vez mais encorajadas no âmbito universitário visando reduzir os danos à saúde provocados por esta condição.

6.2.4 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial, atualmente, consiste no principal fator de risco para doenças cardiovasculares, as quais são a causa mais frequente de morte no Brasil e no mundo (JARDIM *et al.*, 2016).

Considerada um fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, a hipertensão arterial esteve pouco presente nos estudantes universitários de países lusófonos, pois foi verificada em apenas 15 estudantes (4,5%).

Quanto aos achados desta pesquisa, estudos em outros países com o mesmo público encontraram resultados diversos, investigação realizada com estudantes universitários de medicina em Uganda detectou que 14,0% desses apresentaram hipertensão arterial (NYOMBI *et al.*, 2016). Já em estudo com 667 estudantes universitários de Lubango, Angola, constatou-se que 23,5% dos estudantes apresentaram valores pressóricos acima da normalidade (SOUSA *et al.*, 2015).

No Brasil, estudo que investigou alteração dos níveis de pressão arterial em universitários verificou HAS em 9,5% dos estudantes (SOUSA *et al.*, 2015). Outra pesquisa, também desenvolvida no Brasil, a qual utilizou os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), identificou que 24,1% dos adultos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, referiram hipertensão arterial (MALTA *et al.*, 2017).

Presume-se que a hipertensão arterial no mesmo público poderá apresentar variações de acordo com o local ou país, as quais poderão estar relacionadas a diversos fatores desde hereditários até comportamentais.

É importante destacar que o índice de HAS tem aumentado globalmente. Tal condição é atribuída ao crescimento da população, envelhecimento e fatores de risco comportamentais, como alimentação inadequada, uso nocivo de álcool, ausência de atividade física, excesso de peso e exposição constante ao estresse (WHO, 2013).

Em 2008, em todo mundo, a hipertensão arterial foi diagnosticada em aproximadamente 40% dos adultos com idade de 25 anos ou mais cuja maior prevalência se concentrou na região africana (46%) e a menor prevalência nas Américas (35%) (WHO, 2013).

No entanto, percebeu-se que, neste estudo, o achado ocorreu de forma inversa, uma vez que 60,0% dos estudantes que apresentaram hipertensão arterial eram de origem brasileira. Possivelmente, este resultado ocorreu porque nesses estudantes também

prevaleceram a obesidade e o sedentarismo que constituem fatores de risco para HAS, pois conforme diversas meta-análises de ensaios clínicos randomizados a realização de exercícios aeróbicos reduz a pressão arterial em 5-7 mmHg, enquanto o exercício de resistência dinâmica diminui entre 2-3 mmHg em adultos com hipertensão arterial (PESCATELLO *et al.*, 2015).

É válido salientar que esta condição constitui fator de risco isolado para as doenças cardiovasculares (SIMÃO *et al.*, 2013). No Brasil, a hipertensão arterial abrange 32,5% de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares (MALACHIAS *et al.*, 2016). Constitui prioridade e grande desafio de saúde pública devido à elevada prevalência e à gravidade das complicações tardias (FIGUEIRINHA; HERDY, 2017).

Estudo que analisou a tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil, referida por adultos brasileiros acima de 20 anos, nos anos de 1998, 2003 e 2008, constatou que as prevalências de hipertensão arterial referida foram de 18,0% em 1998, 19,2% em 2003 e 20,9% em 2008. Dessa forma, cresceram nos períodos estudados (LOBO *et al.*, 2017).

As consequências da hipertensão para a saúde são várias, visto que diversas pessoas afetadas apresentam ainda outros fatores de risco (tabagismo, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes mellitus) que elevam as probabilidades de ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e insuficiência renal (WHO, 2013).

Com relação à faixa etária, pesquisa realizada no ano de 2013, que investigou a prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros, constatou que a mesma foi descrita por apenas 3,0% dos adultos de 18 a 24 anos, enquanto na faixa etária de 25 a 34 anos foi significativamente maior (8,1%) (MALTA *et al.*, 2017).

Todavia, no presente estudo, 66,7% dos acadêmicos que apresentaram hipertensão arterial possuíam idade entre 18 e 24 anos. Consideram-se tais resultados preocupantes, uma vez que a hipertensão arterial prevaleceu em idades mais jovens, necessitando, assim, de intervenção efetiva no tocante à prevenção, diagnóstico e tratamento precoces da HAS nessa faixa etária.

Levando-se em consideração o sexo, a prevalência global da hipertensão arterial, no ano de 2015, em adultos, com idade igual ou maior de 18 anos, foi de aproximadamente 24,1% em homens e 20,1% em mulheres, atingindo 1,13 bilhões de adultos cujo maior aumento ocorreu nos países de baixa e média renda (WHO, 2017).

No entanto, nesta pesquisa, 53,3% dos estudantes que apresentaram hipertensão arterial eram do sexo feminino. Corroborando com esses achados, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, no Brasil, identificou que a prevalência de HAS autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior nas mulheres (24,2%) (MALAQUIAS *et al.*, 2016). Os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico igualmente apontaram maior prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas mulheres (24,1%) (MALTA *et al.*, 2017). Estudo que investigou a tendência temporal da hipertensão arterial nos adultos brasileiros também identificou prevalências mais elevadas nas mulheres (LOBO *et al.*, 2017).

Sugere-se que as prevalências dos níveis pressóricos elevados são maiores entre as mulheres, nas pessoas de idade mais avançada, de cor da pele preta, com níveis de escolaridade e de renda mais baixos (MOZAFFARIAN *et al.*, 2015). No tocante ao aumento da prevalência no sexo feminino, entende-se que a obesidade, a dificuldade no acesso às condições materiais e sociais, o estresse e as responsabilidades do papel desempenhado pela mulher possam contribuir para o aumento do risco de doenças neste grupo (LOBO *et al.*, 2017).

Um dado que chamou atenção neste estudo foi a significativa frequência de pré-hipertensão (Pressão arterial sistólica: 121-139 mmHg e/ou Pressão arterial diastólica: 81-89mmHg) nos estudantes universitários (23,6%). Apesar de não ser considerada fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, consiste em fator de risco para a hipertensão arterial.

Ressalta-se que, além da história familiar de doença, os fatores de risco modificáveis poderão ter sido responsáveis pela alteração dos níveis pressóricos dos estudantes universitários dos países lusófonos. Assim, espera-se que a identificação precoce dos fatores de risco modificáveis possa contribuir para o enfermeiro e demais profissionais da saúde intervirem adequadamente de modo a reduzir ou eliminar o risco de os estudantes com níveis pressóricos alterados desenvolverem hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares. Além disso, espera-se que a equipe de saúde da instituição monitore e acompanhe sistematicamente aqueles estudantes que já apresentam essa condição visando ao controle da pressão arterial e à prevenção de complicações.

Para tanto, medidas eficazes deverão ser colocadas em prática pelos enfermeiros e demais integrantes da equipe de saúde da instituição voltadas para o incentivo à mudança de hábitos prejudiciais à saúde (sedentarismo, uso de álcool, tabagismo, alimentação inadequada),

controle do peso e dos níveis lipídicos, visto que constituem fatores de risco modificáveis para hipertensão arterial.

6.2.5 Diabetes

O diabetes mellitus foi um fator de risco considerado ausente no estudo, pois esteve presente em apenas uma estudante (0,5%) de nacionalidade brasileira, com idade maior de 25 anos, e não apresentou nenhuma associação com significância estatística. No entanto, considerou-se importante destacar que a tolerância diminuída à glicose foi observada em 7 (2,1%) estudantes, os quais apresentaram taxas glicêmicas no intervalo ≥ 100 a < 126 mg/dl.

Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada com 248 estudantes de uma Universidade em Honduras, dos quais 5,74% apresentaram alteração nos índices glicêmicos ou pré-diabetes e nenhum dos participantes apresentou diabetes (HERNANDEZ *et al.*, 2015).

A prevalência do diabetes vem aumentando mais rapidamente nos países de renda média e baixa, por exemplo, Brasil, Timor Leste e os países da África (WHO AFRICA, 2017). No ano de 2014, aproximadamente 422 milhões de adultos manifestaram esta doença, quando comparado aos 108 milhões em 1980. A partir do ano de 1980, a prevalência na população adulta, com idade superior a 18 anos, quase duplicou, indo de 4,7% para 8,5%. Na última década, a ocorrência deste agravo aumentou mais rapidamente nos países de renda média, como é o caso do Brasil, do que nos de renda elevada (WHO, 2016).

Pesquisas realizadas recentemente no continente africano apontam que aproximadamente 15% das pessoas na faixa etária entre 25 e 64 anos têm diabetes. Destacam ainda que, devido ao DM ser geralmente silencioso, considerável número de pessoas não sabe que tem esta condição (WHO AFRICA, 2017).

Estima-se que, no ano de 2030, a prevalência de diabetes mellitus nos países da América Central e do Sul será de 40 milhões. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA), o crescimento ocorrerá, sobretudo, nas faixas etárias mais avançadas devido à maior expectativa de vida, enquanto nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias cuja prevalência triplicará nas pessoas de 45 a 64 anos e duplicará nas faixas etárias de 20 a 44 anos e superior a 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

No Brasil, pesquisa realizada nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, no ano de 2016, com a população de adultos, cuja idade era igual ou superior a 18

anos, revelou que a prevalência de pessoas que referiram diagnóstico médico prévio de diabetes apresentou variações de 5,3% em Boa Vista a 10,4% no Rio de Janeiro (BRASIL, 2017).

Avalia-se que, nesse país, o DM passará a ocupar a 6ª posição no ano de 2030 e a prevalência será aproximadamente 11,3%. Associa-se o aumento da carga do diabetes aos fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e ao estilo de vida da população, ao crescimento e envelhecimento populacional, à maior urbanização, ao maior número de pessoas obesas e sedentárias e ao aumento da sobrevivência de indivíduos com este agravo (BRASIL, 2013; DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

As mudanças de estilo de vida ocorridas na população global contribuíram para a elevação da incidência do diabetes mellitus tipo 2 em variadas faixas etárias. Nas últimas décadas, esta condição é considerada como epidemia global e problema de saúde pública (BRASIL, 2013).

É importante destacar que o diabetes é uma das principais causas de cegueira, insuficiência renal, ataques cardíacos, acidente vascular cerebral e amputação de membros inferiores (WHO AFRICA, 2017). Constitui uma carga financeira nos diversos países devido aos gastos com as intercorrências e/ou hospitalizações. Além disso, suas sequelas poderão causar limitações ou incapacidades, impactando negativamente na qualidade de vida das pessoas.

Em 2015, em âmbito global, o diabetes foi diretamente responsável por cerca de 1,6 milhão de óbitos. No ano de 2012, 2,2 milhões de óbitos ocorreram devido à glicemia elevada. Estima-se que, em 2030, o diabetes constituirá a sétima principal causa de morte (WHO, 2017).

Portanto, entende-se que é necessário quantificar a preponderância atual do diabetes bem como estimar o número de pessoas que poderão ser acometidas por esta condição visando ao planejamento e alocação de recursos de maneira racional (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016), bem como ao estabelecimento de políticas públicas voltadas para a prevenção, tratamento e controle desta doença.

Do mesmo modo, é essencial a adoção de abordagem multidisciplinar que possibilite o diagnóstico precoce da associação do diabetes com outras doenças e a prática de intervenções terapêuticas apropriadas que amortizem o risco cardiovascular. É primordial o conhecimento adequado da associação entre a incidência do diabetes mellitus tipo 2 e suas comorbidades para a elaboração de medidas preventivas desse quadro (PINHO *et al.*, 2015).

Visando prevenir ou retardar o surgimento do diabetes mellitus tipo 2, algumas medidas poderão ser adotadas, como alimentação saudável, atividade física regular, manutenção do peso corporal normal e não consumo do tabaco. O tratamento e as consequências do diabetes poderão ser evitados ou postergados com a adoção de hábitos saudáveis, uso de medicação, triagem regular e manejo das complicações (WHO, 2017).

Nesse contexto, o enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde poderá exercer importante papel na triagem do diabetes na população adulta jovem, por exemplo, os estudantes universitários, sendo fundamental para identificação dos parâmetros glicêmicos. A partir desta averiguação poderão ser estabelecidas estratégias para melhorar o diagnóstico situacional por meio de ações de promoção da saúde, prevenção do diabetes naqueles que apresentam a tolerância à glicose diminuída e diagnóstico e tratamento precoce dos que já manifestam a doença.

6.2.6 Dislipidemia

Globalmente, mais de 80% dos óbitos por doenças cardiovasculares ocorrem nos países de média e de baixa rendas. Na maioria das vezes, a ocorrência dos eventos cardiovasculares tem como base fisiopatológica a aterosclerose, a qual consiste em um processo que ocorre de modo silencioso por décadas cujos primeiros sinais poderão ser letais ou altamente limitantes (SANTOS *et al.*, 2013), sendo imperativo o uso de estatinas em pessoas com elevado risco para o desenvolvimento deste agravo (GUEDES *et al.*, 2016).

Considera-se relevante a avaliação do perfil lipídico (avaliações bioquímicas do CT, HDL-c, TG e do LDL-c em jejum), pois a formação da placa aterosclerótica tem início com a agressão ao endotélio vascular por diversos fatores de risco, dentre eles a dislipidemia (FALUDI *et al.*, 2017).

Destarte, a redução dos níveis séricos de colesterol total consiste em uma estratégia ideal para minimizar a carga das doenças cardiovasculares. Estudos indicam que, em diversos países de média renda, a redução do colesterol total é rentável, seja através do tratamento isolado do colesterol sérico total elevado ou pelo monitoramento dos múltiplos fatores de risco (ROTH *et al.*, 2011).

Ensaio clínicos randomizados comprovaram que a redução dos níveis do CT e do LDL-c apresentam associação com a menor incidência de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (GUEDES *et al.*, 2016). Percebe-se que a hipercolesterolemia

consiste em importante fator de risco para o desenvolvimento da doença coronária. Aponta-se que o colesterol elevado está diretamente relacionado às complicações e mortalidades associadas às doenças cardíacas (SHAWAR *et al.*, 2012).

Nesta pesquisa, a dislipidemia significou importante fator de risco, do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, pois foi identificada em 35,4% estudantes de origem brasileira e em 10,4% estudantes internacionais. Conforme o que preconiza a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (SIMÃO *et al.*, 2013), a dislipidemia isolada consiste em um fator de risco cardiovascular.

É importante ressaltar que 18,6% dos estudantes tiveram as taxas de colesterol total ≥ 190 mg/dl. O HDL-c baixo (< 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl nas mulheres) esteve presente em 28,1% dos estudantes. Referente ao LDL-c, 1,2% apresentaram níveis ≥ 160 mg/dl. Os valores elevados de triglicérides (≥ 150 mg/dl) estiveram presentes em 7,8% dos estudantes.

Estudo realizado com estudantes universitários chilenos revelou que 35,0% apresentaram colesterol total de 200 mg/dl, 51,4% tiveram valores baixos de HDL-c e 44,1% níveis séricos elevados de LDL-c (ALARCON *et al.*, 2015). Pesquisa realizada em uma Universidade do Golfo Árabe com 166 estudantes detectou que 26,5% desses apresentaram hipercolesterolemia primária (SHAWAR *et al.*, 2012). No Brasil, estudo com 702 estudantes universitários verificou que 23,0% apresentaram valores elevados de triglicérides, 9,7% de colesterol total, 5,9% de LDL-c e 12,0% valores diminuídos de HDL-c (FREITAS *et al.*, 2013).

Percebe-se que no mesmo público pode haver variações do perfil lipídico. Esses diferentes resultados poderão estar associados aos diferentes estilos de vida dos estudantes nos países de origem, levando em consideração os hábitos prejudiciais à saúde, por exemplo, alimentação inadequada e sedentarismo.

Com relação à idade, a dislipidemia apresentou associação com a faixa etária de 18 a 24 anos ($p:0,010$) nos estudantes em geral e na faixa etária igual ou superior a 25 anos ($p:0,001$) nos internacionais. Em pesquisa realizada com 550 estudantes universitários brasileiros, a faixa etária de 18 a 25 anos foi a que mais apresentou alterações no perfil lipídico, com relação positiva para triglicérides aumentados (MOURA *et al.*, 2017). Estudo realizado em uma universidade do Brasil com 149 estudantes da área da saúde, com faixa etária entre 18 e 35 anos, revelou que somente 20,1% apresentaram níveis desejáveis para perfil lipídico (GUEDES *et al.*, 2016).

Em 2016, uma investigação por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, sobre vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, revelou que a frequência de diagnóstico médico prévio de dislipidemias referida por adultos, com idade igual ou maior a 18 anos, variou de 17,7% em Porto Velho a 28,7% em Aracaju (BRASIL, 2017).

Os dados revelados no presente estudo são preocupantes, visto que o percentual de dislipidemia nos estudantes brasileiros (35,4%) superou os maiores valores referidos na última pesquisa de base populacional nesse país (28,7%).

Sabe-se que o fator genético pode influenciar alterações no perfil lipídico. Contudo, na maioria das vezes, essas alterações estão mais associadas ao estilo de vida inadequado (FREITAS *et al.*, 2013). Aponta-se que os adultos jovens universitários têm múltiplos fatores preditores para incidência de doenças cardiovasculares, como as do aparelho circulatório e para mortalidade em idade avançada. Assim sendo, a vigilância dessa população torna-se imprescindível (SHAWAR *et al.*, 2012).

Estudos caso-controle, observacionais e genéticos comprovaram que o colesterol plasmático elevado consiste em um dos principais fatores de risco modificáveis para DCV, especialmente para doença arterial coronariana, mas também para AVC isquêmico (FALUDI *et al.*, 2017).

Deste modo, a alimentação saudável associada à prática de exercícios físicos reduz as alterações no perfil lipoproteico e, conseqüentemente, apresentam repercussões benéficas nas dislipidemias (GUEDES *et al.*, 2016). Em relação aos níveis plasmáticos dos lipídeos, o exercício físico eleva tanto os níveis de HDL-c quanto a cinética de LDL-c na circulação. Além disso, prolonga o período que o LDL-c permanece na forma reduzida. Quanto aos triglicerídeos, demonstra-se que os exercícios físicos reduzem consistentemente a concentração plasmática dos mesmos (FALUDI *et al.*, 2017).

No tocante ao sexo, apesar de não ter havido associação com significância estatística, considerou-se importante destacar que a dislipidemia foi preponderante nas mulheres (57,3%). Resultados de outras pesquisas com este público corroboram com este achado, por exemplo, em pesquisa realizada com 149 acadêmicos, as mulheres apresentaram valores mais elevados de mediana de Colesterol total (186 mg/dl) e LDL-c (105 mg/dl) quando comparadas aos homens (154; 90 mg/dl) (GUEDES *et al.*, 2016). Estudo com 550 estudantes universitários confirmou associação do perfil lipídico com o gênero, no qual 80,3% das mulheres apresentaram HDL-c baixo (MOURA *et al.*, 2017).

Níveis séricos de LDL-c elevados e HDL-c reduzidos constituem a principal causa de doença arterial coronariana. O colesterol total e LDL-c elevados têm sido associados às alterações na parede dos vasos, bem como à complacência arterial (GUEDES *et al.*, 2016).

Diante do exposto, observa-se que é de suma importância a prevenção, detecção e tratamento precoce da dislipidemia em adultos jovens, uma vez que a permanência elevada dos níveis lipídicos constitui importante risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares.

Considerando que a universidade é um ambiente no qual os estudantes permanecem durante um bom período do dia, torna-se imperativo o fortalecimento de ações voltadas para a promoção da saúde com enfoque na dislipidemia.

Para tanto, visando eliminar os fatores de risco para dislipidemia (sedentarismo, alimentação inadequada, consumo de álcool e tabaco), é necessário que a instituição de ensino constitua local propício para hábitos saudáveis, incluindo: oferta de alimentação balanceada voltada para esta fase da vida, respeitando-se os hábitos dos diferentes países lusófonos; disponibilização de espaço adequado para realização de atividades físicas com estímulo financeiro para formação de atletas nas diferentes modalidades esportivas; campanhas educativas voltadas para cessação do uso de álcool e tabaco.

Neste âmbito, o enfermeiro e demais profissionais da saúde poderão desempenhar importante papel, sobretudo na promoção da saúde que visa sensibilizar e estimular os estudantes a mudarem os comportamentos prejudiciais à saúde, bem como no acompanhamento dos estudantes com dislipidemia.

6.2.7 Agente farmacológico

O uso de agente farmacológico foi referido por 40,0% dos estudantes brasileiros e 20,1% dos internacionais. Quanto à classificação, destacaram-se as seguintes: anticoncepcionais (42,1%), analgésicos (25,2%), antialérgicos (20,0%), anti-inflamatórios (10,0%) e anti-hipertensivos (2,7%).

Como o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada não especifica quais medicações são consideradas fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, considerou-se importante mencionar as categorias dos fármacos mais utilizados por este público.

Aponta-se que as internações por doenças cardiovasculares são as que geram maiores custos em todas as causas de hospitalizações no Brasil (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). Nesse país, no ano de 2015, registraram-se 289.000 óbitos de origem cardiovascular. Destes, 20% eram adultos jovens entre 20 e 49 anos de idade e 41,2% acima de 50 anos de idade (RIBEIRO *et al.*, 2016).

O elevado índice de morbimortalidade das doenças cardiovasculares está associado aos fatores de riscos suscetíveis à modificação por mudanças no estilo de vida e/ou por medicamentos. No tocante aos fatores de risco não modificáveis, tem-se: raça, sexo hereditariedade e idade. Já os fatores modificáveis são: hipertensão, dislipidemias, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso de anticoncepcionais hormonais e estresse (GUERRA *et al.*, 2016).

O uso de contraceptivos orais associado a algumas condições, por exemplo, a hipertensão arterial, pode elevar o risco de AVC, infarto agudo do miocárdio e outros eventos adversos em mulheres (GROSSMAN *et al.*, 2011). Além da hipertensão arterial, contraindica-se o uso dos anticoncepcionais orais na presença de diabetes mellitus com doença vascular, tabagismo em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, doenças cardiovasculares, tromboembolismo, enxaqueca com aura, dentre outros (CORRÊA *et al.*, 2017).

Devido ao uso disseminado de anticoncepção oral sem prescrição, há provavelmente desconhecimento quanto a sua contraindicação, o que poderá ocasionar implicações à saúde. Estudo realizado em cinco cidades brasileiras que aferiu o conhecimento de 500 mulheres, na faixa etária de 15 a 45 anos, acerca dos efeitos do contraceptivo oral na saúde, demonstrou que as usuárias conhecem pouco o método contraceptivo que utilizam (MACHADO *et al.*, 2012). Portanto, o uso destes medicamentos sem o conhecimento prévio da condição de saúde poderá expor as mulheres ao maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

No tocante ao uso de anti-inflamatórios, aponta-se que os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) se encontram nos grupos de medicamentos mais prescritos e consumidos no mundo cuja prevalência alcança até 10% das prescrições totais, sem considerar a porcentagem de automedicação, tendo em vista que em muitos países podem ser dispensados sem prescrição médica (SANCHEZ SERRANO *et al.*, 2015).

Vários estudos analisados a partir de meta-análises de ensaios clínicos e estudos observacionais comprovaram que os AINEs podem elevar o risco de eventos cardiovasculares, como eventos tromboembólicos, síndromes coronarianas agudas, infarto agudo do miocárdio e eventos cerebrovasculares (SANCHEZ SERRANO *et al.*, 2015;

MACHADO-ALBA; ALZATE-CARVAJAL; ECHEVERRI-CATANO, 2013; LAMBERTS *et al.*, 2013).

Estudo observacional retrospectivo de coorte clínica realizado no período de 2008-2012, com 116.686 pacientes de idade superior a 18 anos, apresentou associação positiva entre síndrome coronariana aguda e consumo de anti-inflamatório ($p < 0,001$). O risco cardiovascular foi maior nas alcanonas ($p=0,004$), seguido de propionoides como o ibuprofeno ($p < 0,001$) (SANCHEZ SERRANO *et al.*, 2015).

Em relação ao uso de antialérgicos, aponta-se que a pseudoefedrina, agonista dos receptores α e β -adrenérgicos simpaticomiméticos, pode ocasionar vasoespasmos coronários. Estudo realizado constatou associação do surgimento de infarto agudo do miocárdio de vasoespasmos coronários precipitados com o uso associado de pseudoefedrina e metoprolol (MEOLI; GOLDSWEIG; MALM, 2017).

Estudo de coorte observacional pós-comercialização do fármaco Xolair (Omalizumab) com pacientes de idade superior a 12 anos cujo diagnóstico era de asma alérgica moderada a grave e estavam (n: 5007) ou não (n: 2829) sendo tratados com omalizumab investigou potencial associação entre esta droga e eventos cardiovasculares/cerebrovasculares, chegando às seguintes conclusões: os pacientes tratados com omalizumab apresentaram uma taxa mais elevada de eventos adversos cardiovasculares/cerebrovasculares graves do que os doentes não tratados com omalizumab (IRIBARREN *et al.*, 2017).

Considerando o uso de anti-hipertensivos, destaca-se que embora o uso destes possa reduzir o risco de morbimortalidade cardiovascular, estudos com objetivos de avaliar a associação entre o uso de drogas anti-hipertensivas e a incidência de fibrilação atrial (FA) produzem resultados mistos (MENA-VILLALBA *et al.*, 2014).

Estudo de controle de caso, incluindo 136 casos e 132 controles, cuja amostra foi composta por pessoas com hipertensão arterial diagnosticadas com fibrilação atrial, por no mínimo um ano após o início do tratamento para hipertensão arterial, apresentou os seguintes achados: os bloqueadores dos canais de cálcio apresentaram significância estatística para proteção contra o surgimento da fibrilação atrial, no grupo de 75 anos ou mais, sobretudo nas mulheres. Os diuréticos podem ter um papel protetor na incidência de fibrilação atrial em todos os pacientes com hipertensão arterial (MENA-VILLALBA *et al.*, 2014).

Diante do exposto, observa-se que os fármacos dos diversos grupos podem contribuir para a prevenção ou surgimento de eventos cardiovasculares. Para uso dos mesmos, é imprescindível avaliação prévia de cada indivíduo, levando-se em consideração diversos

aspectos (idade, sexo, história atual e prévia de doenças, medicações em uso), visto que a associação de alguns fármacos ou o uso em determinadas condições de saúde poderá repercutir em eventos adversos graves, incluindo distúrbios cardiovasculares/cerebrovasculares.

Além disso, a automedicação constitui um risco acrescido, tendo em vista que doses excessivas, uso contínuo ou prolongado e associações entre fármacos poderão trazer danos severos à saúde. Portanto, sugere-se que a equipe de enfermagem e demais integrantes da equipe de saúde da instituição de ensino realizem sistematicamente campanhas contra o uso irracional de medicamentos visando sensibilizar os estudantes universitários quanto aos riscos do uso indevido ou abusivo dos fármacos.

6.2.8 Conhecimento Insuficiente dos Fatores de Risco Modificáveis

O conhecimento insuficiente dos fatores de risco cardiovascular esteve presente em significativo percentual dos estudantes universitários (36,2%). Ao se questionar os estudantes quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, os que responderam afirmativamente referiram: sedentarismo (44,0%), história familiar de doenças cardiovasculares (29,6%), obesidade (29,0%), tabagismo (25,7%), hipertensão arterial (22,4%), consumo de álcool (16,8%) e diabetes (14,4%).

Quanto à idade, o conhecimento insuficiente dos fatores de risco cardiovascular prevaleceu na faixa etária de 18-24 anos (75,2%). Estudo realizado na Colômbia com 1.324 participantes, cuja idade era acima de 18 anos, identificou que houve relevante desconhecimento acerca da importância da doença coronariana como a principal causa de mortalidade, uma vez que menos de 50% dos homens e mulheres a identificaram corretamente (SALDARRIAGA *et al.*, 2016).

Estudo com 463 adultos jovens escolares de 20 a 24 anos detectou associação estatística do conhecimento do histórico familiar de AVC com situação conjugal com companheiro ($p=0,023$), classificação da pressão arterial normal ($p=0,016$) e circunferência abdominal ($p=0,012$) (LIMA *et al.*, 2016).

Pesquisa de base populacional realizada no Brasil, com 1.593 mulheres, sobre o conhecimento dos fatores de risco cardiovascular, revelou que mais de um quarto destas relatou o tabagismo, uma em cada 10 referiu o consumo de álcool, 37,4% identificaram o

sedentarismo, 30,6% apontaram a HAS e 5,5% relataram o diabetes mellitus (MISSAGGIA BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN *et al.*, 2016).

Investigação por telefone, realizada com 300 mulheres uruguaias de 20 a 70 anos, que avaliou a percepção destas quanto às doenças cardiovasculares como problema de saúde, causa de morte e comportamentos de prevenção, constatou que apenas 17% apontaram as DCV como principal problema de saúde e 12% como principal causa de morte. Mas, a maioria possuía adequado conhecimento sobre os fatores de risco cardiovasculares, sintomas de doenças cardíacas e comportamentos que preveniam ou amortizavam a probabilidade de DCV. Porém, a maior parte, especialmente os jovens, subestimou esta doença e percebeu o câncer de mama como principal preocupação com a saúde, e não as DCV (ARTUCIO *et al.*, 2017).

Percebe-se que o nível de conhecimento acerca dos fatores de risco para doenças cardiovasculares poderá variar de acordo com a população estudada, considerando as características sociodemográficas.

Quanto à nacionalidade, o conhecimento insuficiente dos fatores de risco cardiovascular apresentou associação estatisticamente significativa com os estudantes internacionais (60,3%; p : 0,000). Presume-se que para os estudantes universitários oriundos do continente africano e do Timor Leste o acesso à informação possivelmente seja restrito. Por conseguinte, neste grupo prevaleceu o conhecimento insuficiente sobre os fatores de risco cardiovascular.

Assim, percebe-se o quanto é imprescindível a prática de ações educativas que promovam a disseminação de informações sobre os fatores de risco cardiovascular, nos diversos segmentos e setores da sociedade, incluindo as universidades, a fim de sensibilizar a população para mudanças de hábitos prejudiciais à saúde cardiovascular, bem como estimulá-la a propagar as informações e comportamentos saudáveis para os amigos e familiares. Além disso, o enfermeiro e demais profissionais poderão realizar a educação em saúde individualmente durante as consultas.

6.2.9 História de doença cardiovascular

A história de doença cardiovascular foi referida por apenas 9,9% dos estudantes. As doenças cardiovasculares referidas foram: dislipidemias (4,8%), cardiopatias (3,6%), hipertensão arterial (2,7%) e diabetes mellitus (0,06%). É válido ressaltar que, apesar de dois participantes terem relatado DM, nenhum afirmou fazer uso de hipoglicemiante.

Sabe-se que os fatores de risco cardiovascular podem ser modificáveis ou não cuja associação poderá expor ainda mais o indivíduo a uma disfunção cardiovascular. Portanto, visando à prevenção ou retardo de eventos cardiovasculares que possam causar limitações, sequelas irreversíveis ou até mesmo óbito, é essencial que se conheça, previna e/ou monitore tais fatores.

Nesse sentido, a prevenção, fundamentada no conceito de risco cardiovascular, consiste na orientação de medidas preventivas não por causa dos riscos relacionados à elevação de fatores isolados, como a pressão arterial ou o colesterol sérico, mas pela soma desses riscos devido aos múltiplos fatores, estimados por meio do risco absoluto global em cada indivíduo (SILVA *et al.*, 2015).

O conhecimento dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, o monitoramento da sua presença em populações jovens, de sua progressão no decorrer do tempo e a avaliação de comportamentos de risco apresentam papel relevante no planejamento e implantação de medidas capazes de alterar a história natural desses fatores de risco e de prevenir a ocorrência de doenças cardiovasculares (JARDIM *et al.*, 2014).

Apesar da baixa frequência da história de doença cardiovascular nos estudantes universitários, chama-se atenção para a predominância nos mais jovens. Supõe-se que esta doença tenha surgido em decorrência dos hábitos de vida prejudiciais (sedentarismo, dieta não balanceada, uso de cigarro, consumo de álcool), pois, além do fator hereditário, a adoção de estilo de vida inadequado leva os indivíduos a se exporem ao risco de desenvolver obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e síndrome metabólica (MOURA *et al.*, 2017). É válido salientar que aproximadamente 80% dos casos de doença arterial coronariana e de doenças cerebrovasculares são em decorrência desses fatores de risco modificáveis (JARDIM *et al.*, 2014).

Nesse âmbito, é primordial o diagnóstico e tratamento precoces das pessoas com doenças cardiovasculares ou com elevado risco cardiovascular decorrente da presença de um ou mais fatores de risco (hipertensão, diabetes, dislipidemia ou doença já estabelecida) através de serviços de orientação ou administração adequada de medicamentos (OPAS, 2016).

Destaca-se que, no tocante à prevenção primária, a educação em saúde consiste em uma ferramenta essencial para o incremento do autocuidado e o melhor enfrentamento do processo saúde/doença, visto que associa os saberes popular e científico e reconstrói significados e atitudes (MOURA *et al.*, 2017).

Portanto, essa ferramenta deverá ser priorizada na universidade visando sensibilizar os estudantes universitários quanto aos possíveis riscos que poderão estar expostos, bem como para a mudança de hábitos prejudiciais à saúde. Além disso, deve-se considerar a realidade de cada grupo e os fatores de risco de maior prevalência.

Para tanto, é necessária uma intervenção efetiva da equipe de saúde da instituição voltada para esta problemática, objetivando-se reduzir o risco deste grupo desenvolver outros agravos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida.

6.2.10 História familiar de doença cardiovascular

A história familiar de doenças cardiovasculares foi o fator de risco de maior frequência nos estudantes universitários. Foi referido por 93,2% dos brasileiros e 64,6% dos internacionais.

Com relação às doenças cardiovasculares na família, a mais presente nos pais/irmãos foi a hipertensão arterial (42,8%); em seguida, foram: dislipidemias (23,0%), diabetes mellitus (14,4%), cardiopatias (7,8%), infarto agudo do miocárdio (5,0%) e AVC (3,6%).

Corroborando com este achado, estudo realizado com 286 estudantes universitários no México constatou que a maioria dos participantes relatou ter familiares com história de doença cardiovascular, sendo mais prevalente a hipertensão arterial (45,8%) (CRUZ-SÁNCHEZ *et al.*, 2016).

Em uma universidade do Brasil, avaliou-se 149 estudantes cujos antecedentes familiares que se destacaram foram a HAS (72,5%), o DM (77,2%), doença arterial coronariana (60,4%), dislipidemias (55,7%) e AVC (34,9%) (GUEDES *et al.*, 2016).

Ressalta-se que a história familiar de doença arterial coronariana prematura, em parente de primeiro grau masculino com idade inferior a 55 anos ou feminino cuja idade seja inferior a 65 anos, constitui um agravante fator de risco para doenças cardiovasculares (SIMÃO *et al.*, 2013). É importante mencionar que esses antecedentes familiares são

considerados fatores de risco não modificáveis que favorecem o desenvolvimento dessas doenças (CRUZ-SÁNCHEZ *et al.*, 2016).

Ao longo de décadas, acumularam-se evidências que comprovam de forma persuasiva que a história familiar de um dos pais ou de um irmão está associada à doença cardiovascular, manifestando-se, especialmente, na forma de AVC (LIMA *et al.*, 2016).

Embora a investigação da predisposição genética em relação à ocorrência de eventos cardiovasculares, a partir da triagem familiar, seja considerada bastante relevante, ainda é considerada subnotificada. A inserção de tal investigação na prática profissional do enfermeiro, no âmbito primário, poderá ajudá-lo a identificar fatores de risco para as DCV com enfoque nos hábitos modificáveis e, desse modo, direcionar indivíduos predispostos para um adequado tratamento/acompanhamento (TESTON *et al.*, 2016).

Diante do exposto, evidencia-se que o conhecimento acerca da história familiar de doença consiste em uma importante ferramenta para compreender os riscos para a saúde, assim como prevenir ou retardar a doença em indivíduos e seus parentes próximos, sendo imprescindível essa investigação na consulta de enfermagem.

6.3 Uso do álcool

Apesar do uso do álcool não ser considerado fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, considerou-se importante investigá-lo, tendo em vista que outros estudos o apontam como fator de risco cardiovascular (NUNES *et al.*, 2012; CICHOCKI *et al.*, 2017).

Na presente pesquisa, o uso do álcool esteve presente de forma semelhante entre os estudantes universitários de nacionalidade brasileira (36,8%) e internacional (35,4%), sendo, portanto, uma condição importante neste grupo.

Aponta-se que maior parte de usuários de álcool se concentra na população jovem, com faixa etária entre 18 e 30 anos, a qual coincide com o período em que estão em uma graduação universitária (NATIVIDADE *et al.*, 2012).

É importante destacar que o consumo de álcool está associado a vários distúrbios cardiovasculares, principalmente hipertensão arterial, acidente vascular cerebral hemorrágico e fibrilação atrial. Além disso, o consumo abusivo de álcool esteve associado a mais da metade dos 3,3 milhões de óbitos anuais causados por DCV (CRUZ-SANCHEZ *et al.*, 2016).

Quanto à frequência do uso do álcool neste estudo, destacou-se o consumo ocasional tanto nos estudantes brasileiros (46,4%) quanto nos internacionais (53,0%).

No Brasil, desde 2006 ocorre a pesquisa sobre Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), nas capitais dos estados e no Distrito Federal. Este estudo monitora também anualmente a prevalência do consumo abusivo de álcool cuja definição de consumo abusivo é a ingestão de cinco ou mais doses de bebida alcoólica (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Em 2013, o inquérito revelou prevalência de 16,4% na população com 18 anos ou mais de idade (BRASIL, 2014).

No continente africano, a realidade também não difere desse padrão. No ano de 2004, o álcool foi o principal fator de risco para a deficiência ajustada de anos de vida (DALYs) perdidos entre adolescentes e jovens africanos, na faixa etária de 15-24 anos, do sexo masculino (GORE *et al.*, 2011).

No Timor-Leste, a prevalência de consumo atual de álcool (ingestão de bebidas nos últimos 30 dias) foi de 17,4 %, sendo a incidência bem maior nos homens (42,8%). Entre aqueles que consumiram nos últimos 12 meses, 40% eram consumidores mensais, cerca de 60% eram semanais e menos de 1% era de consumidores diários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Atualmente, tem-se utilizado o conceito de beber pesado episódico (BPE) para definir a conduta dos jovens em relação ao consumo de álcool. Este consiste em consumo excessivo de álcool em um determinado episódio, contemplando a ingestão de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em um único espaço de tempo, independentemente da frequência de consumo (PELICIOLI *et al.*, 2017).

No que concerne à saúde dos usuários, o uso abusivo do álcool poderá acarretar inúmeras alterações metabólicas, visto que esta droga fornece 7,1 kal/g, podendo originar o acúmulo de gordura abdominal e periférica, além de interferir na absorção de nutrientes (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Além disso, poderá também acarretar no indivíduo algumas alterações no humor, doenças cardiovasculares, doenças neurodegenerativas, gastrointestinais, hepáticas e mentais (NUNES *et al.*, 2012). Constitui fator de risco para uso e experimentação de outras drogas, bem como para morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por causas externas (VEIGA *et al.*, 2016).

Por conseguinte, o consumo do álcool e a prática do BPE constituem grave problema de saúde pública, representando um dos agravos não transmissíveis mais relevantes

da atualidade, visto que são responsáveis por doenças de elevado risco, como patologias cardiovasculares e estomacais, cirrose, hepatite, acidentes de trânsito, violência, acidente vascular cerebral, dentre outros problemas, os quais poderão acarretar sequelas, necessidade de reabilitação e readaptação às novas condições de vida ou, até mesmo, óbito. Portanto, o álcool está associado a várias consequências negativas e representa uma das causas principais de morbidade e mortalidade entre os universitários (PELICIOLI *et al.*, 2017).

Nesse aspecto, percebe-se a necessidade de monitorização do BPE e do abuso e dependência de bebidas alcoólicas no ambiente universitário, bem como o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de prevenção que objetivem a redução do abuso e dependência (WAGNER *et al.*, 2012; PELICIOLI *et al.*, 2017).

Nesse âmbito, o enfermeiro, enquanto membro da equipe de saúde, poderá desempenhar importante função, como: detecção de adolescentes/jovens nas escolas ou universidades que possivelmente estejam expostos ao álcool, estabelecimento de estratégias e ações que contribuam para redução deste problema, realização de ações de promoção de saúde e adoção da política de redução de danos voltadas para este agravo.

Diante do exposto, considerando o impacto negativo que o uso de álcool poderá acarretar na saúde cardiovascular, sugere-se que o mesmo possa ser considerado como fator de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada.

6.4 Diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada

O diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada incorpora diversos fatores de risco que, apesar de serem encontrados como fatores de risco ou fatores relacionados em outros diagnósticos de enfermagem, não estão agrupados em um só diagnóstico (SÁNCHEZ GÓMEZ; DUARTE CLÍMENTS, 2015).

Nesta pesquisa, esse diagnóstico de enfermagem esteve presente em 86,8% dos estudantes universitários de países lusófonos. Considerando as condições sociodemográficas, apresentou associação estatisticamente significativa com a nacionalidade brasileira ($p: 0,000$). Supõe-se que isso ocorreu devido à predominância, nesse grupo, de sete dos dez fatores de risco do diagnóstico (estilo de vida sedentário, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemias, história de doença cardiovascular, história familiar de doença cardiovascular e agente farmacológico).

Destaca-se que a identificação dos fatores de risco de maior prevalência populacional possibilitou que diversos países como os Estados Unidos, Canadá, Finlândia,

Reino Unido, Austrália e Japão conduzissem programas de prevenção cardiovascular efetivos na redução expressiva da mortalidade por doenças cardiovasculares (SIMÃO *et al.*, 2013).

Com base no perfil epidemiológico, na identificação dos fatores de risco e nos resultados obtidos com a aplicação destes programas, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como meta a redução de 25% das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, (DCNT), dentre elas as doenças cardiovasculares, até o ano de 2025 (BEAGLEHOLE *et al.*, 2012).

Assim, em todos países, esta meta deverá ser priorizada através de políticas e programas voltados para este problema de saúde pública. No Brasil, no ano de 2013, foi divulgada a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular cuja implementação tem o objetivo de melhorar esta realidade epidemiológica (SIMÃO *et al.*, 2013).

No entanto, para alcançar redução do impacto das doenças cardiovasculares nos países, é indispensável que toda a sociedade se envolva. Considera-se urgente o investimento na prevenção e melhoria da qualidade de vida da população nos países em desenvolvimento, por exemplo, o Brasil (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Quanto ao papel do enfermeiro, na atenção primária, por exemplo, deverá priorizar ações de promoção da saúde voltadas para realidade da população atendida, através de atividades em grupo e atuação no Programa Saúde na Escola, conseguindo contemplar as diversas faixas etárias. Nas consultas de enfermagem, o enfermeiro deverá aplicar a sistematização da assistência de enfermagem e estar atento à investigação dos fatores de risco cardiovascular também na população adulta jovem.

Caso identifique o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, deverá estabelecer o plano de cuidados de modo a incluir o indivíduo como corresponsável na busca pela redução ou eliminação do risco de desenvolver esta alteração. Para tanto, poderá se fundamentar na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

A associação do referido diagnóstico com o sexo feminino nos estudantes em geral (p : 0,000) e nos brasileiros (p : 0,011) foi um dado que chamou atenção, pois, geralmente, as mulheres são mais preocupadas com a saúde e buscam evitar comportamentos de risco. Mas, neste estudo, esse diagnóstico possivelmente prevaleceu em decorrência de alguns fatores de risco estarem mais presentes nesse sexo: estilo de vida sedentário, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemias, agente farmacológico, história de doença cardiovascular e história familiar de doença cardiovascular.

Achados semelhantes foram percebidos em um ensaio clínico controlado e randomizado, realizado no Brasil, que avaliou a eficácia de uma intervenção personalizada de aconselhamento em enfermagem, presencial e telefônica para fatores de risco cardiovascular, no qual se observou maior prevalência nas mulheres (VÍLCHEZ-BARBOZA *et al.*, 2016). Corroborando, ainda, com tais resultados, em uma pesquisa espanhola, os fatores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial e dislipidemia, também prevaleceram nas mulheres, nas quais a classe social apresentou influência, e se acentuaram com a idade (LÓPEZ-GONZÁLEZ *et al.*, 2015).

Aponta-se que a adoção de medidas de intervenção voltadas para redução da prevalência das DCV está diretamente relacionada ao controle de cada fator de risco, que geralmente é modificável. Portanto, devem ser imperativas a preocupação e a união de esforços, por parte dos profissionais de saúde, por exemplo, o enfermeiro para o controle e combate à ocorrência das DCV que tanto afetam a qualidade de vida da população (TESTON *et al.*, 2016).

É importante destacar que, na atenção à saúde para DCV, deve-se identificar as peculiaridades biológicas de cada sexo em relação às diferenças nos fatores de risco cardiovascular, considerando a prevalência e o modo com que são apresentados por mecanismos fisiopatológicos distintos em homens e mulheres, os quais afetam a percepção deles quanto à qualidade de vida relacionada à saúde (VÍLCHEZ-BARBOZA *et al.*, 2016).

Quanto à associação desse diagnóstico de enfermagem com a cor da pele amarela, branca ou parda ($p: 0,000$), presume-se que esteja relacionada à preponderância desta cor nos estudantes brasileiros, nos quais o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prevaleceu.

Em relação à associação do diagnóstico de enfermagem estudado com aqueles que residem com amigos ou sozinho ($p: 0,019$), suspeita-se que pode ter ocorrido devido à influência direta ou indireta dos amigos nos hábitos inadequados (alimentação não saudável, estilo de vida sedentário, tabagismo) na residência e, naqueles que moram sozinhos, a falta de incentivo para mudança no estilo de vida.

Além disso, os estudantes universitários se encontram propícios a diversas alterações fisiológicas, inerentes à juventude, além das prováveis transformações sociológicas e culturais a partir do ingresso na faculdade, pois muitas vezes deixam a casa da família, experimentando intensa sensação de liberdade e autonomia (CREPALDI *et al.*, 2016).

Acrescenta-se ainda que poderão sentir dificuldades em se responsabilizarem pela própria alimentação sem a orientação dos pais ou responsáveis e também são influenciados

por vários fatores como novos círculos sociais, estresse, volubilidade psicossocial, modismos dietéticos, supressão de refeições, consumo de *fastfoods*, uso de álcool e cigarros (MOREIRA *et al.*, 2013).

Todas essas mudanças influenciam diretamente o estilo de vida dos estudantes universitários, o qual poderá permanecer por toda vida ou por período suficiente para afetar sua saúde. Atualmente, estima-se que o estilo de vida constitua um dos mais importantes determinantes de saúde desse grupo (CREPALDI *et al.*, 2016).

Em estudo com 9.211 adultos brasileiros, de ambos os sexos e com idade de 30 e 69 anos, que teve como base os dados obtidos através do inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, prevaleceram dois fatores de risco modificáveis: dieta não adequada e falta de atividade física (LIMA *et al.*, 2014).

Estima-se que mais da metade dos adultos jovens tem pelo menos um fator de risco de doença coronariana, o que eleva consideravelmente o risco de doença cardíaca ao longo da vida. Como diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares surgem na adolescência e continuam na idade adulta, sugere-se que a prevenção deverá iniciar primordialmente na infância e adolescência (ARTS; FERNANDEZ; LOFGREN, 2014).

Diante do exposto, percebe-se que a presença do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada apresentou variações nos estudantes de países lusófonos, as quais estiveram associadas, principalmente, ao estilo de vida.

É válido salientar que, na inferência desse diagnóstico de enfermagem pelas enfermeiras diagnosticadoras, houve determinadas diferenças em relação a certos fatores de risco, visto que, para algumas duplas de diagnosticadoras, um fator de risco isolado ou associado a outro fator foi considerado preditivo para a presença do diagnóstico e, para outras duplas, não. Logo, são necessários estudos que investiguem melhor esta questão.

Como esse diagnóstico de enfermagem engloba vários fatores de risco (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade, estilo de vida sedentário história familiar de doença cardiovascular, história de doença cardiovascular, conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis, agente farmacológico e/ou tabagismo) que poderão acarretar doenças cardiovasculares, são indispensáveis intervenções de enfermagem com abordagem adequada desses indivíduos através de: assessoramento por telefone, aconselhamento quanto à alimentação, apoio emocional, controle de hiperglicemia/hipoglicemia, cessação do tabagismo, assistência para redução/controle do peso, orientação de exercícios, educação em saúde, estímulo à mudança de comportamento

inadequado, acordo com o paciente e escuta ativa (PALENZUELA LUIS; GÓNZALEZ ABREU; SÁNCHEZ GÓMEZ, 2017)

Considerando a elevada frequência do diagnóstico de enfermagem em questão, este estudo propiciou identificar, de acordo com as condições sociodemográficas, os grupos mais vulneráveis e os fatores de risco mais presentes nos estudantes de países lusófonos, os quais servirão de base para a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, planejar as estratégias de intervenção de acordo com a realidade encontrada, baseando-se na Classificação de Intervenções de Enfermagem e na Classificação dos Resultados de Enfermagem. Destarte, possibilitará a redução dos riscos cardiovasculares e melhoria da qualidade de vida da comunidade acadêmica.

7 CONCLUSÃO

Os dados revelados no estudo evidenciaram elevada frequência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes universitários de países lusófonos (86,8%), principalmente nos estudantes de nacionalidade brasileira.

Foi possível levantar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem em questão e verificar quais estiveram mais presentes na população estudada, destacando-se nos estudantes brasileiros: história familiar de doença cardiovascular (93,2%); estilo de vida sedentário (56,8%); agente farmacológico (40,0%); e dislipidemia (35,3%); e nos internacionais: história familiar de doença cardiovascular (64,6%); conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis (50,7%) e estilo de vida sedentário (27,1%).

A associação desses fatores de risco com as condições sociodemográficas (faixa etária, sexo, cor da pele, nacionalidade, estado civil, com quem residiam e ocupação) propiciou verificar quais fatores de risco estiveram mais presentes em cada grupo.

Quanto ao tabagismo, percebeu-se associação com a faixa etária igual ou superior a 25 anos e com o sexo masculino. O estilo de vida sedentário apresentou associação estatisticamente significativa com a faixa etária de 18 a 24 anos, a nacionalidade brasileira, o sexo feminino, a cor da pele amarela, branca ou parda e a residência com amigos ou sozinho.

A obesidade apresentou associação estatisticamente significativa com ambas as faixas etárias, a nacionalidade brasileira, a cor da pele amarela, branca ou parda, a residência com familiares ou cônjuge e ambos tipos de ocupação.

A hipertensão arterial apresentou associação estatisticamente significativa apenas com a ocupação de estudante exclusivo. O diabetes não apresentou associação significativamente estatística com nenhuma condição sociodemográfica.

A dislipidemia apresentou associação estatisticamente significativa com a faixa etária entre 18 e 24 anos, a nacionalidade brasileira e a cor da pele amarela, branca ou parda.

O agente farmacológico apresentou associação estatisticamente significativa com nacionalidade brasileira, sexo feminino, cor da pele amarela, branca ou parda, estado civil sem companheiro (a), residência com amigos ou sozinho.

No tocante ao conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis, as associações com significância estatística foram com a nacionalidade internacional e a residência com amigos ou sozinho.

Percebeu-se associação estatisticamente significativa da história de doença cardiovascular com faixa etária entre 18 e 24 anos, cor da pele amarela, branca ou parda e ocupação de estudante exclusivo.

A história familiar de doença cardiovascular apresentou associação estatisticamente significativa com a nacionalidade brasileira, o sexo feminino, a cor da pele amarela, branca ou parda e a residência com amigos ou sozinho.

Por conseguinte, a verificação do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, isoladamente e por agrupamento, proporcionou identificar, de uma forma geral e de acordo com as condições sociodemográficas, a presença desse diagnóstico nos estudantes universitários de países lusófonos e em quais grupos prevaleceu. Para tanto, observou-se que esse diagnóstico de enfermagem apresentou associações estatisticamente significativas com nacionalidade brasileira, sexo feminino, cor da pele amarela, branca ou parda e residência com amigos ou sozinho.

Observaram-se diferenças na inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada pelas enfermeiras diagnosticadoras em relação a alguns fatores de risco, isolados ou em associação. Porém, quando os estudantes universitários apresentaram três ou mais FR desse diagnóstico, todas as diagnosticadoras o consideraram presente. Assim, tornam-se necessários novos estudos para analisar o motivo desta diferença. Desse modo, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas visando à construção de um algoritmo ou mesmo uma árvore de decisão, além de trabalhos que contemplem a graduação de risco.

Levando em consideração os possíveis malefícios ocasionados pelo álcool à saúde cardiovascular, sugere-se a inclusão desta condição enquanto fator de risco do diagnóstico de

enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Para tanto, provavelmente sejam necessários estudos de validação deste diagnóstico na população em geral e em populações específicas.

O estudo apresentou como limitação a forma de recrutamento da amostra, visto que ocorreu por convite ou por adesão de voluntários devido a limitações logísticas para conseguir alcançar o número adequado de estudantes por país.

Considerando que a pesquisa apresentou informações relevantes acerca dos estudantes universitários dos países lusófonos, espera-se que estes dados sirvam de base para a equipe de saúde da instituição planejar e implementar ações em saúde voltadas para redução dos fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, de acordo com a realidade encontrada, e que a universidade em questão, por exemplo, possa investir em espaço adequado para o incentivo à prática de atividade física.

Tendo em vista que o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada foi incluído na versão atualizada da NANDA-I 2015-2017 e há escassos estudos que o contemplem, esses resultados poderão servir de estímulo a outros pesquisadores enfermeiros para investigá-lo tanto na população estudada quanto em outros grupos. Além disso, trabalhos posteriores poderão contemplar as intervenções e resultados de enfermagem em relação a esse diagnóstico de enfermagem em questão.

REFERÊNCIAS

- ALARCON H, Manuel *et al.* Estado nutricional, niveles de actividad física y factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Santo Tomás. **Rev. chil. nutr.** Santiago, v. 42, n. 1, p. 70-76, marzo 2015. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000100009&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 04 oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100009>.
- ALKEMA L, KANTOROVA V, MENOZZI C, BIDDLECOM A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **Lancet.** 2013;381:1642-52. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2962204-1/abstract>. Acesso em: 07 de outubro de 2017.
- ALMEIDA APR *et al.* Caracterização Sociodemográfica e Hábitos de Vida de Acadêmicos: Identificando Fatores de Risco para Hipertensão Arterial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 dez; 21(esp.2):760-5. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemue/rj/article/view/12229/9520>. Acesso em: 26 de setembro de 2017.
- AMARAL, R. Contribuições da pesquisa na formação acadêmica. **Identidade Científica**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 64-74, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.unoeste.br/facopp/revista_facopp/IC1/IC16.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.
- ARNOLD, TJ *et al.* Neck and waist circumference biomarkers of cardiovascular risk in a cohort of predominantly African-American college students: a preliminary study. **J. acad. nutr. diet.** Washington, v. 114, n. 1, p. 107-116, Jan. 2014.
- ARONOW, WS. Treatment of systemic hypertension. **Am J Cardiovasc Dis.** 2012; 2 (3): 160-170. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3427981/>. Acesso em: 02 de jun.2016.
- ARTS JE, FERNANDEZ ML, LOFGREN IE. Coronary Heart Disease Risk Factors in College Students. **Adv Nutr March.** 2014. vol.5, n.2, p.177-187. Disponível em: <http://advances.nutrition.org/citmgr?gca=advannut%3B5%2F2%2F177>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.
- ARTUCIO, Carolina *et al.* Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. **Rev.Urug.Cardiol.**, Montevideo , v. 32, n. 1, p. 13-22, abr. 2017 . Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000100013&lng=es&nrm=iso>. accedido en 09 oct. 2017.
- BAECKE JAH, BUREMA J, FRITERS JER. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. **Am J Clin Nutr.** 1982;36:936-42.
- BANKOFF ADP, ARRUDA M, BISPO IMGP, RODRIGUES MD. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: História Familiar, Hábitos Alimentares e Sedentarismo em Alunos de Graduação de Ambos os Sexos. **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA**, Três Lagoas, v, 5, n.2, p. 37-56, agosto/dezembro. 2017. ISSN: 2447-8822. Disponível em:

http://seer.ufms.br/ojs/index.php/sameamb/article/view/4246/pdf_26. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

BARBOSA, Paulo José Bastos *et al.* Influência da cor de pele auto-referida na prevalência da síndrome metabólica numa população urbana do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 34-40, Jan. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000100007>.

BARRETO *et al.* Experimentation and use of cigarette and other tobacco products among adolescents in the Brazilian state capitals (PeNSE 2012). **Rev. bras.epidemiol.** vol.17 supl.1 São Paulo 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25054254>. Acesso em: 03 jan. 2016.

BEAGLEHOLE R, BONITA R, HORTON R, EZZATI M, BHALA N, AMUYUNZUMINAMONGO M, *et al.* Measuring Progress on NCDs – One goal and five targets. **Lancet.** 2012;380(9850):1283-5.

BECKERT *et al.* Características do uso de produtos derivados do tabaco entre universitários do curso de Odontologia em uma Universidade de Curitiba. **Rev Odontol UNESP.** 2016 Jan-Feb; 45(1): 7-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v45n1/1807-2577-rounesp-1807-257710015.pdf>. Acesso em 02 de outubro de 2016.

BERNARDES LE, VIEIRA EES, LIMA LHO, CARVALHO GCN, SILVA ARV. Risk Factors for Chronic Noncommunicable Diseases in University Students. **Cienc Cuid Saude.** 2015 Abr/Jun; 14(2):1122-1128. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22517/14717>. Acesso em 02 de outubro de 2016.

BISWAS *et al.* Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. **Ann Intern Med.** 2015; 162: 123. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25599350>. Acesso em: 03 set. 2016.

BRAGA *et al.* Accuracy of clinical indicators of Nursing diagnoses hyperthermia and hypothermia in newborns. **Rev Rene.** 2014 Sept-Oct; 15(5):789-95. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1757/pdf_1. Acesso em: 21 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): **Departamento de Atenção Básica**; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_diabetes_mellitus.pdf. Acesso em: 03 de outubro de 2017.

BRASIL. Lei n. 13.005 de 25/06/2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 200, de 25 de fevereiro de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Portaria. **Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite.**

BRASIL. Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_371.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.: il. Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf. Acesso em: 04 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Resolução CNS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. **Lei no 10.167, de 27 de dezembro de 2000.** Altera dispositivos da Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas [Internet]. 2000. [citado em 2017 agosto 2]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10167.htm>.

CARVALHO *et al.* The association between cardiovascular risk factors and anthropometric obesity indicators in university students in São Luís in the State of Maranhão, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):479-490, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200479. Acesso em: 25 jul. 2016.

CASTRO, João Antônio Chula; NUNES, Heloyse Elaine Gimenes; SILVA, Diego Augusto Santos. Prevalence of abdominal obesity in adolescents: association between sociodemographic factors and lifestyle. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 34, n. 3, p. 343-351, Sept. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822016000300343&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.01.007>.

CHAU JY, GRUNSEIT AC, CHEY T *et al.* Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. **PLOS One**. 2013; 8: p. e80000. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0080000>. Acesso em: 16 de setembro de 2017.

CHKHAIDZE, Ivane *et al.* Prevalence of and factors influencing smoking among medical and non-medical students in Tbilisi, Georgia. **J. bras. pneumol.** São Paulo, v. 39, n. 5, p. 579-584, Oct. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000500579&lng=en&nrm=iso>. Access on 27 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132013000500008>.

CHOURDAKIS M, TZELLOS T, POURZITAKI C, TOULIS KA, PAPAZISIS GEORGE, KOUVELAS DIMITRIOS. Evaluation of dietary habits and assessment of cardiovascular disease risk factors among Greek university students. **Appetite**. Volume 57, Issue 2, October 2011, Pages 377-383. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666311004715?via%3Dihub>. Acesso em: 25 jul. 2017.

CICHOCKI M, FERNANDES KP, CASTRO-ALVES DC, GOMES MVM. Atividade Física e Modulação do Risco Cardiovascular. **Rev Bras Med Esporte** – Vol. 23, No 1 – Jan/Fev, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v23n1/1517-8692-rbme-23-01-00021.pdf>.

COELHO *et al.* Prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular em trabalhadores de empresa siderúrgica. **R bras ci Saúde**, 2014;18(52 Sup.4):51-58. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/21966/12181>. Acesso em: 22 ago. 2016.

CORRÊA DAS, FELISBINO-MENDES MS, MENDES MS, MALTA DC, VELASQUEZ-MELENDZ G. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. **Rev Saude Publica**.2017; 51:1. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/672/67249591001/>. Acesso em: 07 de outubro de 2017.

COSTA *et al.* Prevalências de sedentarismo, obesidade e risco de doenças cardiovasculares em frequentadores de CEAFIR. Presidente Prudente: **Colloquium Vitae**, vol.3, nº 1, p.22-26, 2011. Disponível em: <http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/viewFile/562/466>. Acesso em: 15 out. 2016.

CRAMPIN *et al.* Hypertension and diabetes in Africa: design and implementation of a large population-based study of burden and risk factors in rural and urban Malawi. **Emerg Themes Epidemiol** (2016) 13:3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26839575>. Acesso em: 17 out. 2016.

CREPALDI *et al.* Elevada prevalência de fatores de risco para doenças crônicas entre universitários. **Ciência & Saúde** 2016; 9(3):135-143. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/22938>. Acesso em: 13 out. 2017.

CROVETTO M, Mirta *et al.* Guías alimentarias y su cumplimiento en estudiantes universitarias, Valparaíso, 2013, Chile. **Rev. chil. nutr.**, Santiago , v. 42, n. 2, p. 164-172, jun. 2015 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000200008&lng=es&nrm=iso>. accedido en 04 oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000200008>.

CRUZ-SANCHEZ, E *et al.* Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería de una universidad pública. **Enferm. univ**, México , v. 13, n. 4, p. 226-232, dic. 2016 . Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400226&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.004>.

DELIENS T, CLARYS P, BOURDEAUDHUIJ I, DEFORCHE B. Determinants of eating behavior in university students: a qualitative study using focus group discussion. **BMC Public Health**. 2014;14:1-12. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-53>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE. 2016 / ABESO - **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. – 4.ed. - São Paulo, SP.

DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATROSCLEROSE, 5. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro. Volume 101, Nº 4, Suplemento 1, Outubro 2013.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech *et al.*; Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 08 julh. 2016.

DUARTE FM, ALMEIDA SDS, MARTINS KA. Alimentação fora do domicílio de universitários de alguns cursos da área da saúde de uma instituição privada. **O Mundo da Saúde**. 2013; 37:288-298.

DUCAN *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública** 2012; 46 (Supl):126-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017. Acesso em: 08 set. 2016.

EBILA, Florence. A proper woman, in the African tradition: The construction of gender and nationalism in Wangari Maathai's autobiography *Unbowed*. **Tydskr. letterkd.**, Pretoria, v. 52, n. 1, p. 144-154, 2015. Available from <http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-476X2015000100010&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.4314/tvl.v52i1.10>.

ERCOLE FF, MELO LS, ALCOFORADO CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev. Min. Enfermagem**. 2014; 18 (1): 09-11. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em 13 de out. 2016.

ERIKSEN M; MACKAY J; ROSS H. The Tobacco Atlas. 4th Edition. New York: **American Cancer Society and World Lung Foundation**; 2012.

FALUDI AA, IZAR MCO, SARAIVA JFK, CHACRA APM, BIANCO HT, AFIUNE NETO A *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol** 2017; 109(2Supl.1):1-76. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf. Acesso em: 05 de outubro de 2017.

FIGUEIRINHA F, HERDY GVH. Hipertensão Arterial em Pré-Adolescentes e Adolescentes de Petrópolis: Prevalência e Correlação com Sobrepeso e Obesidade. **Int J Cardiovasc Sci**. 2017;30(3):243-250. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/30/pdf/v30n3a08.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2017.

FREITAS, Roberto Wagner Junior Freire de *et al.* Study of Lipid profile in a population of university students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1151-1158, Oct. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501151&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500019>.

FRIEDEWALD WT, LEVY RI, FREDRICKSON DS. Estimation of the Concentration of Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Plasma, Without Use of the Preparative Ultracentrifuge. **CLINICAL CHEMISTRY**, Vol. 18, No. 6, 1972, p:499-502. Disponível em: <http://clinchem.aaccjnls.org/content/18/6/499.long>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

FRITZSCHE MCE, HUENCHÚAN AO. **Implementación del enfoque de riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular**, Chile, MS, 2014. Disponível em: http://pifrecv.otalca.cl/docs/2009/Implementacion_Enfoque_Riesgo_PSCV_29_julio.pdf. Acesso em: 23 de outubro de 2017.

GARCEZ *et al.* Prevalence of Dyslipidemia According to the Nutritional Status in a Representative Sample of São Paulo. **Arq Bras Cardiol**. 2014; 103(6):476-484.

GARCIA TR; NÓBREGA MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009 [citado em 2013 ago 13]; 13(1):188- 93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

GASPAROTTO, Guilherme da Silva et al. Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 687-694, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300687&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300006>.

GASPAROTTO GS, LEGNANI E, LEGNANI RFS, CAMPO, W. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular em universitários: prevalência e comparação entre períodos de graduação. **Saúde** (Santa Maria), Santa Maria. 2015; 41(1):185-194. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/14942/pdf>. Acesso em 06 de outubro de 2016.

GOMES *et al.* Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2012;65(4):594-00.

GONZÁLEZ-GÓMEZ CA, CAMACHO-RUIZ JF, BARAJAS-GAMBOA JS. El rol de la universidad en la prevención de la obesidad. **Rev Cuid**. 2015; 6(1): 976-81. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.177>

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3ª Ed. St. Louis: Mosby, 1994.

GORE *et al.* Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. **Lancet** 2011; 377: 2093–2102.

GOULART FAA. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

GROSSMAN D, WHITE K, HOPKINS K, AMASTAE J, SHEDLIN M, POTTER JE. Contraindications to combined oral contraceptives among over-the-counter compared with prescription users. **Obstet Gynecol**. 2011;117(3):558-65. DOI:10.1097/AOG.0b013e31820b0244.

GRUENEWALD *et al.* A dose-response perspective on college drinking and related problems. **Nat Inst Health**. 2010; 105(2): 257–269.

GUEDES RF, MELO TE, LIMA AP, GUIMARÃES ALA, MOREIRA NBB, GARCIA PG. Análise do perfil lipídico e dos fatores de risco associados a doenças cardiovasculares em acadêmicos da área da saúde de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 159-164, jul./ago. 2016. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2571>. Acesso em: 04 de outubro de 2017.

GUERRA FMRM; COSTA CKF; BERTOLINI SMMG *et al.* Tobacco consumption among college students: a systematic review. **Rev Fund Care Online**. 2017 abr/jun; 9(2):558-565. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.558-565>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5701/pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.

GUERRA, Thais de Rezende Bessa *et al.* Perfil dos fatores de riscos cardiovasculares em profissionais de enfermagem de uma grande emergência. **Revista Saúde em Foco**, [S.l.], v. 1, n. 2, dez. 2016. ISSN 2525-4383. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/181/213>>. Acesso em: 07 out. 2017.

GUERRERO NY, MUÑOZ RF, MUÑOZ AP, PABÓN JV, RUIZ DM, SÁNCHEZ DS. Nivel de sedentarismo en los estudiantes de fisioterapia de la Fundación Universitaria María Cano, Popayán. **Hacia promoc. salud**. 2015; 20(2): 77-89. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.2.5

HALLAL PC, ANDERSEN LB, BULL FC, GUTHOLD R, HASKELL W, EKELUND U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **Lancet**. 2012; 380(9838): 247-57.

HAREGU *et al.* Interlinkage among cardio-metabolic disease markers in an urban poor setting in Nairobi, Kenya. **Glob Health Action** 2016, 9: 30626. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.30626>. Acesso em 05 maio 2016

HERDMAN TH, KAMITSURU S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HERNANDEZ, Adriana *et al.* Caracterización de hábitos relacionados con enfermedades crónicas en población universitaria de Honduras. **Rev. cub. salud pública**, La Habana , v. 41, n. 2, p. 324-334, June 2015 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200011&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Oct. 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, IBGE, 2014, 180p

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012**: Regional & Country Factsheets. Disponível em: Acesso em: <http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-regional-country-factsheets>. Acesso em: 05 de outubro de 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF **Diabetes Atlas**. 6ª ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>. Acesso em: 21/06/2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF **Diabetes Atlas**. 7ª ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2015. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>. Acesso em 08 de julho de 2016.

IRIBARREN *et al.* Cardiovascular and cerebrovascular events among patients receiving omalizumab: Results from EXCELS, a prospective cohort study in moderate to severe asthma. **J Allergy Clin Immunol.** May 2017. Disponível em: [http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(16\)30961-7/pdf](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(16)30961-7/pdf). Acesso em: 08 de outubro de 2017.

JARDIM, Paulo César Brandão Veiga *et al.* I RBH - First Brazilian Hypertension Registry. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 2, p. 93-98, Aug. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004100093&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160120>.

KALKA *et al.* Cardiovascular Risk Factors Among Lower Silesian Students of the Faculty of Medicine: Knowledge and Distribution. **Adv Clin Exp Med** 2016, 25, 2, 341–347. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27627569>. Acesso em: 23 de setembro de 2017.

KALOKO, M.S. AUC Commissioner for Social Affairs. African Union. **Conferência da UA dos Ministros da Saúde (CAMH6)**. Sexta Sessão Ordinária 22 a 26 de Abril de 2013, Adis Abeba, ETIÓPIA.

LAMBERTS M, FOSBOL EL, OLSEN AM, HANSEN ML, FOLKE F, KRISTENSEN SL, *et al.* O tratamento contínuo com antiinflamatórios não esteróides no momento da admissão está associado a um mau prognóstico em pacientes com infarto agudo do miocárdio pela primeira vez. **Int J Cardiol.** 2013; 168 (2): 832-7. doi: 10.1016 / j.ijcard.2012.10.004.

LAMPREIA *et al.* **Tabagismo no Brasil**: estimação das elasticidades preço e renda na participação e na demanda por cigarros industrializados. Pesquisa e Planejamento Econômico. PPE, v. 45, n. 2, ago. 2015.

LEE *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, 380 (2012), pp. 219–229.

LIMA, Adman Câmara Soares *et al.* Risk factors for Type 2 Diabetes Mellitus in college students: association with sociodemographic variables. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 484-490, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300484&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3053.2441>.

LIMA, Marcus Eugênio Oliveira; NEVES, Paulo Sérgio da Costa; SILVA, Paula Bacellar. A implantação de cotas na universidade: paternalismo e ameaça à posição dos grupos dominantes. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p. 141-163, mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782014000100008&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782014000100008>.

LIMA MCMA, MAZON L, PETREÇA DR, PAWLOWYTSCH PWM, CAMPOS R. Fatores de Riscos Cardiovasculares em Estudantes Universitários. Revista Inspirar. **Movimento & saúde**, v. 6, n.1, p. 27-31, janeiro/fevereiro 2014.

LIMA, Maria Jose Melo Ramos *et al.* Fatores associados ao conhecimento dos adultos jovens sobre histórico familiar de Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24. e2814. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100423&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Oct. 2017. Epub Nov 21, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1285.2814>.

LOBO, Larissa Aline Carneiro et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00035316, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605003&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Sept. 2017. Epub July 03, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00035316>.

LOEF M; WALACH H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors in all -cause mortality: a systematic review and meta- analysis. **Voltar Med.** 2012; 55: 163-170. DOI: 10.1016 / j.ypped.2012.06.017 [[PubMed](#)].

LOPES MVO, SILVA VM, ARAUJO TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Int J Nurs Know.** 2012 [cited 2013 Apr 10]; 23:134-9. DOI: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x

LÓPEZ-GONZÁLEZ A, BENNASAR-VENY M, TAULER P, AGUILO A, TOMÁS-SALVÁ M, YÁÑEZ A. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. **Gac Sanit.** 2015;29(1):27-36.

MACHADO BR, MELO NR, PROTA FE, LOPES GP, MEGALE A. Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities. **Elsevier.** 2012;86(6):698-703. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.05.016. Disponível em: [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(12\)00265-X/pdf](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(12)00265-X/pdf). Acesso em: 08 de outubro de 2017.

MACHADO-ALBA, Jorge Enrique; ALZATE-CARVAJAL, Verónica; ECHEVERRI-CATANO, Luis. Estudio farmacoepidemiológico de uso de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes de alto riesgo cardiovascular. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, Lima, v. 30, n. 4, p. 626-629, Dec. 2013. Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400014&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 Oct. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 238-255, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600238&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060021>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 11s, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102017000200313&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Sept. 2017. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>.

MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES MFT *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2016; 107(3Supl.3):1-83.

MARTINS SR *et al.* Medidas eficazes de controle do tabagismo: concordância entre estudantes de medicina. **J Bras Pneumol.** 2017;43(3):202-207. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v43n3/pt_1806-3713-jbpneu-43-03-00202.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

MENA-VILLALBA *et al.* Relación entre el fármaco antihipertensivo utilizado y la aparición de fibrilación auricular en los pacientes hipertensos de un centro de Atención Primaria. **Semergen.** 2014;40(5):247---253. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-relacion-entre-el-farmaco-antihipertensivo-S1138359313002840>. Acesso em: 08 de outubro de 2017.

MENDES KDS; SILVEIRA RCCP; GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v.17, n.4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2016.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2012.

MEOLI EM, GOLDSWEIG AM, MALM BJ. Acute Myocardial Infarction from Coronary Vasospasm Precipitated by Pseudoephedrine and Metoprolol Use. **Can J Cardiol.** May 2017. Volume 33, Issue 5, Pages 688.e1–688.e3. Disponível em: [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(17\)30009-0/fulltext](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(17)30009-0/fulltext). Acesso em: 08 de outubro de 2017.

MISSAGGIA BONOTTO, GABRIEL, MENDOZA-SASSI, RAUL ANDRES, ODEH SUSIN, LULIE ROSANE. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva** [en línea] 2016, 21 (Enero-Sin mes): [Fecha de consulta: 9 de octubre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63043595030> ISSN 1413-8123

MOURA, Ionara Holanda de *et al.* Construction and validation of educational materials for the prevention of metabolic syndrome in adolescents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 25, e2934, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100383&lng=en&nrm=iso>. Access on 11 Oct. 2017. Epub Oct 05, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2024.2934>.

MOURA *et al.* Perfil lipídico de universitários e associação com risco cardiovascular. **Rev Enferm UFPI.** 2017 Jan-Mar;6(1):40-6. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5841/pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2017.

MORAES AAL, AVEZUM JUNIOR A. **O Impacto da Hipertensão Arterial no Mundo.** In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F. Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 11-19.

MORALES, Gladys *et al.* Factores de riesgo cardiovascular en universitarios de primer y tercer año. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 145, n. 3, p. 299-308, marzo 2017. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300003>.

MOREIRA NWRM, CASTRO LCV, CONCEIÇÃO LL, DUARTE MS. Consumo Alimentar, Estado Nutricional e Risco de Doença Cardiovascular em Universitários Iniciantes e Formandos de um Curso de Nutrição, Viçosa-MG. **Rev. APS**. 2013 jul/set; 16(3): 242-249. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/1778/741>. Acesso em: 13 out. 2017.

MOREIRA JPL, MORAES JR, LUIZ RR. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública** 2013; 29(1): 62-72.

MORETTI, Gustavo de Souza *et al.* Prevalence of and factors associated with overweight among university students from Rio Branco, Acre - Brazil. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 406-418, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372014000400406&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2014v16n4p406>.

MOZAFFARIAN D, BENJAMIN EJ, GO AS, ARNETT DK, BLAHA MJ, CUSHMAN M, DE FERRANTI S, *et al.* American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics, 2015 update: a report from the **American Heart Association**. *Circulation* 2015; 131: e29-322.

NATIVIDADE *et al.* Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. **Cad Saúde Pub**. 2012; 28 (6).

NUNES *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas e prática do *bingedrinking* entre acadêmicos da área da saúde. **Rev Psiquiatr Clin**. 2012; 39 (3): 94-9.

NYOMBI, KENNETH V *et al.* “High Prevalence of Hypertension and Cardiovascular Disease Risk Factors among Medical Students at Makerere University College of Health Sciences, Kampala, Uganda.” *BMC Research Notes* 9 (2016): 110. **PMC**. Web. 26 Sept. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756514/>. Acesso em: 26 de setembro de 2017.

OKAZAKI K, OKANO S, HAGAB S, SEKI A, SUZUKI H, TAKAHASHI K. One-year outcome of an interactive internet-based physical activity intervention among university students. **International journal of medical informatics**. 2014; 83 (5): 354-60. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505614000252#!>. Acesso em 17 de setembro de 2017.

OLIVEIRA *et al.* Consumo de álcool por frequentadores de academia de ginástica. **J Bras Psiquiatr**. 2014; 63(2): 127-32.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças cardiovasculares**. 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em 12 de outubro de 2017.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. **Consulta Ministerial da Região Africana da OMS sobre Doenças Não Transmissíveis**. Acolhida em Brazzaville pelo Escritório Regional da OMS. 04-06 de abril 2011.

PALENZUELA LUIS N, GÓNZALEZ ABREU J, SÁNCHEZ GÓMEZ MB. Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular. Trabajo Fin de Grado. **Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria**, v.10, n.1, p. 40-51, junio-noviembre, 2017.

PATE RR; O'NEILL JR; LOBELO F. The evolving definition of "sedentary". **Exerc Sport Sci Rev**. 2008 Oct; 36(4):173-8.

PAULA, Maria de Fátima Costa de. Políticas de democratização da educação superior brasileira: limites e desafios para a próxima década. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 22, n. 2, p. 301-315, jul. 2017.

PELICIOLI, Marina *et al*. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. **J. bras. psiquiatr**. Rio de Janeiro , v. 66, n. 3, p. 150-156, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000300150&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000164>.

PELTZER *et al*. Prehypertension and psychosocial risk factors among university students in ASEAN countries. **BMC Cardiovascular Disorders**. 2017. 17:230 DOI 10.1186/s12872-017-0666-3. Disponível em: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12872-017-0666-3?site=bmccardiovascdisord.biomedcentral.com>. Acesso em: 23 de setembro de 2017.

PEREIRA, Dayse Christina Rodrigues *et al*. Neck circumference as a potential marker of metabolic syndrome among college students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 973-979, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600973&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3565.2505>.

PEREIRA, Juliana de Melo Vellozo *et al*. Accuracy in inference of nursing diagnoses in heart failure patients. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 690-696, Aug. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400690&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680417i>.

PESCATELLO LS, MACDONALD HV, LAMBERTI L *et al*. Curr Hypertens **Rep** (2015) 17: 87. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11906-015-0600-y>. Acesso em: 02 de outubro de 2017.

PICCINI *et al*. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2012; 46(3):543-50.

PINHO L, AGUIAR APS, OLIVEIRA MR, BARRETO NAP, FERREIRA CMM. Hipertensão e dislipidemia em pacientes diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. 2015;4(1):87- 101.

PINTO *et al.* Barreiras percebidas para a prática de atividade física entre universitários de Educação Física. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, 2017;22(1):66-75. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/8194/pdf>. Acesso em 17 de setembro de 2017.

PINTO MT, PICHON-RIVIERE A. Carga das doenças tabaco relacionadas para o Brasil. Rio de Janeiro: **ACT**, 2012. Relatório final. Disponível em: <<http://goo.gl/P9kORO>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

PINTO M, BARDACH A, PALACIOS A, BIZ AN, ALCARAZ A, RODRÍGUEZ B, AUGUSTOVSKI F, PICHON-RIVIERE A. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. **Documento técnico IECS N° 21**. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco

PITANGA, FJG. Antropometria na avaliação da obesidade abdominal e risco coronariano. **Rev bras. cineantropom. desempenho hum.** (Online), Salvador, v. 13, n. 3, p. 238-241, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. Introdução à pesquisa em enfermagem baseada em evidências. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1. p. 22.

RAMANATH *et al.* A study on impact of clinical pharmacist interventions on medication adherence and quality of life in rural hypertensive patients. **J Young Pharm**. 2012;4 (2):95-100.

RANGEL CABALLERO LG, ROJAS SÁNCHEZ LZ, GAMBOA DELGADO EM. Overweight and obesity in Colombian college students and its association with physical activity. **Nutr Hosp** 2014; 31(2):629-36

REHM *et al.* The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - an overview. **Addiction** 2010; 105: 817–843.

RIBEIRO A.L; DUNCAN B.B; BRANT L.C; LOTUFO P.A, MILL J.G; BARRETO S.M. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. **Circulation**. 2016 Jan 26; 133(4):422-33.

RIBEIRO SM, ALMEIDA MTC, MAIA FA, SOUZA FA, AMARAL DPO, ALVES MR. Política de cotas no ensino superior: Percepções de professores e estudantes. **Revista Unimontes Científica**. Montes Claros, v. 18, n.1 - jan. /jun. 2016. (ISSN 2236-5257)

RIVERA, Elizabeth Carpio *et al.* Relación entre factores de riesgo cardiovascular y la presión arterial en reposo de estudiantes universitarios. **Rev. costarric. salud pública**, San José , v. 25, n. 1, p. 47-58, June 2016 . Available from <<http://www.scielo.sa.cr/scielo>>.

php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292016000100047&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Sept. 2017.

ROTH GA, FIHN SD, MOKDAD AH, AEKPLAKORN W, HASEGAWAE T, LIM SS. High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control: an analysis of national health examination survey data from eight countries. **Bull World Health Organ** 2011; 89:92–101 | doi:10.2471/BLT.10.079947.

SALDARRIAGA, Clara *et al.* Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable. **Rev. Colomb. Cardiol.**, Bogota , v. 23, n. 3, p. 163-167, May 2016 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332016000300002&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.07.005>.

SÁNCHEZ GÓMEZ MB, DUARTE CLÍMENTS GD. Riesgo de Deterioro de la Función Cardiovascular. NANDA-Internacional-Inc; Herdman TH, Silva VM, Napoleao AA, (dir). **PRONANDA-Programa-de-Actualización-en-Diagnósticos-de-Enfermería: Ciclo 3.** Porto Alegre: Artmed-Panamericana; 2015; (1):101-33.

SANCHEZ SERRANO, José Luis et al. Asociación entre el síndrome coronario agudo y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos. **Ars Pharm**, Granada , v. 56, n. 1, p. 1-7, 2015 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942015000100001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 08 oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.4321/S2340-98942015000100001>.

SANCHEZ SERRANO, José Luis et al. Riesgo cardiovascular asociado al consumo de antiinflamatorios no esteroideos: estudio de cohortes retrospectivo en un área de salud, 2008-2012. **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid , v. 89, n. 6, p. 607-613, Dec. 2015. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000600008&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 Oct. 2017.

SANTOS RD, GAGLIARDI ACM, XAVIER HT, MAGNONI CD, CASSANI R, LOTTENBERG AM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol.** 2013;100(1Supl.3):1-40.

SANTOS *et al.* Síndrome metabólica e outros fatores de risco para doenças cardiovascular em população de obesos. **Rev. Bras. Cardiol.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 442-449, 2013.

SANTOS *et al.* Análise do sedentarismo em estudantes universitários. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 mai/jun; 22(3):416-21. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a20.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

SANTOS *et al.* Cardiac risk assessment amongst undergraduate nursing students. **Rev Min Enferm.** 2015 out/dez; 19(4): 842-847. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1045>. Acesso em: 02 de agosto de 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20150065.

SHAWAR SM, AL-BATI NA, AL-MAHAMEED A, NAGALLA DS, OBEIDAT M. Hypercholesterolemia Among Apparently Healthy University Students. **Oman Med J.** 2012. July; 27(4):274-280. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3464752/>. Acesso em: 04 de outubro de 2017.

SHOMAR RTA, LUBBAD IK, ANSARI WE, AL-KHATIB IA, ALHARAZIN HJ. Smoking, Awareness of Smoking-Associated Health Risks, and Knowledge of National Tobacco Legislation in Gaza, Palestine. **Cent Eur J Public Health** 2014; 22 (2): 80–89. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230536>. Acesso em: 27 de setembro de 2017.

SILVA RS, PAIXÃO GPN, ARAÚJO CM, SENA CD, BITENCOURT IS. Estratégia de Saúde da Família: Intervenções de Enfermagem sobre os Fatores de Risco Cardiovasculares. **Rev. APS**. 2015 jul/set; 18(3): 316 - 324. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2377>. Acesso em 11 de outubro de 2017.

SILVA *et al.* Tecnologia do cuidado à pessoa com colostomia: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Rev Min Enferm**. 2016; [Citado em 05 de outubro de 2016]; 20: e931. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1065>. Acesso em: 19 jun. 2016. SIMÃO *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Volume 101, Nº 6, Suplemento 2, Dezembro 2013.

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp; SIQUEIRA-FILHO, Aristarco Gonçalves de; LAND, Marcelo Gerardin Poirot. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 1, p. 39-46, jul. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000700039&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 07 out. 2017. Epub 01-Jun-2017. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170068>.

SOUSA, Luana Savana Nascimento de et al. Change in Blood Pressure Levels in College Students. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1087-1093, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401087&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Sept. 2017. Epub Nov 24, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003730014>.

TADESSE T, ALEMU H. Hypertension and associated factors among university students in Gondar, Ethiopia: a cross-sectional study **BMC Public Health**, 2014, 14:937 Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/937>. Acesso em 23 de setembro de 2017.

TESTON EF, CECILIO HPM, SANTOS AL, ARRUDA GO, RADOVANOVIC CAT, MARCON SS. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2016;49(2):95-102. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n2/AO1-Fatores-associados-as-doencas-cardiovasculares-em-adultos.pdf>. Acesso em: 11 de outubro de 2017

TORQUATO SCR, SILVA EF, RODRIGUES AR, PIMENTA MVT, MOURA JRA, SILVA ARV. Sedentarismo e alterações metabólicas entre universitários. **Rev Enferm UFPI**. 2016 Abr-Jun;5(2):16-21. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5244/pdf>. Acesso em: 2 de setembro de 2017.

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA. **Integração Internacional**. 2016. Disponível em: <http://www.unilab.edu.br/nosso-diferencial-de-integracao-internacional/>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA. **Seleção de Brasileiros**. 2017. Disponível em: <http://www.unilab.edu.br/processo-seletivo/selecao-de-brasileiros/>

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health and Human Services. **The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress**. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

VALLIANOU *et al.* Neck circumference is correlated with triglycerides and inversely related with HDL cholesterol beyond BMI and waist circumference. **Diabetes metab. res. rev.**, **Athens**, v. 29, n.1, p. 90-97, Jan. 2013.

VAN DER BERG *et al.* Midlife Determinants Associated with Sedentary Behavior in Old Age. **Med Sci Sports Exerc**. 2014 julho; 46 (7): 1359-1365. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4061270/>. Acesso em 05 de novembro de 2016.

VARGAS LS, LUCHESE R, DA SILVA AC, GUIMARÃES RA, VERA I, DE CASTRO PA. 2017. Determinants of tobacco use by students. **Revista de Saúde Pública**, 51, 36. <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006283>. Acesso em: 2 de setembro de 2017.

VEIGA, Luciene Dias Bispo *et al.* Prevalência e fatores associados à experimentação e ao consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes escolares. **Cad. saúde colet**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 368-375, Set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000300368&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600030037>.

VÍLCHEZ-BARBOZA V, PARAVIC KLIJN T, SALAZAR A, SÁEZ CARRILLO K. Eficácia de uma intervenção personalizada de aconselhamento em enfermagem, presencial e telefônica, para fatores de risco cardiovascular: ensaio clínico controlado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24: e2747. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02747. Acesso em 11 de outubro de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0626.2747>

WAGNER, Gabriela Arantes *et al.* Drug use in college students: a 13-year trend. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 497-504, June 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 Nov. 2017. Epub Apr 24, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000033>.

WANG, YC *et al.* Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. **Lancet**, London, v. 378, n. 9793, p. 815-825, 2011.

WHELTON PK, *et al.* High Blood Pressure Clinical Practice Guideline. **American Heart Association**. 2017. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/content/early/2017/11/10/HYP.0000000000000065>. Acesso em 21 de dezembro de 2017.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, setembro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 13 de setembro de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

WILMOT *et al.* Tempo de sedentarismo em adultos e sua associação com diabetes, doença cardiovascular e morte: revisão sistemática e meta-análise. **Diabetologia**. 2012; 55: 2895-905. doi: 10,1007 / s00125-012-2677-z [PubMed]

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes**. Geneva: WHO; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **General Assembly**. 65^a session. Note by the Secretary-General transmitting the report by the Director General of the World Health Organization on the global status of NCDs, with a particular focus on the development challenges faced by developing countries A/65/362, 13 September 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Q&As on hypertension. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/82/en/>. Acesso em: 05 de outubro de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AFRICA. **Diabetes**. Disponível em: <http://www.afro.who.int/pt/node/530>. Acesso em: 04 de outubro de 2017.

_____. Global Health Observatory (GHO) data. **Overweight and obesity**. Disponível em: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/. Acesso em: 03 de outubro de 2017.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases, 2010**. Geneva, 2011.

_____. **Global Report on Diabetes, 2016**. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>. Acesso em 02 de outubro de 2017.

_____. **Diabetes**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. Acesso em: 03 de outubro de 2017.

_____. **Controlling the global obesity epidemic**, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

_____. **Environment and health in developing countries**, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/heli/risks/ehindevcoun/en/index1.html>. Acesso em 17 de setembro de 2017.

_____. **Framework Convention on Tobacco Control**. Tobacco Free Initiative (TFI) MPOWER. Geneva: World Health Organization; 2013.

_____. 2017. From Vision to Results. **Advancing Health for Billions in the South-East Asia Region**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258762/1/9789290225928-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 de outubro de 2017.

_____. **A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis**. World Health Day 2013. Report, 1-39. Geneva, Switzerland, World Health Organization; 2013.

_____. 2012. **World Health Statistics 2012**. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/. Acesso em: 13 jul. 2016.

_____. 2010. **World Health Statistics 2010** Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/em/index.html>. Acesso em: 19 ago.2016.

_____. 2017. Media centre. **Tobacco**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>. Acesso em: 25 ago.2017.

_____. 2017. **Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017** Monitoring Tobacco Use And Prevention Policies. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/en/. Acesso em: 25 ago.2017.

_____. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva: WHO; 2014. [Acessado 2016 maio 31]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 02 jun. 2016.

_____. **Global Status Report on Alcohol and Health 2014**. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2014.

_____. 2015. **National survey for noncommunicable disease risk factors and injuries using approach in Timor-Leste – 2014**.

_____. 2017. **Cardiovascular diseases (CVDs)**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

XAVIER *et al.* Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.101 no.4 supl.1 São Paulo Oct. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>. Acesso em: 05 de outubro de 2016

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira e estou desenvolvendo uma pesquisa que irá investigar a presença do **diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular em estudantes universitários dos países lusófonos**. Assim, convido-lhe a participar desse estudo e sua participação será muito importante para a concretização do mesmo.

Preciso de sua autorização para realizar esse estudo que, inclui o preenchimento de um formulário por meio de uma entrevista, bem como a realização de alguns procedimentos: medição de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e coleta e análise de exames laboratoriais de sangue: glicemia, colesterol total, colesterol HDL, avaliação da qualidade do HDL e triglicérides. Informo que essa pesquisa poderá incorrer em riscos mínimos, a saber: dor no local da entrada da agulha para a coleta de sangue e sangramento mínimo na hora da coleta de sangue. Este possível desconforto poderá ser minimizado pelo fato do responsável pela coleta ser um profissional experiente em coleta de sangue. Também poderá haver constrangimento social ao ser questionado sobre a presença de alguma doença. No entanto, como os questionamentos são de cunho fisiológico, espera-se ser mínimo qualquer tipo de constrangimento. Além disso, a coleta será realizada em local reservado, que proporcionará o máximo possível de privacidade. Caso ocorra qualquer forma de constrangimento, sua participação na pesquisa será finalizada sem causar-lhe nenhum dano. A pesquisa não será objeto de nenhum benefício financeiro, ressarcimento ou pagamentos a(o) senhor (a).

Os benefícios esperados com o estudo serão avaliação da saúde cardiovascular, visando investigar os fatores de risco cardiovascular e, a partir desses, identificar o diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada. Isto poderá contribuir para comunidade acadêmica, pois no caso de identificação desse diagnóstico, os participantes serão encaminhados para avaliação no setor de saúde da instituição que deverão tomar as devidas providências, como: encaminhamento para serviços de saúde da região e/ou realizar ações de promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular.

Desde já, dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão apenas para a realização do trabalho e asseguro-lhe a qualquer momento o acesso às informações prestadas, inclusive para resolver dúvidas que possam surgir. Além disso, o (a) senhor (a) tem o direito de aceitar ou não participar do estudo ou deixar de participar do mesmo, a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo para sua atividade como aluno na instituição.

Também informo que os dados serão transformados na Dissertação de Conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, promovido pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) que fica situado à Avenida da Abolição, nº 3. Bairro: Centro. Cidade: Redenção – CE, Telefone: (85) 3332-1414. Os dados do estudo serão ainda divulgados em eventos científicos e produção de artigos científicos. Sua identidade será mantida em sigilo. Caso precise entrar em contato comigo, estes são meus dados: Nome: Tibelle Freitas Maurício. E-mail: tibellefm@gmail.com. Telefone: (88) 34223727.

ASSINATURA DA PESQUISADORA

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa: “**Diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular em estudantes universitários dos países lusófonos**”, realizada pela enfermeira Tibelle Freitas Mauricio, concordo voluntariamente em participar da mesma.

Estou ciente de que: receberei uma via do TCLE, minha identidade será mantida em sigilo, poderei desistir em qualquer etapa do estudo sem que me gere nenhum prejuízo e a pesquisadora estará disponível para responder a quaisquer perguntas.

_____, _____ de _____ de 2017.

ASSINATURA DO SUJEITO PESQUISADO

ASSINATURA DE QUEM OBTEVE O TERMO DE CONSENTIMENTO

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Pesquisa: Diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular em estudantes universitários dos países lusófonos no Brasil.

Pesquisadora: Tibelle Freitas Mauricio

Formulário N° _____

Data: ____/____/____ **Local:** _____

Curso: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____

Tel (fixo): _____ Tel (cel): _____

Email: _____

2. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS:

2.1 Em que país você nasceu?

[1] Brasil ()

[5] Moçambique ()

[2] Angola ()

[6] São Tomé e Príncipe ()

[3] Cabo Verde ()

[7] Timor-Leste ()

[4] Guiné-Bissau ()

2.2 Qual o seu gênero? [1] Feminino () [2] Masculino ()

2.3 Cor (auto referida): [1] Branca () [2] Negra () [3] Amarela () [4] Parda ()

2.4 Qual o seu estado civil?

[1] Solteiro (a) com parceria eventual ()

[4] Viúvo (a) ()

[2] Solteiro (a) com parceria fixa ()

[5] Divorciado (a) ()

[3] Casado (a) ou em união consensual ()

2.5 Com quem mora:

[1] Pais () [2] Familiares () [3] Amigos () [4] Companheiro (a) () [5] Sozinho (a) ()

[6] Outros. Especificar _____

2.6 Situação laboral:

- [1] Apenas estuda () [2] Estuda e trabalha formalmente ()
 [3] Estuda e trabalha informalmente () [4] Bolsista () [5] Outros_____

2.8 Qual a sua renda mensal, em reais, incluindo, se for o caso, os auxílios recebidos da UNILAB? _____

3. HISTÓRIA DE DOENÇAS:**3.1. História familiar das seguintes doenças:**

3.1.1 Não () **3.1.2** Sim (). Quais?

3.1.2.1 HAS [0] não () [1] pais/irmãos () [2] tios, avós, primos () [3] outros familiares ()
 [4] não sabe informar ()

3.1.2.2 DM [0] () não [1] () pais/irmãos [2] () tios, avós, primos [3] () outros familiares
 [4] () não sabe informar

3.1.2.3 IAM [0] () não [1] () pais/irmãos [2] () tios, avós, primos [3] () outros familiares
 [4] () não sabe informar

3.1.2.4 AVE [0] () não [1] () pais/irmãos [2] () tios, avós, primos [3] () outros familiares
 [4] () não sabe informar

3.1.2.5. Cardiopatia [0] () não [1] () pais/irmãos [2] () tios, avós, primos [3] () outros familiares [4] () não sabe informar

3.1.2.6 Alteração de colesterol e/ou triglicerídeos [0] () não [1] () pais/irmãos [2] () tios, avós, primos [3] () outros familiares [4] () não sabe informar

3.2 História pregressa de doença:

3.2.1 Não () **3.2.2** Sim (). Quais?

3.2.2.1 HAS [1] sim () [2] não () [3] não sabe ()

3.2.2.2 DM [1] sim () [2] não () [3] não sabe ()

3.2.2.3 IAM [1] sim () [2] não () [3] não sabe ()

3.2.2.4 AVE [1] sim () [2] não () [3] não sabe ()

3.2.2.5 Cardiopatia [1] sim () [2] não () [3] não sabe ()

3.2.2.6. Alteração de colesterol e/ou triglicerídeos [1] sim () [2] não () [3] não sabe ()

3.3 Toma medicações?

[1] Sim () [2] Não ()

3.3.1 Se sim, qual (is)?

Categoria: [1] Antinflamatórios () [2] Analgésicos ()

[3] Anti-hipertensivos ()	[4] Anticoagulantes ()
[5] Hipoglicemiantes ()	[6] Outros. Especificar_____
Frequência: [1] Diariamente ()	[2] Semanalmente ()
[3] Esporadicamente ()	[4] Outros. Especificar_____

4. AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES:

4.1 Você sabe quais são os fatores de risco para as doenças cardiovasculares?

[1] sim () [2] não ()

4.1.1 Se sim, quais?

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| [1] tabagismo () | [5] hipertensão arterial () |
| [2] etilismo () | [6] diabetes () |
| [3] sedentarismo () | [7] história familiar () |
| [4] obesidade () | [8] dislipidemias () |
| [9] outro(s) () | Especificar_____ |

4.2. Tabagismo: () 1 sim () 2 não. Se sim: **4.2.1 Quantos cigarros por dia?** _____

4.3 Etilismo: () 1 sim () 2 não. Se sim:

4.3.1 Quantas vezes na semana? [1] () 1 [2] () 2 [3] () 3 [4] () mais de 3

4.4 ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL

4.4.1. Qual a sua ocupação principal? _____

4.4.2. No trabalho, eu fico sentado:

[1] Nunca () [2] Raramente () [3] Às vezes() [4] Frequentemente () [5] Sempre ()

4.4.3 No trabalho, eu fico em pé:

[1] Nunca () [2] Raramente () [3] Às vezes() [4] Frequentemente () [5] Sempre ()

4.4.4 No trabalho, eu ando:

[1] Nunca () [2] Raramente () [3] Às vezes() [4] Frequentemente () [5] Sempre ()

4.4.5 No trabalho, eu levanto objetos pesados:

[1] Nunca () [2] Raramente () [3] Às vezes () [4] Frequentemente () [5] Sempre ()

4.4.6 Depois do trabalho, eu me sinto cansado:

[1] Muito frequentemente () [2] Frequentemente () [3] Às vezes () [4] Raramente () [5] Nunca ()

4.4.7 No trabalho, eu sudo:

[1] Muito frequentemente () [2] Frequentemente () [3] Às vezes () [4] Raramente () [5] Nunca ()

4.4.8 Em comparação com o trabalho de outras pessoas da minha idade, o meu trabalho é fisicamente:

[1] Muito mais pesado () [2] Mais pesado () [3] Igualmente pesado () [4] Mais leve () [5] Muito mais leve ()

4.4.9 Você pratica exercício físico? [1] Sim () [2] Não ()

4.4.9.1 Se sim: Qual exercício você pratica mais frequentemente? _____

4.4.9.2 Quantas horas por semana você pratica este exercício? _____

4.4.9.3 Quantos meses por ano? _____

4.4.9.4 Se você pratica um segundo exercício físico: Qual exercício? _____

4.4.9.5 Quantas horas por semana você pratica este exercício? _____

4.4.9.6 Quantos meses por ano? _____

4.4.10 Em comparação com outras pessoas da minha idade, minha atividade física durante os momentos de lazer é:

[1] Muito maior () [2] Maior () [3] Igual () [4] Menor () [5] Muito menor ()

4.4.11 Durante os momentos de lazer, eu sudo:

[1] Muito frequentemente () [2] Frequentemente () [3] Às vezes () [4] Raramente () [5] Nunca ()

4.4.12 Durante os momentos de lazer, eu pratico exercícios físicos:

[1] Nunca () [2] Raramente () [3] Às vezes () [4] Frequentemente () [5] Sempre ()

4.4.13 Durante os momentos de lazer, eu assisto à televisão:

[1] Nunca () [2] Raramente () [3] Às vezes () [4] Frequentemente () [5] Sempre ()

4.4.14 Durante os momentos de lazer, eu ando:

[1] Nunca () [2] Raramente () [3] Às vezes () [4] Frequentemente () [5] Sempre ()

4.4.15 Durante os momentos de lazer, eu ando de bicicleta:

[1] Nunca () [2] Raramente () [3] Às vezes () [4] Frequentemente () [5] Sempre () [6] Muito frequentemente ()

4.4.16 Quantos minutos você caminha e/ou anda de bicicleta por dia para ir ou voltar do trabalho, escola e shopping? _____

Medição de Peso e Altura

4.5. Medidas antropométricas:

Peso: _____ Estatura: _____ Cintura: _____ IMC: _____

Classificação do IMC: 1. Baixo peso () 2. Normal ()
3. Sobrepeso () 4. Obesidade ()

4.6. Pressão arterial: Braço: _____ Manguito: _____

OBS.: Verificação da pressão arterial no membro direito, de acordo com as recomendações (DIRETRIZES, 2010).

4.6.1 Medidas da pressão arterial: 1ª PAS _____ PAD _____
2ª PAS _____ PAD _____
3ª PAS _____ PAD _____

4.6.2 Média das duas últimas verificações: PAS _____ PAD _____

4.6.3 Classificação PAS: 1. Ótima () 5. Hipertensão Estágio 2 ()
2. Normal () 6. Hipertensão Estágio 3 ()
3. Limítrofe () 7. Hipertensão Isolada ()
4. Hipertensão Estágio 1 ()

4.6.4 Classificação PAD: 1. Ótima () 5. Hipertensão Estágio 2 ()
2. Normal () 6. Hipertensão Estágio 3 ()
3. Limítrofe () 7. Hipertensão Isolada ()
4. Hipertensão Estágio 1 ()

4.6.5 Classificação PA:

1. Ótima () 5. Hipertensão Estágio 2 ()
2. Normal () 6. Hipertensão Estágio 3 ()
3. Limítrofe () 7. Hipertensão Isolada ()

4. Hipertensão Estágio 1 ()

4.7. Glicemia em jejum:

Valor: _____

1. () < 100 mg/dl

2. () ≥ 100 e < 126 mg/dl

3. () ≥ 126 mg/dl

4.8. Colesterol total:

Valor: _____

1. () < 190 mg/dl

2. () 190 - 239 mg/dl

3. () ≥ 240 mg/dl

4.9. Triglicerídeo:

Valor: _____

1. () < 150 mg/dl

2. () 150 - 200 mg/dl

3. () 200 - 499 mg/dl

4. () ≥ 500 mg/dl

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA SAÚDE CARDIOVASCULAR PREJUDICADA**1. História de doença cardiovascular**

1.1. Presente () 1.2. Ausente ()

2. História familiar de doença cardiovascular

2.1. Presente () 2.2. Ausente ()

3. Conhecimento insuficiente sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares

3.1. Presente () 3.2. Ausente ()

4. Sedentarismo

4.1. Presente () 4.2. Ausente ()

5. Obesidade

5.1. Presente () 5.2. Ausente ()

6. Hipertensão arterial

6.1. Presente () 6.2. Ausente ()

7. Diabetes mellitus

7.1. Presente () 7.2. Ausente ()

8. Dislipidemias

8.1 Presente () 8.2. Ausente ()

9. Uso de agente farmacológico

9.1 Presente () 9.2. Ausente ()

10. Tabagismo

10.1 Presente () 10.2. Ausente ()

APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNOSTICADOR

1. Dados de identificação:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade (anos completos): _____

Cidade em que trabalha: _____

Titulação: () Mestre () Doutor

Área do Mestrado: _____

Tema da Dissertação de Mestrado: _____

Área do Doutorado: _____

Tema da tese de Doutorado: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de formação profissional (anos completos): _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa):

1 - Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática Processo de Enfermagem e/ou Sistematização da Assistência de Enfermagem ou Doença Cardiovascular: () Sim () Não

Se sim, de qual forma?

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| () Monografia de graduação | () Monografia de especialização |
| () Dissertação | () Tese |
| () Artigos científicos | () Outros: _____ |

2- Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

- () Hospital () Unidade Básica de Saúde
 () Instituição de Ensino () Outro: _____

3- Em qual local presta/prestou assistência de enfermagem a pessoas com doenças cardiovasculares?

Por quanto tempo? _____

4- Caso tenha atividades de ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática Processo de Enfermagem e/ou Sistematização da Assistência de Enfermagem ou Doença cardiovascular?

- () Sim. Por quanto tempo? _____ () Não.

5- Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática Processo de Enfermagem e/ou Sistematização da Assistência de Enfermagem ou Doença cardiovascular?

- () Sim. Por quanto tempo: _____ anos. E qual área: _____ () Não.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO DIAGNOSTICADOR

Título da pesquisa: Diagnóstico de Enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários dos Países Lusófonos.

Pesquisadora principal: Tibelle Freitas Mauricio

Orientadora: Profa. Dra. Rafaella Pessoa Moreira

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar como voluntário de uma pesquisa no caráter de enfermeiro diagnosticador para realizar a inferência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários dos países lusófonos. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com o senhor (a) e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se o (a) Sr.(a) não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa: a identificação precoce do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada poderá favorecer uma intervenção eficaz de modo a prevenir as doenças cardiovasculares em populações consideradas saudáveis, mas que apresentem exposição aos fatores de risco, minimizando assim, a possibilidade de adoecimento, bem como, melhorando a qualidade de vida. Além disso, sabe-se que a prevenção dos riscos cardiovasculares desde a fase jovem, a qual coincide com o ingresso na vida universitária, é fundamental para se chegar à idade idosa com mais saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Objetivos:

Geral: Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários dos países lusófonos;

Específicos:

- Levantar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes;
- Associar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes com as variáveis sociodemográficas;

- Verificar a prevalência do diagnóstico Risco de função cardiovascular prejudicada, isoladamente e por agrupamento, entre estudantes universitários de diferentes nacionalidades.

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Procedimentos: Fazendo parte deste estudo, o (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como diagnosticador para classificar o diagnóstico em estudo, como presente ou ausente. Tendo em vista o número da amostra, a inferência do diagnóstico de enfermagem em questão, será realizada por 2 enfermeiros diagnosticadores para cada 50 casos apresentados no banco de dados, totalizando 16 enfermeiros para análise de 370 casos. Deste modo, os casos serão encaminhados por e-mail aos enfermeiros com a classificação dos fatores de risco (estilo de vida sedentário, tabagismo, obesidade, história de doença cardiovascular, história familiar de doença cardiovascular, conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes melito, dislipidemia, uso de agente farmacológico) em presente ou ausente. Respectivamente, conforme embasamento teórico, explicaremos quais fatores de risco serão considerados isoladamente como preditivos para classificação do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Havendo discordância em alguma classificação, o caso será encaminhado a um terceiro diagnosticador.

Desconfortos e riscos: Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis aos participantes já que se trata de estudo metodológico. Entretanto, os mesmos poderão sentir algum desconforto pessoal em avaliar os casos.

Benefícios: Para este estudo não são esperados benefícios diretos aos participantes. Entretanto, poderão colaborar para avaliação da saúde cardiovascular dos estudantes universitários.

Sigilo e privacidade: O (a) Sr (a) terá a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização: O(a) Sr.(a) não receberá qualquer ajuda financeira para participar deste estudo já que os instrumentos para avaliação serão enviados ao Sr.(a) por e-mail. A avaliação poderá ser realizada pelo Sr.(a) em qualquer local onde desejar, como por exemplo sua própria casa ou escritório

Contato: Em caso de dúvidas relacionadas ao estudo, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora principal: Nome: Tibelle Freitas Maurício. E-mail: tibellefm@gmail.com. Telefone: (88) 996472789. Em caso de denúncias ou reclamações

sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNILAB que fica situado à Avenida da Abolição, nº 3. Bairro: Centro. Cidade: Redenção – CE, Telefone: (85) 3332-1414.

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Termo de Consentimento Pós-Esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____
_____ Data: ___/___/_____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguo ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa serão transformados na Dissertação de Conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, promovido pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB e serão ainda divulgados em eventos científicos e produção de artigos científicos.

_____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do pesquisador

**ANEXO A – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA (UNILAB).**

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DOS PAÍSES LUSÓFONOS

Pesquisador: TIBELLE FREITAS MAURICIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62347416.1.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.873.108

Apresentação do Projeto:

Aponta-se, atualmente, que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morbimortalidade no mundo. No conjunto destas doenças, ganham destaque as doenças cardiovasculares (DCV). O estudo proposto tem por objetivo investigar a presença do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular em estudantes universitários internacionais e brasileiros da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. O local de coleta de dados será a UNILAB, situada apenas no estado do Ceará. A população do estudo será constituída por 2496 estudantes universitários de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, nascidos nos seguintes países: Brasil, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe ou Timor-Leste, que estejam regularmente matriculados e ativos no Programa de Graduação da UNILAB na modalidade presencial. A amostra será estratificada, totalizando 322 acadêmicos. A coleta de dados dar-se-á por fonte primária, na qual será realizada entrevista para

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.873.108

aplicação de formulário, com questões abertas e estruturadas. Será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a entrevista, será realizada a coleta dos dados antropométricos (mensuração de peso, altura, circunferência abdominal) e aferição da pressão

arterial, bem como, será agendada a coleta dos exames laboratoriais (glicemia, colesterol e triglicérides). Os resultados serão submetidos à

análise estatística descritiva e serão aplicados testes para associação. Serão respeitados os princípios éticos da pesquisa científica, conforme

Resolução 466/12.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Geral

Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários dos países lusófonos;

2.2 Específicos

- Levantar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes;
- Associar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes com as variáveis sociodemográficas;
- Verificar a prevalência do diagnóstico Risco de função cardiovascular prejudicada, isoladamente e por agrupamento, entre estudantes universitários de diferentes nacionalidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos utilizados (coleta de sangue) para exame poderão trazer algum desconforto, como: dor no local da entrada da agulha para a coleta de sangue e sangramento mínimo na hora da coleta de sangue. Este possível desconforto poderá ser minimizado pelo fato do responsável pela coleta ser um profissional experiente em coleta de sangue. Também poderá haver constrangimento social ao ser questionado sobre a presença de alguma doença. No entanto, como os questionamentos são de cunho fisiológico, espera-se ser mínimo qualquer tipo de constrangimento. Além disso, a coleta será realizada em local reservado, que proporcionará o

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.873.108

máximo possível de privacidade.

Os benefícios esperados com o estudo serão avaliação da saúde cardiovascular dos estudantes universitários da UNILAB, visando investigar os fatores de risco cardiovascular e, a partir destes, identificar o diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada. Isto poderá contribuir para comunidade acadêmica, pois no caso de identificação desse diagnóstico, os estudantes serão encaminhados para avaliação no setor de saúde da instituição que deverão tomar as devidas providências, como: encaminhamento para serviços de saúde da região e/ou realizar ações de promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa demonstra relevância visto ser uma proposta de avaliação da prevalência do diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários dos países lusófonos. Na introdução constam referências relevantes sobre o objeto. Incluindo dados atualizados sobre a temática. Há justificativa plausível para a realização do estudo e a hipótese de que: Os estudantes universitários apresentam o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Os objetivos estão adequados à proposta.

A metodologia deixa evidente que se trata de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

Está claro o local de realização da pesquisa que será nos ambulatórios da Pró-Reitoria de Políticas Afirmativas e Estudantis (Propae) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). A pesquisa se restringirá aos campi localizados no estado de Ceará, nos municípios de Acarape (Unidade dos Palmares) e Redenção (Unilab campus Liberdade).

A população e o número de participantes foram esclarecidos e justificados, por meio da fórmula para determinação do tamanho da amostra (n) finita, sendo de 322 estudantes. O estudo não mencionou critérios de inclusão e de exclusão. Estão claros os tópicos relativos a como se dará a coleta dos dados (procedimentos). O instrumento de coleta de dados está anexo ao projeto e é adequado a proposta. A coleta de dados envolverá: o preenchimento de um formulário por meio de uma entrevista, bem como a realização de alguns procedimentos: medição de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e coleta e análise de exames laboratoriais de sangue: glicemia, colesterol total, colesterol HDL, avaliação da qualidade do HDL e triglicerídeos.

Expõe com clareza e de modo pertinente a forma de tratamento dos dados coletados e as

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.873.108

questões éticas.

Está determinado o desfecho primário da pesquisa, a saber: avaliação da saúde cardiovascular dos estudantes universitários da Unilab; e como desfecho secundário: identificação do diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada.

O projeto possui cronograma adequado à proposta apresentada, respeitando o período de tramitação do protocolo no CEP/UNILAB. O orçamento está presente e esclarece o responsável pelas despesas e/ou a fonte de financiamento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP está presente e adequada.

O Termo de Anuência/Autorização do responsável pelo setor/instituição na qual será realizada a pesquisa (em papel timbrado e com carimbo que identifique a instituição, contendo o título da pesquisa) está presente e adequado.

A Folha de Rosto está presente e assinada pelo pesquisador responsável, bem como assinada e carimbada pela instituição proponente.

Declaração de Ausência de Ônus está presente e adequada.

Está anexo o instrumento de coleta de dados e o currículo das pesquisadoras.

O T.C.L.E. está presente, com linguagem adequada ao perfil sócio-cultural dos participantes de pesquisas. O título da pesquisa e aparece no termo. Apresenta justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados. Se expõe com clareza os benefícios da pesquisa, além dos riscos/desconfortos associados e formas de minimizá-los. Garante a liberdade do participante se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Considera o caráter voluntário da participação, ausência de custos e compensações financeiras. Há a garantia de sigilo que assegure a privacidade dos participantes e quanto à confidencialidade das informações e dados envolvidos na pesquisa. Apresenta campo para local e data. Possui nome e campo para assinatura do pesquisador responsável, bem como seu contato e identificação da instituição a que pertence. Possui nome e campo para assinatura do participante da pesquisa. Possui o endereço e telefone do CEP/Unilab (Res. 466/12, IV.3; IV.5c).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações éticas.

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.873.108

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_825798.pdf	21/11/2016 17:00:27		Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_RAFAELLA.pdf	21/11/2016 16:59:23	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_TIBELLE.pdf	21/11/2016 16:57:57	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.PDF	17/11/2016 16:30:34	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_17_11_16.pdf	17/11/2016 12:18:25	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_LOCAL_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	17/11/2016 12:13:55	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_DO_LOCAL_DA_PESQUISA.pdf	17/11/2016 12:10:53	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CARTA_DE_AUSENCIA_DE_ONUS.pdf	17/11/2016 12:08:32	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_CEP.pdf	17/11/2016 12:05:06	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	17/11/2016 12:02:53	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	17/11/2016 12:01:40	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/11/2016 11:53:28	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/11/2016 11:46:41	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE **Município:** REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.873.108

REDENCAO, 18 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Emilia Soares Chaves
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

**ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO PROJETO (EMENDA) PELO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA.**

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DOS PAÍSES LUSÓFONOS

Pesquisador: TIBELLE FREITAS MAURICIO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62347416.1.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.189.523

Apresentação do Projeto:

Aponta-se, atualmente, que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morbimortalidade no mundo. No conjunto destas doenças, ganham destaque as doenças cardiovasculares (DCV). O estudo proposto tem por objetivo investigar a presença do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular em estudantes universitários internacionais e brasileiros da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. O local de coleta de dados será a UNILAB, situada apenas no estado do Ceará. A população do estudo será constituída por 2496 estudantes universitários de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, nascidos nos seguintes países: Brasil, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe ou Timor-Leste, que estejam regularmente matriculados e ativos no Programa de Graduação da UNILAB na modalidade presencial. A

amostra será estratificada, totalizando 322 acadêmicos. A coleta de dados dar-se-á por fonte primária, na qual será realizada entrevista para aplicação de formulário, com questões abertas e estruturadas. Será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a entrevista, será realizada a coleta dos dados antropométricos (mensuração de peso, altura, circunferência abdominal) e aferição da pressão arterial, bem como, será agendada a coleta dos

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 2.189.523

exames laboratoriais (glicemia, colesterol e triglicerídeos).

Os resultados serão submetidos à análise estatística descritiva e serão aplicados testes para associação. Serão respeitados os princípios éticos da pesquisa científica, conforme Resolução 466/12.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Geral

Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em estudantes universitários dos países lusófonos;

2.2 Específicos

- Levantar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes;
- Associar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada nos estudantes com as variáveis sociodemográficas;
- Verificar a prevalência do diagnóstico Risco de função cardiovascular prejudicada, isoladamente e por agrupamento, entre estudantes universitários de diferentes nacionalidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos utilizados (coleta de sangue) para exame poderão trazer algum desconforto, como: dor no local da entrada da agulha para a coleta de sangue e sangramento mínimo na hora da coleta de sangue. Este possível desconforto poderá ser minimizado pelo fato do responsável pela coleta ser um profissional experiente em coleta de sangue. Também poderá haver constrangimento social ao ser questionado sobre a presença de alguma doença. No entanto, como os questionamentos são de cunho fisiológico, espera-se ser mínimo qualquer tipo de constrangimento. Além disso, a coleta será realizada em local reservado, que proporcionará o máximo possível de privacidade.

Os benefícios esperados com o estudo serão avaliação da saúde cardiovascular dos estudantes universitários da UNILAB, visando investigar os fatores de risco cardiovascular e, a partir destes, identificar o diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada. Isto poderá contribuir para a comunidade acadêmica, pois no caso de identificação desse diagnóstico, os estudantes serão encaminhados para avaliação no setor de saúde da instituição que deverão tomar as devidas providências, como: encaminhamento para serviços de saúde da região e/ou realizar ações de promoção da

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 2.189.523

saúde, prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto já havia sido apreciado pelo Comitê de Ética e aprovado. No entanto, foi solicitada avaliação de emenda.

TENDO EM VISTA A NECESSIDADE DE REALIZAR A INFERÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA POR ENFERMEIROS ESPECIALISTAS, NECESSITOU-SE INCLUIR ESTE TÓPICO NO MÉTODO DO PROJETO, BEM COMO INCLUIU-SE OS APÊNDICES: CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA (APÊNDICE IV) E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESPECIALISTAS (APÊNDICE V).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_933789 E1.pdf	31/05/2017 08:33:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_ATUALIZADO.pdf	31/05/2017 08:27:46	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_V_TCLE_ESPECIALISTAS.pdf	31/05/2017 08:24:47	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_RAFAELLA.pdf	21/11/2016 16:59:23	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_TIBELLE.pdf	21/11/2016 16:57:57	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.PDF	17/11/2016 16:30:34	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_MESTRADO_17_11_16.pdf	17/11/2016 12:18:25	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 2.189.523

Investigador	PROJETO_MESTRADO_17_11_16.pdf	17/11/2016 12:18:25	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_LOCAL_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	17/11/2016 12:13:55	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_DO_LOCAL_DA_PESQUISA.pdf	17/11/2016 12:10:53	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CARTA_DE_AUSENCIA_DE_ONUS.pdf	17/11/2016 12:08:32	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_CEP.pdf	17/11/2016 12:05:06	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	17/11/2016 12:02:53	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	17/11/2016 12:01:40	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/11/2016 11:53:28	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/11/2016 11:46:41	TIBELLE FREITAS MAURICIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 27 de Julho de 2017

Assinado por:
Emilia Soares Chaves
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE **Município:** REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

