

RITA CATARINA ALVES GOMES

Mudança dos Hábitos de Vida das Pessoas com Diagnóstico de Hipertensão  
Arterial

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

UNIDADE DE PONTE DE LIMA



PONTE DE LIMA, 2010



RITA CATARINA ALVES GOMES

Mudança dos Hábitos de Vida das Pessoas com Diagnóstico de Hipertensão  
Arterial

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

UNIDADE DE PONTE DE LIMA



PONTE DE LIMA, 2010

RITA CATARINA ALVES GOMES

Mudança dos Hábitos de Vida das Pessoas com Diagnóstico de Hipertensão  
Arterial

Atesto a originalidade do trabalho,

---

**(Rita Gomes)**

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa

como parte integrante dos requisitos para obtenção do

grau de Licenciatura em Enfermagem.

## SUMÁRIO

A Hipertensão Arterial é a principal causa de morbidade e mortalidade em Portugal, apresentando assim um grave problema de saúde pública, podendo deixar sequelas irreversíveis no indivíduo se não for detectada e tratada atempadamente. Uma vez diagnosticada a HTA (Hipertensão Arterial), o passo seguinte deve ser o seu tratamento e controlo, para que as suas consequências sejam reduzidas, e assim aumentar a qualidade de vida. No tratamento, é sempre importante a adopção de hábitos de vida saudáveis, função que passa, na sua maioria, pela intervenção de enfermagem. Estas constatações justificam a pertinência do presente trabalho monográfico sobre as Mudanças dos Hábitos de Vida nas Pessoas com Diagnóstico de Hipertensão Arterial.

Tendo em conta a problemática em questão, optou-se por um estudo do tipo quantitativo descritivo simples. Utilizou-se o processo de amostragem não probabilística por redes (ou bola de neve). Como método e instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário de aplicação directa. Este estudo foi realizado a uma amostra seleccionada de 38 pessoas com diagnóstico de HTA, residentes no concelho de Monção. Os dados foram tratados estatisticamente através do programa Microsoft Excel.

Pode verificar com os resultados do estudo que a maioria das pessoas com diagnóstico de HTA são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 69 anos e os 77 anos, com escolaridade baixa, casados, com um IMC  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (obesos), na sua maioria reformados e domésticas, tendo-lhe sido diagnosticada HTA nos intervalos de idade entre os 45 anos e os 54 anos e os 65 anos e ao 74 anos, referem utilizar medidas como medicação, redução da ingestão de sal e gorduras no controlo da HTA e avaliar a tensão arterial (TA) uma vez por mês na consulta médica ou em casa. Relativamente à alimentação referem utilizar os produtos naturais e o sal para temperar e para confeccionar os grelhados e os cozidos. Os enlatados a maioria refere não utilizar, enquanto que referem utilizar os fumados e as conservas uma a duas vezes por mês. As gorduras, a sua maioria refere não utilizar óleo de soja/girassol, manteiga, margarina e banha de porco, preferindo o azeite. A sopa, verduras, peixe e fruta referem utilizar várias vezes na semana. A sua maioria refere não consumir álcool, café, nem fumar. Quanto à prática de actividade física metade da amostra pratica actividade física moderada. Assim, predominantemente consideram que essas mudanças nos hábitos de vida contribuíram de forma positiva para o controlo da HTA.

## SUMMARY

Hypertension is the leading cause of morbidity and mortality in Portugal, presenting a serious public health problem. It can leave irreversible consequences on the individual if not detected and treated in time. Once diagnosed with hypertension, the next step should be treatment and control, so that its effects are reduced, and thus increase the quality of life. For the treatment, it is always important to adopt health lifestyle habits which mostly involve nursing intervention. This justifies the relevance monograph on the changes of lifestyle in people with a hypertension diagnosis.

Having this matter into consideration, we chose a quantitative, descriptive and simple study. We have used non-probability sampling procedure for networks (or snowball). It was used a questionnaire of direct application as method and data collecting. This study was conducted with a sample of 38 people with hypertension diagnosis, living in the municipality of Monção. The data was statistically processed by Microsoft Excel program.

With the results of this study one can see that most hypertensive are female, aged between 69 and 77, with low education, married, BMI 30 kg/m<sup>2</sup> (obese), mostly retired and housewives, being diagnosed with hypertension between 45 and 54 years old and 65 to 74. They have mentioned the use the measures such as medication, reducing salt and fat intake in the control of hypertension and evaluate blood pressure once a month in medical consultation or at home. Concerning food, they say they use natural products and salt to seasoning grilled and boiled food. Most of them state they not use canned food but refer they use smoked food and canned fish once or twice a month. The majority don't use soybean oil/sunflower oil, butter, margarine and lard, preferring olive oil. They have soup, vegetables, fish and fruit several times a week. The majority says not drink alcohol, coffee or smoking. Concerning exercise, half do some moderate sport. This way, they consider that those changes in lifestyle have contributed in a very positive way to control blood pressure.

*Àqueles que me ofereceram a vida para poder  
descobrir a motivação:*

*Aos Meus Pais*

*Àquele que me oferece a motivação  
para poder viver:*

*Ao Meu Namorado*

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração do presente trabalho, não seria possível sem eles:

Ao meu pai, que apesar de não estar entre nós, sempre me motivou a lutar por os meus objectivos. Onde quer que estejas, obrigada papá.

À minha mãe, que a cada dia acompanhou a minha luta e sempre me apoiou, não me deixando desistir e dando-me motivação para continuar. Muito obrigada Mama.

Ao meu namorado, Xavier, que esteve sempre presente em todos os momentos para me dar amor, carinho e muita força para seguir em frente. Que sempre me fez sentir especial na realização deste trabalho. Obrigado amor.

Aos meus tios, João e Helena, que sempre foram pessoas fantásticas comigo ajudando-me e motivando-me no meu trabalho. Obrigada Tios.

A Enfermeira Ana Serra, minha orientadora, que foi uma pessoa extraordinária comigo, agradeço a sua colaboração na conquista de mais uma etapa da minha vida, que com experiência e paciência me auxiliou a encontrar a resposta para perguntas indeterminadas. Muito Obrigada!

Às minhas amigas e amigos, que me acompanharam e me deram força para atingir o ponto final da primeira etapa da minha vida. Obrigada Amigos.

À minha amiga Cátia, o meu muito obrigada pela sua paciência, carinho e amizade demonstrada nesta fase da minha vida, sem a tua ajuda nada seria possível. Obrigada Cátia.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**DI** – Doença Isquémica

**HTA** – Hipertensão Arterial

**IECA** – Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**Kcal** – Quilo caloria

**Kg** – Quilograma

**m** - Metros

**ml** – Mililitros

**mmHg** – Milímetros de Mercúrio

**p.** – Página

**pp.** – Páginas

**TA** – Tensão Arterial

# ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>PARTE I – FASE CONCEPTUAL</b>	21
<b>CAPITULO I – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO</b>	22
1. Justificação e Delimitação do tema	23
2. Pergunta de partida	25
3. Questões de Investigação	25
4. Objectivos do estudo	26
5. Definição de Variáveis	27
<b>CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	28
<b>1. Hipertensão arterial</b>	28
1.1. Fisiopatologia da HTA	30
1.2. Causas da HTA	31
1.3. Manifestações da HTA	32
1.4. Diagnóstico da HTA	32
1.5. Tratamento da HTA	34
<b>2. Influencia dos hábitos de vida na Hipertensão Arterial</b>	35
2.1. Principais factores influenciadores no controlo HTA	36
2.1.1. A alimentação na HTA	37
2.1.2. A ingestão de álcool na HTA	39
2.1.3. A ingestão de cafeína na HTA	39
2.1.4. A actividade física na HTA	40
2.1.5. O tabagismo na HTA	40
2.1.6. O stress na HTA	41

2.1.7. A obesidade na HTA	42
<b>3. Cuidados de enfermagem no controlo da HTA</b>	<b>43</b>
3.1. O papel do enfermeiro na mudança de hábitos de vida	43
<b>PARTE II – FASE METODOLÓGICA</b>	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO I – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>46</b>
1. Tipo de estudo	46
2. População	46
3. Processo de Amostragem	47
4. Amostra	47
5. Método e instrumento de colheita de dados	48
6. Pré – Teste	50
7. Considerações éticas	50
<b>PARTE III – FASE EMPÍRICA</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO I – DA APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS À</b>	
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>53</b>
<b>1. Apresentação e análise dos dados</b>	<b>53</b>
1.1. Caracterização da amostra	54
1.2. Avaliação da mudança dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA	62
<b>2. Discussão dos resultados</b>	<b>74</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I – Questionário	
Anexo II – Teste Orientação – Memória – Concentração de seis itens	
Anexo III – Consentimento Informado	
Anexo IV – Cronograma	

## ÍNDICE DE TABELAS

	Página
<b>Tabela n.º 1:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao sexo	56
<b>Tabela n.º 2:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade	56
<b>Tabela n.º 3:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao grau de escolaridade	57
<b>Tabela n.º 4:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao estado civil	58
<b>Tabela n.º 5:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao peso	58
<b>Tabela n.º 6:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à altura	59
<b>Tabela n.º 7:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à profissão	59
<b>Tabela n.º 8:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade com que foi diagnosticada a HTA	60
<b>Tabela n.º 9:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente às medidas utilizadas no controlo da HTA	60
<b>Tabela n.º 10:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de medidas utilizadas no controlo da HTA	61
<b>Tabela n.º 11:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à periodicidade de avaliação da TA	62
<b>Tabela n.º 12:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao local de avaliação da TA	62
<b>Tabela n.º 13:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente número de locais de avaliação da TA	63
<b>Tabela n.º 14:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à alteração dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA	63

<b>Tabela n.º 15:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente às principais mudanças efectuadas após o diagnóstico de HTA	64
<b>Tabela n.º16:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de mudanças efectuadas após o diagnóstico de HTA	65
<b>Tabela n.º 17:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente aos produtos utilizados no tempero dos alimentos	66
<b>Tabela n.º18:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de produtos utilizados no tempero dos alimentos	66
<b>Tabela n.º 19:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à confecção utilizada para preparar os cozinhados	67
<b>Tabela n.º20:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de confecções utilizadas para preparar os cozinhados	67
<b>Tabela n.º 21:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente a à periodicidade da utilização dos produtos enlatados, conservas e fumados nas refeições	68
<b>Tabela n.º 22:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à periodicidade no consumo de gorduras	69
<b>Tabela n.º 23:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo semanal de sopa, peixe, verduras e fruta	70
<b>Tabela n.º 24:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo, médio, diário de sal	71
<b>Tabela n.º 25:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo diário de bebidas alcoólicas	72
<b>Tabela n.º 26:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo diário de água	72

<b>Tabela n.º 27:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo diário de café	73
<b>Tabela n.º 28:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente a ser fumador	73
<b>Tabela n.º 29:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à prática de actividade física	74
<b>Tabela n.º 30:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao tipo de actividade física	74
<b>Tabela n.º 31:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao motivo da não prática de actividade física	75
<b>Tabela n.º 32:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à opinião dada acerca da mudança dos hábitos de vida no controlo da HTA	75
<b>Tabela n.º 33:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à justificação dada acerca da mudança dos hábitos de vida no controlo da HTA	76

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
<b>Gráfico n.º 1:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao sexo	56
<b>Gráfico n.º 2:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade	56
<b>Gráfico n.º 3:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao grau de escolaridade	57
<b>Gráfico n.º 4:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao estado civil	58
<b>Gráfico n.º 5:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao peso	58
<b>Gráfico n.º 6:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à altura	59
<b>Gráfico n.º 7:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à profissão	59
<b>Gráfico n.º 8:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade com que foi diagnosticada a HTA	60
<b>Gráfico n.º9:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de medidas utilizadas no controlo da HTA	61
<b>Gráfico n.º 10:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à periodicidade da avaliação da TA	62
<b>Gráfico n.º 11:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao local de avaliação da TA	62
<b>Gráfico n.º12:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente número de locais de avaliação da TA	63
<b>Gráfico n.º13:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à alteração dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA	63
<b>Gráfico n.º 14:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de mudanças efectuadas após o diagnóstico de HTA	65

<b>Gráfico n.º 15:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente aos produtos utilizados no tempero dos alimentos	66
<b>Gráfico n.º16:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de produtos utilizados no tempero dos alimentos	66
<b>Gráfico n.º 17:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à confecção utilizada para preparar os cozinhados	67
<b>Gráfico n.º18:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de confecções utilizadas para preparar os cozinhados	67
<b>Gráfico n.º 19:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo, médio, diário de sal	71
<b>Gráfico n.º 20:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo diário de água	72
<b>Gráfico n.º 21:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo diário de café	73
<b>Gráfico n.º 22:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente a ser fumador	73
<b>Gráfico n.º 23:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à prática de actividade física	74
<b>Gráfico n.º 24:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao tipo de actividade física	74
<b>Gráfico n.º 25:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente ao motivo da não prática de actividade física	75
<b>Gráfico n.º 26:</b> Distribuição dos dados da amostra relativamente à opinião dada acerca da mudança dos hábitos de vida no controlo da HTA	75

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos, a HTA tem sido apresentada como o principal factor de risco das doenças cardiovasculares, convertendo-se assim num problema de saúde pública.

A HTA é um factor desencadeante de patologias como o AVC (Acidente Vascular Cerebral) e a DI (Doença Isquémica). O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2003) estima que estas doenças são a principal causa de morte em Portugal, sendo que cerca de 52% dos óbitos devem-se a doenças cerebrovasculares e 22% a DI.

Segundo Pierin (2004, p. 12) deverá ocorrer uma diminuição de 5 mmHg nos níveis médios da TA sistólica para ocorrer uma diminuição, em cerca de 20%, da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Actualmente, verifica-se uma maior preocupação, por parte dos profissionais de saúde, no sentido de não só dirigir os seus cuidados à pessoa portadora de determinada patologia, mas também àquela que apresenta um risco elevado de vir a desenvolvê-la, visualizando-a como um ser holístico, prevenindo o aparecimento de outras doenças que se encontram intimamente ligadas com a HTA.

Desta forma, o tratamento inclui a modificação dos hábitos de vida, essencialmente, no que diz respeito à alimentação, ingestão de álcool, café, tabaco e prática de actividade física, bem como medidas farmacológicas.

Existindo assim um problema de saúde pública grave, e tendo em conta as suas complicações futuras, a intervenção que o enfermeiro realiza é essencial, referindo-se, principalmente, à actuação a nível dos hábitos de vida saudáveis e a gestão do regime terapêutico, visando a qualidade de vida da população.

Segundo dados da Fundação Portuguesa de Cardiologia, em Portugal existem cerca de dois milhões de hipertensos, porém apenas 50% deles sabe que é portador desta patologia, situação que se agrava ainda mais, pelo que, segundo a mesma fonte, apenas 25% está medicado e 11% está com a TA controlada.

Tendo em conta a problemática da HTA nos dias de hoje e o seu impacto na sociedade, enquanto aluna da Licenciatura em Enfermagem, perante experiências resultantes de Ensinos Clínicos, essencialmente a nível dos cuidados de saúde primários, e por presenciar junto de familiares situações de HTA em que a mudança de hábitos de vida se torna complicada, surge a motivação para realização do trabalho de investigação nesta área, tendo o presente trabalho o seguinte tema: “ Mudança dos Hábitos de Vida das Pessoas com Diagnóstico de Hipertensão Arterial”.

Assim, este estudo apresenta como objectivo geral conhecer as mudanças nos hábitos de vida das pessoas com diagnóstico de HTA. Como objectivos específicos surgem: Conhecer a influência dos factores idade, sexo, estado civil, profissão, peso e altura no diagnóstico de HTA; Averiguar qual a periodicidade, que as pessoas com diagnóstico de HTA, tem no controlo da mesma; Identificar quais as mudanças nos hábitos de vida das pessoas a quem foi diagnosticada HTA; Identificar quais as principais falhas/erros na alimentação das pessoas com diagnóstico de HTA; Conhecer a influência dos factores como o consumo de álcool, café, tabagismo e actividade física no controlo da HTA.

Tendo por base a problemática optou-se por um estudo do tipo quantitativo descritivo simples. Este foi dirigido a 38 pessoas com diagnóstico de HTA residentes no Concelho de Monção, seleccionadas através de um processo de amostragem não probabilística por redes. Para isso foi utilizado um questionário de aplicação directa, composto por perguntas fechadas e abertas, de forma a fornecer as informações requeridas pela pergunta de partida. Uma vez que o questionário foi elaborado pelo investigador, foi realizado um pré – teste para testar a sua validade, precisão e organização. Posteriormente, foi efectuada a análise estatística através do programa Microsoft Excel, apresentando os resultados sob a forma de gráficos e tabelas, por ser de fácil consulta e rápida visualização.

Em termos estruturais este trabalho está organizado em três partes essenciais, a primeira parte denomina-se de enquadramento conceptual, estando esta, por sua vez, dividida em dois capítulos, onde consta, num primeiro capítulo, a problemática em estudo e num segundo capítulo o enquadramento teórico.

A segunda parte denomina-se de fase metodológica, onde se aborda a metodologia de investigação, em que são apresentados a população e amostra do estudo, os instrumentos de colheita de dados, o pré teste e as considerações éticas.

A terceira, e última parte, denomina-se de fase empírica, onde se apresentam os dados da amostra e as respectivas características, bem como a análise e discussão dos mesmos.

Por fim, consta a conclusão dos aspectos relevantes do estudo e como parte integrante deste documento consta ainda a bibliografia e os anexos.

Com a realização deste trabalho monográfico espera-se, que o mesmo contribua para a identificação das principais necessidades do hipertenso a nível dos hábitos de vida, para que os cuidados de enfermagem sejam adequados a essas mesmas necessidades. A intervenção passa pela gestão do regime terapêutico, pelo qual os enfermeiros são responsáveis, de modo a facilitar o diagnóstico, a planear o tratamento e a controlar o controlo da HTA.

Ao longo deste trabalho, foram sentidas algumas dificuldades, principalmente no que concerne à inexperiência da investigadora e na obtenção dos dados junto da população residente em diversas freguesias.

Conforme se verifica pelos resultados obtidos do estudo, a maioria dos hipertensos são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 69 anos e os 77 anos, com escolaridade baixa, casados, com um IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (obesos), na sua maioria reformados e domésticas, tendo-lhe sido diagnosticada HTA nos intervalos de idade entre os 45 anos e os 54 anos e os 65 anos e ao 74 anos, referem utilizar medidas como medicação, redução da ingestão de sal e gorduras no controlo da HTA e avaliar a TA uma vez por mês na consulta médica ou em casa. Relativamente à alimentação referem utilizar os produtos naturais e o sal para temperar e para confeccionar, os grelhados e os cozidos. Os enlatados a maioria refere não utilizar, enquanto que referem utilizar os fumados e as conservas uma a duas vezes por mês. As gorduras, a sua maioria refere não utilizar óleo de soja/girassol, manteiga, margarina e banha de porco, preferindo o azeite. A sopa, verduras, peixe e fruta referem utilizar várias vezes na semana. A sua maioria refere não consumir álcool, café,

nem fumar. Quanto à prática de actividade física metade da amostra pratica actividade física moderada. Assim, predominantemente consideram que essas mudanças nos hábitos de vida contribuíram de forma positiva para o controlo da HTA. No entanto e de acordo com todos os resultados obtidos verifica-se que se por um lado eles assumem ter preocupação na modificação de hábitos de vida por outro conclui-se que alguns dos comportamentos utilizados não são de todo os mais correctos no sentido de controlar a HTA ou de prevenir possíveis complicações.

**PARTE I – FASE CONCEPTUAL**

## **CAPITULO I – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO**

Nesta etapa é crucial, antes de mais, definir o que se entende por investigação científica para depois a contextualizar na enfermagem.

Para Polit et al. (2004, p. 20) a finalidade da pesquisa é “ (...) desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos”.

Pode-se afirmar que a investigação é o método de aquisição de conhecimentos que se baseia em descrever, explicar e analisar acontecimentos, permitindo dar resposta a questões precisas (Fortin, 2009, p. 4).

Em qualquer processo de investigação a fase conceptual tem como objectivo a definição e delimitação de um problema que irá ser estudado, a pesquisa bibliográfica, assim como o desenvolvimento de toda a componente teórica (Polit et al., 2004, p. 52), para assim tentar alcançar uma compreensão clara e organizada do objecto de estudo.

Qualquer estudo de investigação começa com um problema que o investigador gostaria ver como resolvido, ou como uma questão que ele próprio desejaria responder. Qualquer problemática envolve uma situação ambígua, inquietante ou perturbadora para o mesmo com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a sua solução (Polit et al., 2004, p. 104).

Seaman, *cit. in* Fortin, (2009, p. 5), afirma que a investigação científica se trata de um processo sistemático que permite a recolha de dados empíricos, de forma a poder descrevê-los e explicá-los.

Cada vez mais se espera que a enfermagem seja sustentada em pesquisa, ou seja, na evidência, procurando fundamentar as suas opiniões, decisões, acções e interacções baseadas em factos reais e actualizados (Polit et al., 2004, p. 20).

Assim surgiu o presente trabalho monográfico, com a finalidade de aprofundar conhecimentos e com a convicção que o seu contributo será enriquecedor enquanto futura profissional de enfermagem, pelo que a investigação estimula ao conhecimento da ciência

e humano e da profissão. Desta forma, mostrou-se pertinente abordar o seguinte tema, “Mudança dos Hábitos de Vida das Pessoas com Diagnóstico de Hipertensão Arterial”, pois além de ser um tema actual com grande incidência a nível da saúde da população, é também produtivo a nível de conhecimentos e adopção de boas práticas para que no futuro se possa transmitir esse conhecimento às pessoas com diagnóstico de HTA, pois segundo a DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG),

A detecção precoce da HTA, particularmente nos indivíduos com risco cardiovascular acrescido, na correcta orientação terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a prossecução dos objectivos de controlo tensional ao longo dos anos (...).

No decorrer desta fase apresentar-se-á a justificação e delimitação do tema, a pergunta de partida, as questões de investigação, os objectivos e a revisão bibliográfica.

## **1. Justificação e Delimitação do Tema**

O ponto de partida para qualquer estudo que se pretenda realizar é a definição da temática a estudar, sendo um domínio delimitado do saber, no interior do qual será formulado um problema de investigação (Fortin, 2009, p. 66).

Antes de se iniciar um estudo é importante verificar que o tema escolhido para ser explorado apresenta a relativa importância, ou seja, este trata-se de um tema que causa alguma preocupação actual, podendo contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e para a prática profissional (Fortin, 2009, p. 80).

Segundo Pierin (2004, p. xvii), “ estudos tem evidenciado os altos índices de abandono e controlo inadequado dos níveis tencionais sustentados pela pouca ou inexistente adesão ao tratamento”.

Mallette (2006, p.7), refere que “ (...) a Organização Mundial de Saúde revela que cerca de 600 milhões de indivíduos sofrem de hipertensão (...)”. Desta forma pode dizer-se que a cada dia que passa os elevados valores de HTA se propagam a nível da população.

Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) dizem que esta evolução se deve necessariamente à alteração dos hábitos alimentares, da prática de actividade física e do consumo de álcool que a cada dia se verifica devido à crescente industrialização mundial. (Mallette, 2006, p. 33). Pode assim aferir-se, que a mudança dos hábitos de vida referidos anteriormente será determinante para o controlo da HTA, logo emergiu o interesse em saber se as pessoas com diagnóstico de HTA alteram os seus hábitos de vida após o diagnóstico da mesma.

Como futura profissional de saúde a escolha do tema foi decisivo, baseando-se em determinados factores, quer de ordem pessoal, quer de ordem académica. A nível pessoal surgiu o interesse por este tema, pela existência de pessoas próximas, nomeadamente familiares aos quais lhe foi diagnosticado HTA e os mesmos sentem dificuldades em alterar os seus hábitos de vida, de forma a adequá-los à patologia em questão. A nível académico o interesse pelo tema, deve-se à realização de um Ensino Clínico a nível dos Cuidados de Saúde Primários, nos quais são efectuadas consultas de enfermagem para controlo periódico dos hipertensos, sendo estes um número elevado e pelo qual se manifesta alguma falta de conhecimentos relativos à patologia dos quais não reconhecem a sua gravidade, alterando apenas alguns dos hábitos de vida, mas mantendo outros sem manifestar qualquer preocupação.

Para Lakatos et al. (2007, p. 29) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação. Podendo esta ser limitada em relação ao assunto, seleccionando um tópico, a fim de impedir que se torne ou mais extenso ou muito complexo; quanto à extensão, porque nem sempre se pode abranger todo o âmbito no qual o facto se desenrola; e por fim relativamente a uma série de factores, tais como, meios humanos, económicos e de exiguidade de prazo – que podem restringir o seu campo de acção. Mas no entanto, nem sempre é necessária a delimitação, uma vez que o próprio assunto e seus objectivos podem estabelecer os limites.

Neste sentido, este estudo irá incidir em pessoas com diagnóstico de HTA e em factores que interferem no controlo da mesma.

## 2. Pergunta de Partida

Após uma longa e aprofundada análise bibliográfica, surge a necessidade de se estabelecer a pergunta de partida do presente estudo. Para Quivy et al. (2008, p.44) “a melhor forma de começar um trabalho de investigação (...) consiste em esforçar-se por enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida”.

A finalidade da pergunta de partida, é então, expressar o que o investigador pretende atingir, servindo como “fio condutor” da investigação.

Também para Fortin (2009, p. 72),

A formulação da questão constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar.

Para se conseguir traduzir um projecto de investigação sob a forma de uma pergunta de partida só será útil se essa pergunta for correctamente formulada. Uma boa pergunta de partida deve conter um conjunto de qualidades requeridas de forma a poder ser tratada, isto significa que se deve poder trabalhar eficazmente a partir dela e deve ser possível fornecer elementos para lhe responder. Estas qualidades têm de ser pormenorizadas: a qualidade de clareza de exequibilidade e pertinência (Quivy et al., 2008, p. 44).

Assim para o presente estudo emergiu a seguinte pergunta de partida: **“As pessoas com HTA, após o seu diagnóstico, modificam os seus hábitos de vida?”**

## 3. Questões de Investigação

As questões de investigação são, em algumas situações, a reformulação directa das declarações da finalidade do estudo, estas são elaboradas interrogativamente. As questões devem ser simples e directas de forma a proporcionar uma resposta rápida e ajudar a focar a atenção nos tipos de dados necessários para proporcioná-la. (Polit et al., 2004, p.109)

Para o presente estudo, foram colocadas questões de investigação inerentes à pergunta de partida e para as quais se ambiciona obter resposta, que são:

- Qual a influência dos factores idade, sexo, estado civil, profissão, peso e altura no diagnóstico de HTA?
- Qual a periodicidade, que as pessoas com diagnóstico de HTA, tem no controlo da mesma?
- Quais as mudanças nos hábitos de vida das pessoas a quem foi diagnosticada HTA?
- Quais as principais falhas/erros na alimentação das pessoas com diagnóstico de HTA?
- Qual a influência do consumo de álcool, café, tabagismo e actividade física no controlo da HTA?

#### **4. Objectivos de Investigação**

Após a justificação e delimitação do tema, bem como a definição da pergunta de partida, é necessário formular um conjunto de objectivos que confrontem o trabalho, e que conferem a este um valor, interesse e pertinência. “O objectivo torna explícito o problema, aumentando conhecimentos sobre determinado assunto” (Lakatos et al, 2007, p.24).

O presente trabalho é constituído por um objectivo geral e cinco objectivos específicos. Assim, o objectivo geral deste estudo é:

- Conhecer as mudanças nos hábitos de vida das pessoas com diagnóstico de HTA.

Enquanto que, os objectivos específicos do estudo, são os seguintes:

- Conhecer a influência dos factores idade, sexo, estado civil, profissão, peso e altura no diagnóstico de HTA;
- Averiguar qual a periodicidade, que as pessoas com diagnóstico de HTA, tem no controlo da mesma; Identificar quais as mudanças nos hábitos de vida das pessoas a quem foi diagnosticada HTA;

- Identificar quais as principais falhas/erros na alimentação das pessoas com diagnóstico de HTA;
- Conhecer a influência dos factores como o consumo de álcool, café, tabagismo e actividade física no controlo da HTA.

Desta forma, e para uma compreensão mais profunda da problemática abordada, houve necessidade de recorrer a uma pesquisa intensa, de diversos autores no intuito de se realizar a revisão literária referente ao objecto de estudo constituindo assim a estrutura teórica da investigação. Para a concretização deste ponto foi necessário explorar teorias e reflectir sobre elas (Quivy et al., 2008, p.69).

## **5. Definição de variáveis**

Tendo em conta o tipo de estudo em questão optou-se por fazer referência apenas às variáveis atributo.

Na opinião de Fortin (2009, p. 171), as variáveis são definidas como “ (...) unidades de base da investigação. (...) são qualidades, propriedades ou características de pessoas (...)”.

As variáveis presentes num estudo são classificadas segundo papel que desempenham na investigação, sendo assim, para este estudo foram definidas variáveis de atributo, estas tratam-se de características que os indivíduos presentes no estudo apresentam numa fase anterior (Fortin, 2009, p.172).

Na presente investigação são variáveis de atributo a idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão, peso e altura.

As variáveis estranhas podem ter efeitos inesperados e modificar os resultados de uma investigação. Estão presentes em todos os estudos e podem influenciar a investigação (Fortin, 2009, p.172).

Ao longo do estudo não foram encontradas variáveis estranhas, uma vez que foram estabelecidos critérios de inclusão.

## **CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Após uma longa pesquisa, colheita e selecção da informação útil e adequada para a investigação, procedeu-se à elaboração do enquadramento teórico.

Neste, são apresentados conceitos importantes para a compreensão desta problemática e também sobre as várias perspectivas dos autores analisados, com o objectivo de construir um suporte teórico para o desenvolvimento deste trabalho, pois segundo Fortin (2009, p. 122), nesta fase é efectuada “ (...) uma breve explicação das relações entre os conceitos – chave de um estudo”.

A revisão da literatura permite a actualização de conhecimentos a ser desenvolvidos nesta fase, pelo que é necessário a pesquisa bibliográfica de documentos e trabalhos que comportem os conceitos abordados no presente estudo, indo de em conta ao tema e à pergunta de partida (Fortin, 2009, pp. 86-87).

### **1. Hipertensão Arterial**

A TA é um valor irregular, pois varia de acordo com as necessidades momentâneas e fisiológicas do organismo, sendo influenciada pela actividade diária de cada indivíduo. (Pierin, 2004)

A regulação da TA é efectuada através de mecanismos complexos que dependem do sistema nervoso autónomo e de algumas hormonas. Estes mecanismos de regulação actuam quer na dimensão dos vasos como também na quantidade de líquido em circulação.

A HTA refere-se a uma força maior que o habitual, exercida pelo fluxo sanguíneo, no interior das artérias por onde este circula. A TA é maior que o habitual, quando não está

adaptada ao sistema cardiovascular, colocando em risco as artérias e os órgãos vitais. (Borges e Silva, 2008, p.29)

Lipp e Rocha (*cit. in* Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 2000), dizem que,

A HTA é uma condição clínica de natureza multifactorial caracterizada por níveis de tensão arterial elevados e continuados no tempo. (...) aumenta o risco de danos nos chamados órgãos – alvo (...) com um conseqüente risco cardiovascular.

Assim, a HTA é a força exercida pelo sangue circulante nas paredes dos vasos do coração e da circulação sistémica e pulmonar, em que há bombeamento do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal (CIPE, 2005, p. 22).

Uma vez que os hipertensos não apresentam todos os mesmos valores, a hipertensão arterial encontra-se subdividida em diversos estádios, como se verifica na tabela seguinte:

<b>Categoria</b>	<b>Tensão Arterial Sistólica TAS mmHg</b>		<b>Tensão Arterial Diastólica TAD mmHg</b>
<b>Normal</b>	120 – 129	e	80 – 84
<b>Normal alto</b>	130 – 139	ou	85 – 89
<b>Hipertensão Estádio 1</b>	140 – 159	ou	90 – 99
<b>Hipertensão Estádio 2</b>	> = 160	ou	> = 100

Quadro A – Definição e classificação da hipertensão arterial (Fonte: Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa, 2004, n.º2 /DGCG)

Segundo Carrageta (2006), a HTA é o problema de saúde pública mais importante em Portugal, pois esta é responsável por um elevado número de complicações cardiovasculares, sendo a principal causa de morte em Portugal.

No entanto, para compreender a variação dos valores tensionais é necessário compreender a forma como a HTA se desenvolve, ou seja, a sua fisiopatologia.

### **1.1. Fisiopatologia da HTA**

Quando se fala em TA refere-se ao “ (...) débito cardíaco multiplicado pela resistência encontrada no interior do sistema circulatório (...)” (Malette, 2006, p.13).

Porém, para que possa haver circulação o coração desempenha um papel de extrema importância na colaboração da distribuição do sangue por todo o corpo, bombeando o mesmo através do sistema arterial, excepto na circulação pulmonar, e efectuando a sua recolha através do sistema venoso, permitindo a oxigenação das células. Desta forma, segundo Mallette (2006, p.13), a TA é avaliada quando,

(...) o coração exerce a sua força máxima de contracção (sístole) e lança o sangue nos vasos por todo o corpo.  
(...) a pressão exercida nas artérias entre dois batimentos do coração, aquando da fase de relaxamento e dilatação do coração (diástole).

Existem, contudo, várias causas que alteram a pressão que o sangue exerce na parede das artérias, sendo essa pressão elevada, desencadeando, assim, a HTA (Carrageta, 2006).

A HTA, devido às forças extremas que executa nos vasos sanguíneos, acelera o processo de arteriosclerose e endurecimento das artérias. Uma vez que a TA se mantém persistentemente alta, a camada muscular das paredes das artérias torna-se gradualmente rígida e espessa, perdendo gradualmente a sua elasticidade, levando as paredes a tornarem-se mais estreitas e rígidas, acumulando assim gorduras que se encontram em excesso. Por sua vez, todo este processo de acumulação de gordura, aumento de espessura e rigidez leva a que o sangue tenha que passar num espaço mais estreito, levando ao aumento da pressão e em consequência, ao agravamento da HTA.

## 1.2. Causas da HTA

Como a TA depende de equilíbrio entre os mecanismos reguladores, faz com que as causas da HTA sejam variadas, desta forma, no que diz respeito á causa, Carrageta (2006), classifica a mesma em hipertensão “essencial ou primária e secundária”.

A HTA essencial surge “quando a HTA não tem causa aparente” (Pires, 2003, p. 34).

Segundo Carrageta (2006) neste tipo de HTA não é possível identificar o que levou a desenvolvê-la. Na maioria das vezes surge devido a factores hereditários e a erros nos estilos de vida, no entanto, é possível identificar alguns indivíduos que apresentam causas curáveis, são eles os resistentes à terapêutica, jovens hipertensos e os casos mais graves.

Desta forma, estamos perante HTA essencial ou primária quando não existem condições para explicar a causa da elevação da TA, ocorrendo esta com maior frequência, visto estar associada a estilos de vida inadequados, sendo estes factores de risco para o seu aparecimento, como é o caso do aumento de peso, ingestão excessiva de sal, álcool e café, entre outras (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2010).

Um nível socioeconómico mais baixo está associado a uma maior prevalência de HTA e de factores de risco para aumento da TA, além de um maior risco de lesão nos órgãos – alvo e ocorrências cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corporal aumentado, stress psicossocial, um difícil acesso aos cuidados de saúde e a nível educacional são possíveis factores associados.

No que diz respeito à HTA secundária, esta verifica-se quando a causa da mesma é verificável (Carrageta, 2006).

O Ministério da Saúde (2006), afirma que na maioria dos casos não existe causa conhecida na HTA, porém algumas das vezes é possível encontrar uma patologia associada, tal como, a doença renal crónica, o hiperaldosteronismo primário, terapêutica esteróide, doença da tiróide, entre outras.

### **1.3. Manifestações da HTA**

Geralmente conhecida como a “assassina silenciosa”, a HTA, numa fase inicial, pode não causar qualquer sintoma, até que haja lesões no coração (Merck Sharp & Dohme, 2001).

Até hoje não se identificou nenhum sintoma claro que indique a presença de HTA. Porém, alguns sintomas podem manifestar-se, não estando directamente relacionado com a patologia, mas que requerem especial atenção (Mallette, 2006, p. 21).

Como refere o Ministério da Saúde (2006) na maioria das vezes a HTA não apresenta quaisquer sintomas, excepto valores de TA superiores ao normal, detectados através da sua medição.

Porém, segundo a mesma fonte, a HTA pode manifestar-se através de “ (...) cefaleias, tonturas ou um mal-estar vago e difuso (...)” posteriormente pode levar a “ (...) lesões dos vasos sanguíneos e dos órgãos vitais (...)”.

### **1.4. Diagnóstico da HTA**

Como refere a DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG) a detecção atempada da HTA, com introdução de medidas farmacológicas e não farmacológicas, especialmente naquelas pessoas que já apresentam riscos cardiovasculares, é uma prioridade a nível dos cuidados de saúde, procurando um controlo periódico da TA.

Para o tratamento ser efectuado atempadamente, de forma a evitar possíveis lesões maiores é necessário que o diagnóstico seja precoce (Carrageta, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o diagnóstico é efectuado

(...) através da medição da TA e pela verificação de que os seus níveis estão acima do limite normal. Contudo, um valor elevado isolado não é sinónimo de doença. Só é considerado hipertenso um indivíduo que tenha valores elevados em, pelo menos, três avaliações seriadas.

Uma vez que a TA varia de momento a momento, em resposta a diferentes actividades e emoções, é importantíssimo que o diagnóstico seja feito através de diversas medições e com espaço de tempo entre elas.

Para se considerar a existência de TA não se deve somente ter em conta os valores tensionais, mas também a existência de factores de risco, bem como lesões nos órgãos alvo. É fundamental ainda referir, que o diagnóstico é baseado numa correcta anamnese, exames físicos e complementares para se efectuar a confirmação da patologia. Assim, uma correcta avaliação inicial deve incluir de acordo com a DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG):

- Identificação dos factores de risco;
- Pesquisa de causas identificáveis de HTA;
- Avaliação de lesão dos órgãos alvo;
- Colheita de história clínica e realização de exame físico;
- Testes laboratoriais: urina tipo II, glicemia, hematócrito, perfil lipídico, potássio sérico, creatininemia, calcémia;
- Electrocardiograma

Outro factor a ter em conta para o diagnóstico de HTA é a HTA da bata branca. Ocorre em indivíduos não hipertensos, em que fora do ambiente hospitalar possuem valores de TA normal, mas na presença de um médico ou enfermeiro, reagem com ansiedade, provocando uma subida dos valores de pressão arterial, podendo erradamente ser diagnosticada HTA (Pierin, 2004, p. 50).

Para que não seja efectuado diagnóstico de HTA de forma errada deverão ser evitados os factores referidos anteriormente. É também fundamental, segundo a DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG):

- Sejam utilizados aparelhos aferidos;

- Seja utilizada uma braçadeira adequada, em que a bolsa insuflável ocupe pelo menos metade do braço;
- Ser avaliada com o indivíduo sentado, em ambiente homeotérmico e sem agressão por poluição sonora ou luminosa.

### **1.5. Tratamento da HTA**

A DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG), refere como principal objectivo do tratamento “ (...) obter a longo prazo a máxima redução da morbidade e mortalidade cardiovascular e renal”.

No tratamento da HTA poderão ser identificados dois tipos de tratamento, o farmacológico e o não farmacológico. De uma forma geral, o tratamento não farmacológico passa pela mudança dos hábitos de vida, essencialmente a nível da alimentação, da ingestão de álcool, café e tabaco, prática de exercício físico e o controlo de peso. O tratamento não farmacológico adiciona-se ao tratamento farmacológico, com introdução de fármacos adequados à situação patológica de cada doente (Carrageta, 2006).

Mallette (2006, p.99) refere que “ (...) podem ser adoptadas várias medidas não farmacológicas para diminuir e manter uma boa TA”. É importante que as pessoas com HTA antes de adoptarem medidas farmacológicas sejam informadas dos tipos de medidas não farmacológicas que podem ser tomadas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. Acrescenta o mesmo autor (2006, p. 99) que “Independentemente do que causa a hipertensão, é possível controla-la” e isto pode ser efectuado através “ (...) da adopção de uma modo de vida que favoreça um boa saúde”.

Como refere Brandão et al. (2006, p. 289) o tratamento não farmacológico “ (...) deve ser aplicado a qualquer tipo e estadio da HTA, de acordo, evidentemente com as particularidades do quadro clínico (...)”.

Porém, se após a adopção de hábitos de vida saudáveis e adequados à presença de HTA não se verifica uma descida dos valores tensionais, é necessário recorrer ao tratamento farmacológico. Contudo, estes não tratam a HTA, apenas fazem com que haja um controlo

da TA, sendo muitas vezes um tratamento mantido para toda a vida” (Ministério da Saúde, 2006).

Inicialmente, o tratamento começa com medicamentos considerados de doses mais baixas, que vão sendo aumentadas gradualmente até que sejam alcançados valores tensionais desejáveis (Malette, 2006, p. 69).

A principal finalidade do tratamento com os anti – hipertensores é reduzir a mortalidade e morbidade, quando a mudança dos hábitos de vida já não é suficiente. Os fármacos mais utilizados são os diuréticos, os betabloqueadores, os IECA (Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina) e os antagonistas do canal de cálcio. Quando a resposta a um fármaco não é suficiente, são feitas associações entre fármacos (Pierin, 2004, p. 94).

## **2. Influencia dos hábitos de vida na HTA**

Antes de iniciar, é fundamental definir hábitos de vida, pelo que para Gonçalves e Vilerta (2004, p.45) são:

(...) um conjunto de hábitos e comportamentos, aprendidos e adoptados durante toda a vida, capazes de influenciar as condições de bem – estar e o nível de integração pessoal com o meio familiar, ambiental e social.

Acrescenta o mesmo autor que estes são resultantes da capacidade que cada um tem para se adaptar a determinados factores que constrói e suas vivências.

A elevada prevalência da HTA em Portugal e o seu controlo insuficiente, faz com que seja um dos países com maior número de internamentos e mortes por doenças do foro cardiovascular.

Desta forma, é importante que o controlo sobre a TA seja reforçado, mas isto não é suficiente, pois existem outros factores de risco influenciadores na mortalidade e morbidade de igual importância, são eles a alimentação, tabagismo, abuso de álcool, sedentarismo, obesidade, abuso de café e stress excessivo (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2003).

A modificação dos hábitos de vida é um factor indispensável para as pessoas com diagnóstico de HTA, pelo que se estas medidas forem bem orientadas e mantidas, poderá ocorrer uma diminuição da tensão arterial de 5 a 20 mmHg e do risco cardiovascular (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG).

Segundo Carrageta (2006) o facto das pessoas adoptarem hábitos de vida saudáveis faz com que haja uma diminuição importante nos valores tensionais e que muitas das vezes se torna suficiente para o controlo da HTA. Para além disso, não há necessidade de recorrer a medidas farmacológicas

### **2.1.Principais factores influenciadores no controlo HTA**

São inúmeros os factores de risco que se podem associar à hipertensão arterial, sendo alguns inatos, como os genéticos e os hereditários e ainda adquiridos como é o caso do modo de vida e do meio ambiente.

Mallette (2004) refere que:

A tensão arterial apenas sobe se estiverem reunidos vários factores de risco. Nas pessoas geneticamente predispostas, basta um ou dois factores, como obesidade ou o stress, para agravar a HTA.

A adopção de hábitos de vida saudáveis faz com que os níveis de HTA tenham uma descida acentuada, tal como refere a DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG). As medidas incluem a redução do peso, a adopção de uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas, redução da ingestão de sal, prática de actividade física, o consumo moderado de álcool e a cessação do hábito de fumar.

Porém, cada vez mais vemos na nossa sociedade indivíduos a adoptarem hábitos de vida totalmente opostos aos referidos anteriormente, levando ao aumento lamentável de mortes por doenças cardiovasculares.

Para Brandão et al. (2006, p.27) os factores influenciadores ou de risco são características ou condições que aumentam as probabilidade de desenvolver HTA. São de seguida abordados os diferentes e mais comuns factores influenciadores.

Outros factores como a idade e sexo, apesar de serem factores incontroláveis, são também importantes na presença e diagnóstico da HTA

Malette (2006, p.56) considera que o facto de a HTA estar associada ao sexo varia com a idade, pelo que no jovem adulto a percentagem é mais elevada no homem, na idade adulta a percentagem é praticamente igual para os dois sexos, enquanto que a partir dos 64 anos a percentagem é superior nas mulheres, sendo cada vez mais evidente com o aumento da idade. Desta forma, a partir dos 75 anos cerca de 41% das mulheres são hipertensas.

A idade é considerada por Malette (2006, p. 47), como um factor incontrolável, e apesar ser um processo biológico, os riscos de desenvolver HTA aumentam com a idade, pelo que pessoas com mais de 50 anos apresentam maior susceptibilidade para a patologia.

Com a idade existem determinados factores fisiopatológicos que fazem degradar o organismo, fazendo com que este perca determinadas características, nomeadamente a diminuição de cálcio, colagénio e também de elastina, fazendo com que as artérias percam as suas capacidades de elasticidade, tornando-se rígidas, provocando maior resistência vascular periférica, desencadeando, assim, a HTA (Pierin, 2004, p. 224).

A DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG), refere que “cerca de 2/3 dos indivíduos com idade superior a 65 anos são hipertensos.”

### **2.1.1. A alimentação na HTA**

Sendo a alimentação um dos factores de risco para o aumento da TA, esta torna-se importante, quer para o aparecimento, quer para o agravamento da mesma. Para Pierin (2004, p. 139) “ (...) o processo de (re)educação alimentar, são indispensáveis para que se alcance um melhor resultado no controlo da TA (...)”.

Os métodos de confecção adequados e aconselhados, por serem considerados mais saudáveis são os cozidos, os estufados e os grelhados. Bem como uma dieta rica em produtos lácteos, fruta e legumes, devido ao seu alto teor em vitaminas, fibras e minerais (cálcio, magnésio e potássio) (Malette, 2006, p.102).

Nos dias de hoje, existem poucas dúvidas que o sal exerce um efeito directo na TA. Assim, a quantidade de sal que ingerimos em excesso por dia provoca o aumento da mesma, sendo o contrário também verdadeiro pois, quando existe restrição de sal, a TA baixa.

Segundo Brandão et al. (2006, p.28), a ingestão de sal tem um papel importante no desenvolvimento e na intensidade da HTA. O excesso de sal no organismo eleva a TA devido ao aumento da volémia e consequentemente aumento do débito cardíaco, pelo que se houver redução de 40 a 50 mmol de sal na dieta a TA pode baixar.

A OMS aconselha 6 gramas de sal diários, se esse valor se sobrepuser em 5 gramas os resultados podem ser desastrosos.

Também neste sentido, deve-se ter em atenção o uso de produtos enlatados, conservas, fumados, temperos prontos, caldos de carne, salgados, carnes e peixes secos, alimentos pré-cozinhados, margarinas e manteigas com e meio sal, uma vez que nelas estão incluídas grandes quantidades de sal (Pierin, 2004, p.154).

As carnes fumadas, como o bacon, presunto e os salpicões, as conservas, como as ervilhas, azeitonas e pickles e os enlatados são alimentos que deveriam ser retirados da dieta do hipertenso, pela sua alta concentração em sal (Malette, 2006, 127).

Segundo Borges e Silva (2008, p. 160) uma dieta equilibrada deve conter grandes quantidades de fruta, legumes e verduras, assim como se deve preferir o peixe e aves às carnes vermelhas.

As gorduras presentes nos alimentos são também influenciadoras no controlo da HTA, pois segundo Pierin (2004, p.150) aumentam o nível de colesterol e triglicéridos presentes no sangue, aumentando, assim, a HTA.

Acrescenta Pierin (2004, p. 161), que preferencialmente devem ser utilizados as gorduras vegetais, tais como, azeite e o óleo de girassol, evitando a manteiga e margarinas, bem como a gordura de ordem animal, como a banha de porco.

### **2.1.2. Ingestão de álcool na HTA**

A ingestão abusiva de álcool leva a um aumento da TA, quer em homens ou em mulheres, como refere Brandão et al. (2006, p. 30).

Quando é consumido, o álcool, difunde-se rapidamente por todo o organismo. Esta velocidade de absorção está intimamente ligada com a presença de alimentos, pois quando o estômago está vazio a absorção é mais rápida. Uma vez no interior do organismo, cerca de 90% do álcool é metabolizado no fígado. Os produtos resultantes dessa metabolização é que vão provocar efeitos indesejáveis no coração, no sistema cardiovascular e na regulação da TA.

Segundo Mallette (2006, p. 44), “estima-se (...) que entre 5% a 10% dos casos de hipertensão são atribuíveis a um consumo excessivo de álcool (...)”.

Por outro lado, a Direcção Geral de Saúde (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG) recomenda o “(...) consumo moderado de álcool com o máximo de 30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml etanol/dia para as mulheres”. Assim, 30 ml de etanol por dia corresponde sensivelmente a 250 ml de vinho, a 750 ml de cerveja ou a 60 ml de bebidas brancas.

É ainda importante salientar que o álcool tem efeito adverso sobre os fármacos, nomeadamente sobre os anti – hipertensores, contribuindo, assim, para o aumento dos níveis de TA e para um menor controlo sobre a mesma.

### **2.1.3. Ingestão de cafeína na HTA**

O café, o chá e as bebidas constituídas por cafeína são generosamente consumidos na sociedade ocidental, fundamentalmente por ser hábito social, ritual ou mesmo para estimuladores no trabalho.

Como refere Mallette (2006, p.132), “ (...) o café aumenta a excreção urinária do potássio, leva a uma perda de cálcio e suspende a acção dos elementos nutritivos que se encontram no sumo e no leite.” Só estas são razões de sobra para não tomar café.

Porém, “o aumento da TA inicia-se dentro de 15 minutos após a ingestão de cafeína, atinge o pico máximo em 1 hora e pode durar até 3 horas”. (Brandão et al., 2006, p. 102)

#### **2.1.4. A actividade física na HTA**

A actividade física, juntamente com uma dieta equilibrada, mesmo que seja em intensidade moderada provoca diminuição da TA. (Malette, 2006, p.135)

Barata (*cit. in* Nursing, 2008) afirma que a actividade física, “ é toda a actividade muscular ou motora que um ser assume, ou seja, tudo aquilo que implica movimento, força ou manutenção da postura”.

Segundo Pierin (2004, p. 186) os indivíduos que gastem cerca de 2000 Kcal por semana na prática de actividade física diminuem em 30% o risco de desenvolver HTA nos 10 anos seguintes.

Cerca de 30 a 40 minutos diários de actividade física de intensidade moderada é de extrema importância para diminuir e manter estáveis os valores tensionais. (Malette, 2006, 135)

A prática da actividade faz com o coração se contraia, haja trabalho dos músculos e diminuição das taxas de gorduras e colesterol no sangue.

Segundo Malette (2006, p. 137), a actividade física não necessita de ser intensa, mas sim regular, proporcionando, não só estímulo para baixar a TA, mas também prazer ao indivíduos, sendo assim é aconselhada a marcha, corrida lenta, natação ou dança.

#### **2.1.5. O tabagismo na HTA**

No conjunto dos factores influenciadores do controlo da HTA encontra-se o tabagismo. Porém, não se pode afirmar que o tabaco influencia directamente o aumento da tensão arterial, no entanto, o seu consumo ajuda a acentuar a HTA (Malette, 2006, p. 42).

Brandão et al. (2006, p. 159) refere que “para cada 10 cigarros consumidos por dia, há um aumento na mortalidade cardiovascular em 18% nos homens e 31% nas mulheres.”

Algumas das substâncias presentes no cigarro, nomeadamente a nicotina, aumenta a TA, pois esta tem um efeito simpaticomimético que perdura por 30 minutos.

Mallette (2006, p. 43), explica que:

(...) o monóxido de carbono que provém do fumo do cigarro reduz o transporte de oxigénio para o sangue, o que leva a um aumento da frequência cardíaca. Além disso, a nicotina estreita os vasos sanguíneos, limitando a passagem do sangue e do oxigénio. Aumenta a quantidade de depósitos que se acumulam na parede interna das artérias, o que faz subir a TA.

Estudos realizados nesta área afirmam que um indivíduo fumador tem duas vezes mais probabilidade de ter HTA do que um que não fume, porém o corte total do tabaco pode levar a uma redução do risco cardiovascular (Brandão et al., 2006, p.159).

#### **2.1.6. O stress na HTA**

O stress é outro dos focos que podem ser abordados através de uma terapêutica não farmacológica, tendo em vista a diminuição da TA.

Para Brandão et al. (2006, p. 31) o stress pode ser definido como um “ estímulo físico ou psicológico que produz tensão mental ou reacção psicológica que pode provocar doença.”

Existem alguns estudos contraditórios no que diz respeito à relação entre o stress e a HTA, pelo que o efeito do stress é diferente de indivíduo para indivíduo, pois cada um tem uma forma diferente de adaptar as situações vivenciadas (Mallette, 2006, p. 51).

Porém, e como refere Brandão et al. (2006, p. 32) independentemente do que possa ser a causa do stress e da forma como cada um lida com ele, verifica-se que situações de stress aumentam os níveis de TA.

### **2.1.7. Obesidade na HTA**

Sendo a obesidade um factor de risco que predispõe para doenças cardíacas e visto estar cientificamente comprovado que os indivíduos obesos tem a TA mais alta é fundamental a adopção de medidas direccionadas para o controlo do peso corporal.

Brandão et al. (2006, p. 29) define a obesidade como o “ (...) aumento do peso corporal além das necessidades físicas e das limitações ósseas do esqueleto, como resultado do acumular excessivo de gordura corporal.”

Estudos realizados pelo Nurses’ Health Study (*cit. in* Brandão et al., 2006, p.160) revelam que uma mulher que ganhe 5 kg no seu peso aos 18 anos, apresenta um risco de 60% de vir a desenvolver HTA.

Segundo Mallette (2006, p.37), “a obesidade favorece uma acumulação de gordura no organismo, que se deposita mais facilmente nas paredes das artérias, fazendo aumentar o risco de ateromas”

Para Pierin (2004, p.325), “estudos controlados têm demonstrado redução significativa da TA com a diminuição do peso corporal.”

A redução do excesso de peso é acompanhada por uma redução dos valores da TA, para tal é imperativo que os indivíduos tenham consciência do peso que possuem. Assim, é fundamental que avaliem o seu índice de massa corporal (IMC), ou seja, o peso sobre duas vezes a altura.

A DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG) considera um indivíduo obeso quando apresenta um IMC superior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup> ou perímetro abdominal igual ou superior a 102 cm no homem e igual ou superior a 88 cm na mulher.

### **3. Cuidados de enfermagem no controlo da HTA**

Uma vez que a HTA é considerada o principal factor de risco para as mortes por doenças cardiovasculares, o seu tratamento e acompanhamento é imprescindível.

Para o tratamento da HTA, a abordagem do paciente deve ser uma abordagem multidisciplinar e holística, pois quanto mais precoce for o tratamento, menor é a evolução da doença e desta forma, menores são as lesões nos órgãos alvo (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2003).

Após o diagnóstico da referida patologia segue-se o controlo e acompanhamento do paciente hipertenso, em que o Enfermeiro tem um papel importante, uma vez que desenvolve intervenções a nível da promoção da saúde, sendo elas referentes essencialmente às modificações dietéticas, exercício físico, cessação dos hábitos tabágicos e, quando necessário encaminhamento para o médico para prescrição de medicação anti – hipertensiva. Na realização de todas as intervenções o enfermeiro deve manter uma boa empatia pois leva ao aumento da confiança, motivação e aderência dos hipertensos à gestão e adesão do regime terapêutico (Circular Normativa, 2004, n.º 2/DGCG).

#### **3.1. O papel do enfermeiro na mudança de hábitos de vida**

O papel do enfermeiro no controlo da HTA passa essencialmente pela promoção da saúde, nomeadamente na mudança dos hábitos de vida, tal como foi referido anteriormente. O contacto que o enfermeiro tem com o hipertenso é especialmente nas de HTA realizadas nos Cuidados de Saúde Primários e a nível da Saúde Comunitária.

Segundo Maciel (2003), a consulta de enfermagem pode assim ser definida como actividade exclusivamente direccionada para o paciente, na qual são identificados problemas de saúde, implementadas medidas de enfermagem que contribuem fundamentalmente para a promoção, recuperação e reabilitação do paciente, neste caso hipertenso.

As intervenções de enfermagem direccionadas para a HTA centram-se no ensino ao doente e à família sobre a doença, aos factores de risco a ela associados e à importância da adesão

ao regime terapêutico. O enfermeiro centra o ensino ao doente nas principais áreas, tais como, deixar de fumar, de consumir bebidas alcoólicas, alteração dietética, controlo do peso, exercícios e gestão do stress (Maciel, 2003).

Na primeira consulta de enfermagem, o enfermeiro realiza uma entrevista para colheita de dados, onde incidem os hábitos alimentares, exercício físico e o uso ou não de medicação, realiza um exame físico, com avaliação da TA, estabelece diagnósticos de enfermagem, esclarece eventuais dúvidas do paciente, tenta conhecer os factores de risco que ainda estão presentes, estabelece orientações para o paciente relativamente a uma alimentação racional e equilibrada e a prática de exercício físico.

Uma vez que são realizadas periodicamente, as consultas de enfermagem, proporcionam um melhor acompanhamento do paciente hipertenso, permitindo assim o ajuste do regime alimentar, a avaliação periódica da TA e esclarecimento de dúvidas existente por parte do paciente.

Segundo a DGS (Circular Normativa, 2004, n.º 2/DGCG), os indivíduos que se encontrem a realizar anti-hipertensores deverão realizar consultas todos os meses, até que sejam atingidos valores tensionais desejáveis. Quando ocorre estabilização da TA, os hipertensos deverão realizar consultas com intervalos de 3 a 6 meses.

Assim, é imprescindível que o enfermeiro desenvolva as suas intervenções perante as pessoas com diagnóstico de HTA, pela importância significativa que tem a sua actuação junto das mesmas, quer no que diz respeito à sua prevenção, quer no seu controlo, pelo facto de que estas intervenções são fundamentais para manter a qualidade de vida dessas pessoas.

**PARTE II – FASE METODOLÓGICA**

## **CAPÍTULO I – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Tendo por base a fase inicial do presente trabalho, na qual foram abordados a definição e limitação do problema, a pergunta de partida, as questões e objectivos do estudo assim como todos os aspectos relacionados com a fundamentação teórica, abordar-se-á de seguida a fase metodológica.

Para Fortin (2009, p. 52) nesta fase do processo de investigação são definidos os meios para a realização da investigação, pelo que o investigador determina como proceder para alcançar os resultados que vão de em conta os objectivos de investigação.

### **1. Tipo de Estudo**

Neste projecto de graduação, a recolha e processamento de dados foi efectuada com uma abordagem quantitativa.

Para Fortin (2009, p. 29),

A investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. (...) O objectivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, por em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses (...).

O tipo de estudo utilizado é o descritivo simples, para Fortin (2009, p. 236) este tipo de estudo permite a identificação de características de um determinado acontecimento de forma a adquirir uma perspectiva geral de uma situação ou população. No estudo descritivo simples há uma exposição total de um determinado conceito correspondente a uma população.

### **2. População**

Uma vez seleccionado o terreno de pesquisa é necessário definir e caracterizar a população alvo. O termo população ou universo refere-se “ao conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum” (Lakatos et al., 2007, p.41).

Devido a determinados factores é quase sempre impossível incluir numa investigação a população na sua totalidade, sendo frequentemente estudada aquela que se encontra acessível, ou seja, a população alvo (Fortin, 2009, p.69).

Tendo em conta o referido pelos autores, a população incluída neste estudo são pessoas residentes no Concelho de Monção, com diagnóstico de HTA.

### **3. Processo de Amostragem**

Na verdade, estudar toda a população seria uma condição bastante complexa, uma vez que, o investigador não tem tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar os dados para cada um dos casos da população (Fortin, 2009, p.321). Desta forma, o investigador deve definir o processo de amostragem a utilizar no estudo para assim definir a sua amostra.

Tendo em conta as características do estudo, considerou-se importante utilizar o processo de amostragem não probabilística (ou não aleatória) por redes (ou bola de neve). Não probabilística pois é um processo pelo qual os elementos da população não têm igual probabilidade de serem escolhidos para integrar a amostra (Fortin, 2009, p. 321).

Para além de não probabilística, também se trata de uma técnica de amostragem por redes (ou bola de neve), pelo que, os indivíduos que inicialmente participam no estudo indicam, a pedido do investigador, outras pessoas que apresentam a características predefinidas para o estudo (Fortin, 2009, p.322). Este método utiliza-se quando é difícil encontrar pessoas com as características procuradas.

### **4. Amostra do Estudo**

Fortin (2009, p. 312) afirma que a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de pessoas que fazem parte de uma mesma população, apresentando estas, representatividade sobre a população em estudo. Pelo que, a representatividade trata-se da característica essencial de uma amostra.

Uma amostra consiste numa “porção ou parcela, convenientemente seleccionada do universo (população) (Lakatos et al., 2007, p. 41).

Para tal, foi necessário formular critérios de inclusão que funcionaram como guias importantes para a selecção dos elementos que formaram a amostra. Deste modo, estabeleceram-se como critérios de inclusão:

- Saber ler e escrever, para que pudessem ler as questões colocadas e responder por escrito às mesmas;

- Serem pessoas com diagnóstico de HTA, confirmado;

- Estarem conscientes e orientados no tempo e no espaço, para evitar o enviesamento das respostas.

Assim sendo, fizeram parte da amostra 38 pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico de HTA, residentes no Concelho de Monção, que no período compreendido de 28 de Junho a 2 de Julho de 2010, determinado para realização de colheita de dados na comunidade se mostrou disponível para fazer parte do estudo.

Esta amostra foi seleccionada em função do tempo para a realização da investigação e respectiva colheita de dados e composta por todos os indivíduos que se disponibilizaram a responder aos questionários durante os 5 dias de recolha de dados

## **5. Método e instrumento de colheita de dados**

Tendo em conta a natureza do problema em estudo e a população alvo optou-se pela utilização de um questionário como instrumento para a colheita de dados, pois este é o meio mais relevante para atingir os objectivos delineados.

O questionário “ (...) é um instrumento de colecta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador” (Lakatos et al., 2007, p. 98).

O questionário utilizado neste estudo foi de aplicação directa, ou seja, o questionário foi fornecido ao inquirido pelo próprio investigador para que ele próprio responda às questões (Quivy et al., 2008, p. 188).

Este encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira denominada de caracterização da amostra, que compreende os dados pessoais do inquirido e na segunda parte é efectuada a avaliação da mudança dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA (Anexo I). Este é um questionário misto, ou seja, com questões abertas e fechadas. A diferença entre as perguntas abertas e fechadas situa-se particularmente na forma como a resposta é dada. Este tipo de questionário é vantajoso quando se deseja obter informação qualitativa para complementar a informação quantitativa. Na elaboração do questionário teve-se em conta as características da população, optando por questões breves, claras e de fácil interpretação.

Quivy et al. (2008, p. 189) consideram como principais vantagens do questionário a possibilidade de quantificar um grande número de dados, proceder a numerosas análises e a sua representatividade ser facilmente satisfeita. No entanto, esta representatividade nunca é absoluta.

Para assegurar o anonimato dos participantes os questionários foram colocados numa caixa fechada e independente do consentimento informado.

Para que se possa garantir a validade e a pertinência deste estudo, tornou-se relevante efectuar o teste de orientação – memória – concentração de seis itens (Anexo II), de forma a garantir que as respostas dadas pelos inquiridos nos questionários eram válidas, visto que se os mesmos não estivessem orientados no tempo e no espaço poderia levar ao enviesamento do estudo.

Este teste consta em contar um ponto por cada resposta incorrecta e multiplicar pelo factor de ponderação. Scores totais dos erros ponderados superiores a dez sugerem défice cognitivo. Porém verificou-se após a aplicação do respectivo teste que as pessoas que participaram no estudo se encontravam conscientes e orientadas, no tempo e espaço.

## **6. Pré-Teste**

Para Fortin (2009, p.386),

“O pré – teste é uma prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 e 20 pessoas) da população alvo. (...) permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correcções que se impõe.”

Neste sentido, elaborou-se um pré-teste, num período anterior à recolha de dados, de forma a assegurar a viabilidade do método de recolha de informações e avaliar se o produto da recolha de dados se enquadra com o objecto de estudo que o autor pretendeu desenvolver.

Conforme Lakatos et al. (2007, p.32) refere, o pré-teste tem como finalidade verificar a validade do instrumento de colheita de dados, testando-o numa pequena parte da amostra seleccionada antes de ser aplicado à restante população. Isto, para evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso.

Desta forma o pré – teste foi aplicado a 23 de Junho de 2010 a 4 indivíduos do Concelho de Monção, que apresentavam as mesmas características da amostra pretendida, não sendo estes incluídos posteriormente, na fase de colheita de dados.

Após a aplicação do pré-teste, o investigador teve o cuidado de verificar o nível de compreensão dos termos utilizados, através das respostas referidas pelas pessoas com diagnóstico de HTA, não sendo necessário efectuar alterações no questionário. Os dados recolhidos no Pré-Teste não serão usados para análise de dados, servindo somente para a validação do instrumento de colheita de dados.

## **7. Considerações Éticas**

Ao realizar qualquer tipo de estudo de investigação tem de se ter em consideração determinados princípios éticos e morais.

Segundo Polit et al. (2004), “Os três principais princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito à dignidade humana e a justiça.”.

Como refere a mesma autora o princípio da beneficência envolve a protecção do indivíduo, ou seja, o não causar dano físico e/ou psicológico. O princípio do respeito pela dignidade humana incorpora o direito do indivíduo pela autodeterminação e pela revelação total. Por fim, mas não menos importante o princípio da justiça afirma que o tratamento do indivíduo deve ser justo e com o direito à privacidade.

Tendo em conta estes princípios procedeu-se, perante os indivíduos em estudo, da seguinte forma:

Foi fornecida a informação aos inquiridos sobre a identidade e habilitações do investigador, bem como a finalidade do estudo, com apresentação escrita dos objectivos pretendidos e em consiste a sua participação;

Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, colocando o consentimento informado numa caixa individualizada dos questionários, de forma a garantir que nenhum deles será reconhecido, respeitando a privacidade a quando do preenchimento dos questionários;

Como referido anteriormente foi solicitada a autorização por escrito, ou seja, o consentimento informado (Anexo III), para a colheita dos dados, certificando que a sua participação no estudo foi voluntária.

**PARTE III – FASE EMPÍRICA**

## **CAPITULO I – DA APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS Á DISCUSSÃO**

Finalizada a fase da colheita de dados, é necessário realizar a análise e interpretação dos mesmos. Para isso, foi foram transcritos os dados recolhidos no questionário e efectuada a respectiva análise.

É de salientar a opção do investigador em realizar a discussão dos dados numa fase posterior, de forma a não condensar a informação, para que não se tornasse confuso a compreensão da mesma.

Segundo Fortin (2009, p. 472), nesta fase realiza-se a análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados, focando especial atenção nos resultados obtidos, de forma, a comparar os resultados obtidos uns com os outros, com a teoria e com estudos realizados anteriormente.

### **1. Apresentação e análise dos dados**

Após a colheita de dados junto dos sujeitos da amostra, proceder-se-á à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados, com o objectivo final de oferecer um retrato da amostra, não devendo, no entanto, esta ser generalizada.

Assim, apresentam-se neste ponto, os resultados obtidos através dos questionários e como foi referido anteriormente, trabalhados com a ajuda do programa informático Microsoft Excel. Estes foram efectuados através de estatística descritiva. Foram apresentados em gráficos e tabelas, com o objectivo de promover uma uniformidade ao longo de todo o enquadramento empírico.

A apresentação e análise dos dados será efectuada tal como foi realizada a colheita através do instrumento de colheita de dados, o questionário, ou seja, em duas partes, sendo na primeira parte realizada a caracterização da amostra e na segunda parte a avaliação da mudança dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA.

### 1.1. Caracterização da amostra

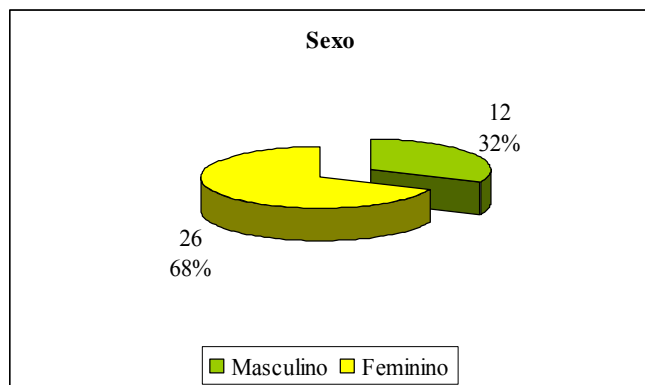
A amostra seleccionada para este estudo foi caracterizada perante as seguintes categorias: género, idade, escolaridade, estado civil, peso, altura, profissão, idade com que foi diagnosticada a HTA, medidas utilizadas no controlo da HTA, periodicidade na avaliação da TA, local onde avalia a TA e a presença de alteração dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA.

**Tabela n.º1:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao sexo

Sexo	n.	%
Masculino	12	32
Feminino	26	68
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º1:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao sexo



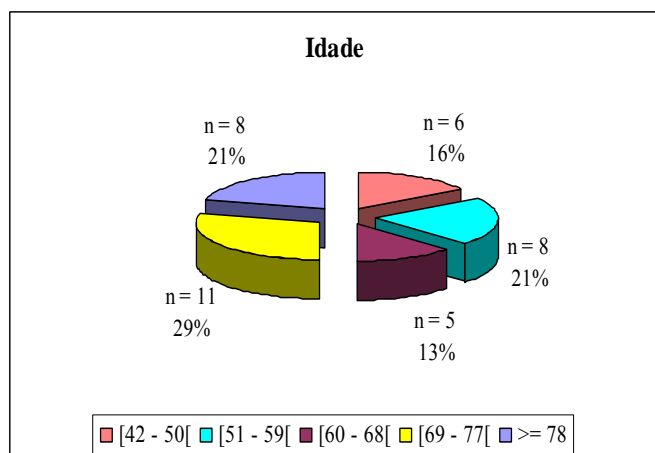
De acordo com os dados, apresentados na Tabela n.º1 e Gráfico n.º1, pode verificar-se que o sexo feminino preenche maioritariamente a amostra, sendo que 68% (26 indivíduos) são do sexo feminino, enquanto que 32% (12 indivíduos) são do sexo masculino.

**Tabela n.º2:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade

Idade (anos)	n.	%
[42 - 50[	6	16
[51 - 59[	8	21
[60 - 68[	5	13
[69 - 77[	11	29
>= 78	8	21
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º2:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade



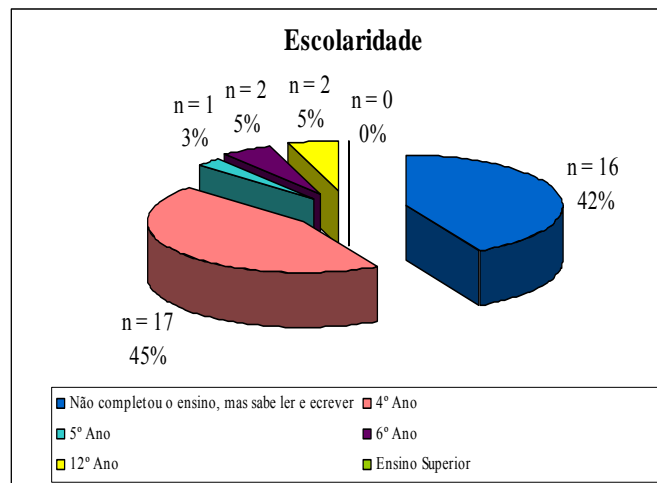
Após a observação dos dados acima apresentados, verifica-se que o limite mínimo de idade da amostra é 42 anos e o limite máximo de idade maior ou igual a 78 anos. Assim, verifica-se que a amostra ocupa maioritariamente o intervalo dos 69 anos aos 77 anos, correspondendo a 29% (11 indivíduos) da amostra, ainda assim aproximam-se os intervalos dos 51 anos aos 59 anos e de maior ou igual a 78 anos, compreendendo 21% (8 indivíduos) da amostra cada um respectivamente, 16% (6 indivíduos) da amostra ocupa o intervalo dos 42 anos aos 50 anos e por fim com 13% (5 indivíduos) da amostra encontra-se o intervalo do 60 anos aos 68 anos.

**Tabela n.º3:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao grau de escolaridade

Escolaridade	n.	%
Não completou o ensino, mas sabe ler e escrever	16	42
4º Ano	17	45
5º Ano	1	3
6º Ano	2	5
12º Ano	2	5
Ensino Superior	0	0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º3:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao grau de escolaridade



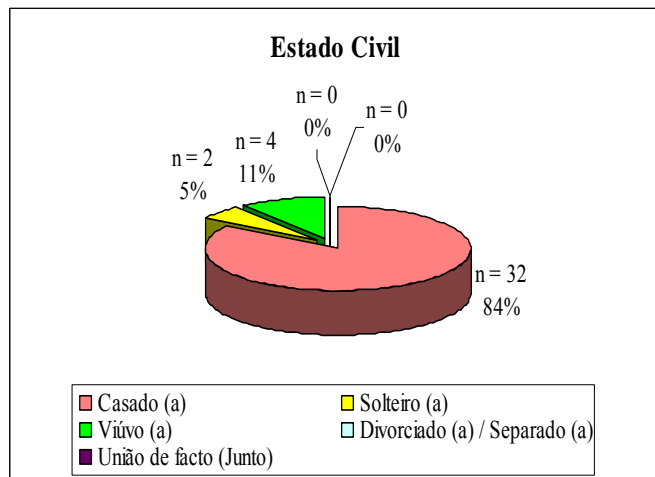
Relativamente à escolaridade, verifica-se pela Tabela n.º3 e pelo Gráfico n.º3, que 45% (17 indivíduos) da amostra apresenta o 4º Ano, seguindo-se 42% (16 indivíduos) da amostra os indivíduos que não completaram o ensino, porém sabem ler e escrever, ou seja, apresentam um grau de escolaridade inferior ao 4º ano, exclusive. No que diz respeito ao 5º, 6º e 12º ano verifica-se que apresentam 3% (1 indivíduo), 5% (2 indivíduos) e 5% (2 indivíduos) da amostra, respectivamente.

**Tabela n.º4:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao estado civil

Estado Civil	n.	%
Casado (a)	32	84
Solteiro (a)	2	5
Viúvo (a)	4	11
Divorciado (a) / Separado (a)	0	0
União de facto (Junto)	0	0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º4:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao estado civil



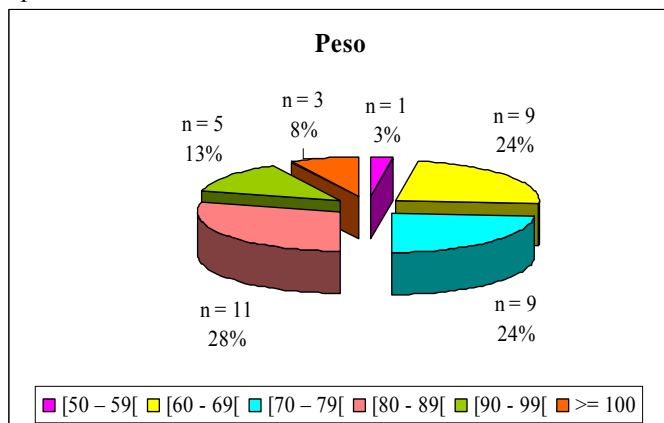
Tendo em vista os dados acima apresentados, verifica-se que na sua maioria a amostra era composta por indivíduos casados, correspondendo a 84% (32 indivíduos) da amostra, seguindo-se com 11% (4 indivíduos) da amostra os viúvos e com 5% (2 indivíduos) da amostra os solteiros.

**Tabela n.º5:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao peso

Peso (kg)	n.	%
[50 – 59[	1	3
[60 - 69[	9	24
[70 – 79[	9	24
[80 - 89[	11	28
[90 - 99[	5	13
>= 100	3	8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º5:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao peso



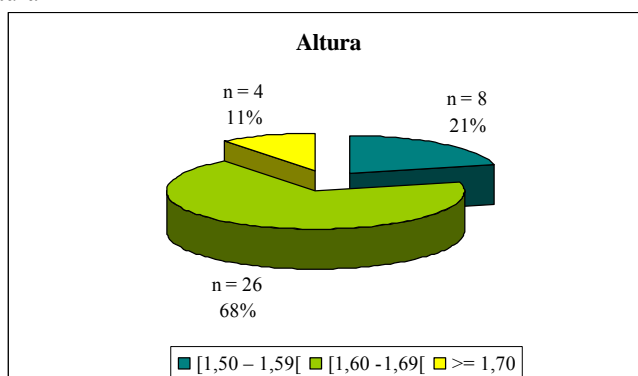
De acordo com os dados apresentados, verifica-se que 28% (11 indivíduos) da amostra apresenta um peso correspondente ao intervalo entre os 80kg e os 89 kg, seguindo-se com 24% (9 indivíduos) da amostra os intervalos entre os 60 kg e os 69 kg e entre os 70 kg e os 79 kg. Apresentando o intervalo entre os 90 kg e os 99 kg 13% (5 indivíduos) da amostra e finalmente os indivíduos com peso igual ou superior a 100 kg e entre os 50 kg e 59 kg, com 8% (3 indivíduos) e 3% (1 indivíduo), respectivamente.

**Tabela n.º6:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à altura

Altura (m)	n.	%
[1,50 – 1,59[	8	21
[1,60 -1,69[	26	68
>= 1,70	4	11
<b>Total</b>	38	100

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º6:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à altura



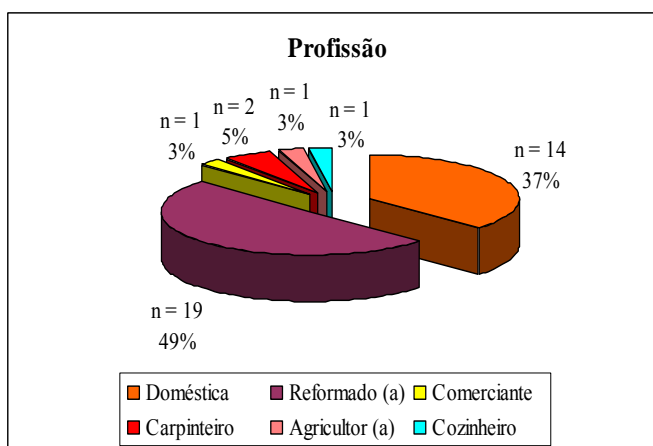
Como se verifica pelos dados acima apresentados, o limite mínimo de altura dos indivíduos da amostra é 1,50 metros e o limite máximo igual ou superior a 1,70 metros. Desta forma, verifica-se que a amostra preenche maioritariamente o intervalo que varia do 1,60 metros e 1,69 metros, correspondendo a 68% (26 indivíduos) da amostra, o intervalo que varia do 1,50 metros a 1,59 metros corresponde a 21% (8 indivíduos) e finalmente com 11% (3 indivíduos) da amostra encontram-se os indivíduos com altura igual ou superior a 1,70 metros.

**Tabela n.º7:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à profissão

Profissão	n.	%
Doméstica	14	37
Reformado (a)	19	49
Comerciante	1	3
Carpinteiro	2	5
Agricultor (a)	1	3
Cozinheiro	1	3
<b>Total</b>	38	100

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º7:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à profissão



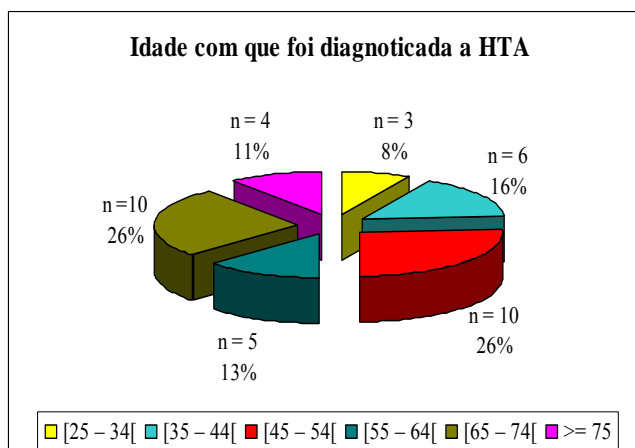
No que diz respeito à profissão, como se pode verificar nos dados acima apresentados 49% (19 indivíduos) da amostra são reformados, sendo que 37% (14 indivíduos) da amostra desempenha a profissão de doméstica, 5 % (2 indivíduos) da amostra são carpinteiros e com 3% (1 indivíduo) da amostra, cada uma, encontram-se as profissões de comerciante, agricultor e cozinheiro.

**Tabela n.º8:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade com que foi diagnosticada a HTA

Idade (Anos)	n.	%
[25 – 34[	3	8
[35 – 44[	6	16
[45 – 54[	10	26
[55 – 64[	5	13
[65 – 74[	10	26
>= 75	4	11
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º8:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade com que foi diagnosticada a HTA



De acordo com os dados apresentados na Tabela e Gráfico n.º8, verifica-se que a idade mínima do diagnóstico da HTA foi aos 25 anos de idade e a idade máxima foi igual ou superior a 75 anos. Porém, a 26% (10 indivíduos) da amostra a HTA foi-lhe diagnosticada no intervalo dos 45 anos aos 54 anos, tal como acontece no intervalo dos 65 anos aos 74 anos de idade, seguindo-se o intervalo dos 35 anos aos 44 anos com 16% (6 indivíduos) da amostra. O intervalo dos 55 anos ao 64 anos ocupa 13% (5 indivíduos), seguido de 11% (4 indivíduos) da amostra os indivíduos em que lhe foi diagnosticada a HTA com mais de 75 anos e por fim o intervalo de idades dos 25 anos aos 34 anos com 8% (3 indivíduos) da amostra.

**Tabela n.º9:** Distribuição dos dados da amostra relativamente às medidas utilizadas no controlo da HTA

Medidas	n.	%
Nenhuma	0	0
Medicação	38	29
Redução da ingestão de gorduras	31	23
Redução da ingestão de sal	30	22
Redução da ingestão de café	6	4
Redução da ingestão de álcool	3	2
Controlo do peso	15	11
Deixou de fumar	0	0
Pratica actividade física	12	9
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

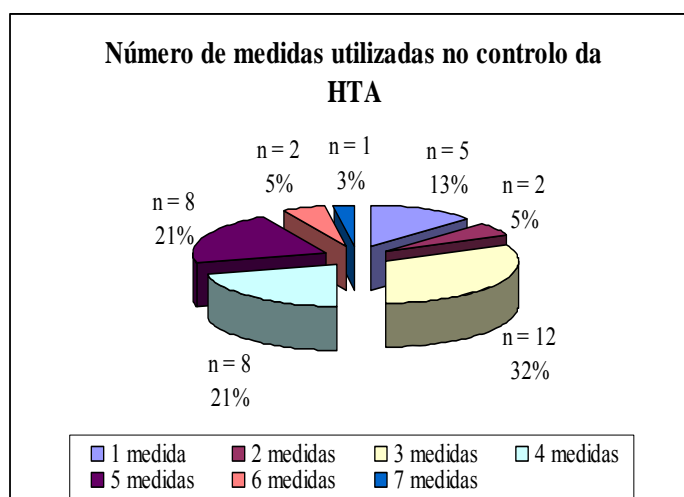
Quanto as medidas que utilizam para controlo da HTA, como se pode verificar na Tabela n.º 9, 29% (38 indivíduos) da amostra refere utilizar medicação para controlo dos níveis tensionais, sendo que cada indivíduo optou por mais que uma medida, 23 % (31 indivíduos) da amostra refere ter reduzido a ingestão de gorduras, 22 % (30 indivíduos) da amostra a ingestão de sal, 11% (15 indivíduos) da amostra refere controlar o peso, 9% (12 indivíduos) da amostra refere praticar actividade física, 4% (6 indivíduos) da amostra diz ter reduzido a ingestão de café e finalmente 2% (3 indivíduos) da amostra a ingestão de álcool.

**Tabela nº10:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de medidas utilizadas no controlo da HTA

Nº de medidas	n.	%
1	5	13
2	2	5
3	12	32
4	8	21
5	8	21
6	2	5
7	1	3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico nº9:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de medidas utilizadas no controlo da HTA



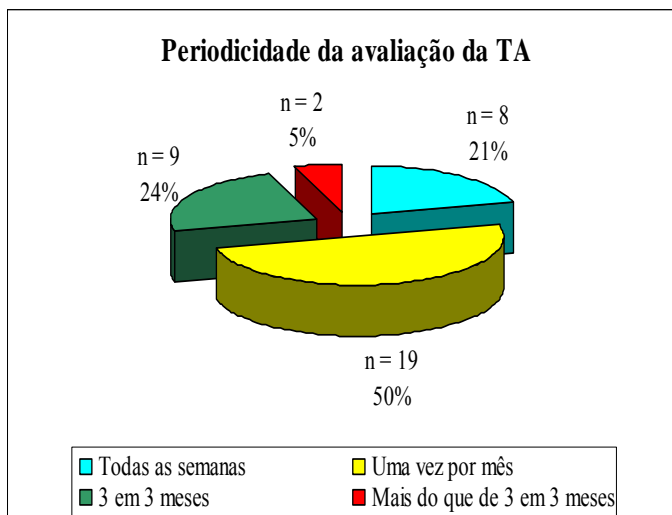
De acordo com os dados acima apresentados, observa-se que 32% (12 indivíduos) da amostra utiliza três medidas para controlo da HTA, 21% (8 indivíduos) da amostra utilizam, respectivamente, quatro e cinco medidas, 13% (5 indivíduos) da amostra utiliza uma medida, 5% (2 indivíduos) da amostra utilizam, respectivamente, duas e seis medidas e por fim 3% (1 indivíduo) da amostra utiliza sete medidas para controlo da HTA.

**Tabela n.º11:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à periodicidade de avaliação da TA

Periodicidade	n.	%
Todas as semanas	8	21
Uma vez por mês	19	50
3 em 3 meses	9	24
Mais do que de 3 em 3 meses	2	5
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º10:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à periodicidade de avaliação da TA



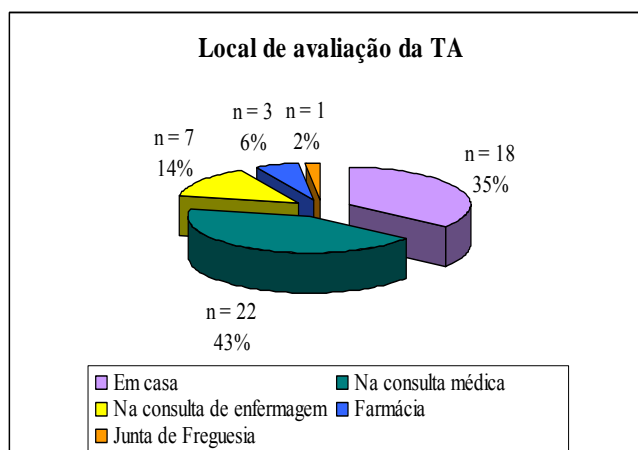
No que diz respeito à periodicidade da avaliação da TA, verifica-se que 50% (19 indivíduos) da amostra refere avaliar as suas tensões uma vez por mês, 24% (9 indivíduos) da amostra refere avaliar de 3 em 3 meses, 21% (8 indivíduos) da amostra refere avaliar todas as semanas e 5% (2 indivíduos) da amostra refere avaliar mais do que de 3 em 3 meses.

**Tabela n.º12:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao local de avaliação da TA

Local	n.	%
Em casa	18	35
Na consulta médica	22	43
Na consulta de enfermagem	7	14
Farmácia	3	6
Junta de Freguesia	1	2
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º11:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao local de avaliação da TA



Como se pode verificar pelos dados acima referenciados, das opções apresentadas observa-se que 43% (22 indivíduos) da amostra refere avaliar a tensão arterial quando vai à consulta médica, seguindo-se com 35% (18 indivíduos) da amostra os que refere avaliar a TA em casa, 14% (7 indivíduos) da amostra refere avaliar na consulta de enfermagem, 6% (3 indivíduos)

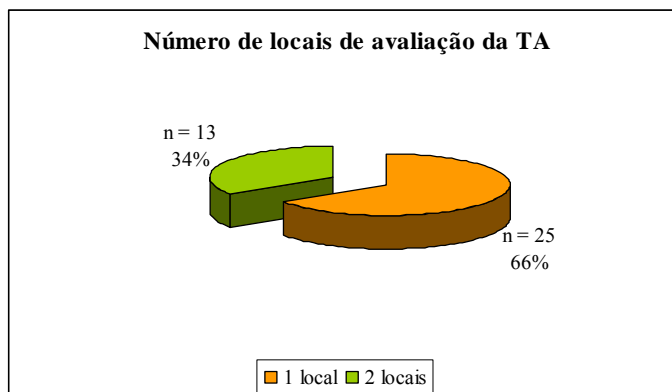
da amostra refere avaliar a TA na farmácia e 2% (1 indivíduo) da amostra na Junta de Freguesia (Consultas de vigilância).

**Tabela n.º13:** Distribuição dos dados da amostra relativamente número de locais de avaliação da TA

Nº de locais	n.	%
1	25	66
2	13	34
<b>Total</b>	38	100

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º12:** Distribuição dos dados da amostra relativamente número de locais de avaliação da TA



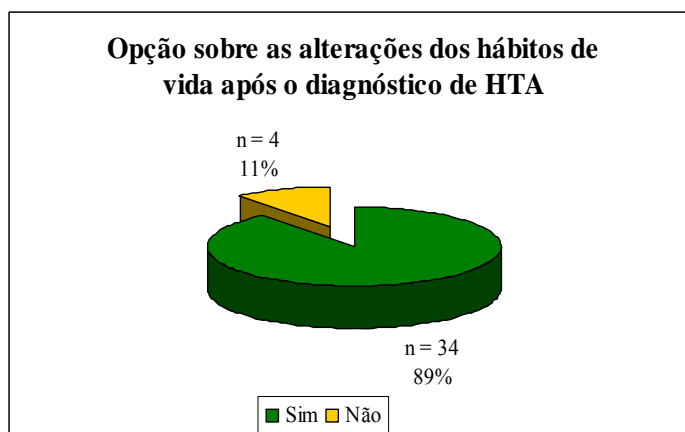
Quanto ao número de locais que a amostra utiliza para avaliara TA, verifica que 66% (25 indivíduos) da amostra utiliza apenas um local, enquanto que 34% (13 indivíduos) da amostra utiliza dois locais diferentes.

**Tabela n.º14:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à alteração dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA

Opção	n.	%
Sim	34	89
Não	4	11
<b>Total</b>	38	100

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º13:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à alteração dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA



De acordo com os dados apresentados, observa-se que 89% (34 indivíduos) da amostra refere ter alterado os seus hábitos de vida após lhe ter sido diagnosticada a HTA. Em contrapartida 11% (4 indivíduos) da amostra referem não ter alterado os seus hábitos de vida.

É de salientar que após a apresentação destes dados a amostra ficará reduzida a 34 indivíduos, visto que 4 indivíduos não alteraram os seus hábitos de vida após lhe ter sido diagnosticada a HTA e o que se segue apresenta a avaliação das mudanças dos hábitos de vida após lhe ter sido diagnosticada a HTA.

## 1.2. Avaliação da mudança dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA

Após a caracterização da amostra é importante verificar como é que as pessoas com diagnóstico de HTA agem perante essa situação, nomeadamente, no que diz respeito, às principais mudanças efectuadas na alimentação, no que se refere à ingestão de sal, gorduras, álcool, café, e também de sopa, peixe, verduras e fruta, bem como o consumo de tabaco e a pratica de actividade física. Por fim é realizada uma avaliação geral se a mudança desses mesmos hábitos de vida contribuiriam de forma positiva para o controlo da HTA.

**Tabela n.º15:** Distribuição dos dados da amostra relativamente às principais mudanças efectuadas após o diagnóstico de HTA

Mudanças	n.	%
Redução da ingestão de gorduras	26	33
Redução da ingestão de sal	29	37
Pratica actividade física	5	6
Redução da ingestão de café	2	2
Deixar de comer fritos	3	4
Começar a comer cozidos e grelhados	1	1
Avaliar a tensão todos os meses	2	2
Tomar medicação	4	5
Mudar a alimentação	3	4
Controlar o peso	2	2
Frequentar as consultas de enfermagem	2	2
Sem resposta	2	2
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Como se pode verificar pelos dados acima apresentados, 37% (29 indivíduos) da amostra refere que a principal mudança efectuada após lhe ter sido diagnosticada HTA foi a redução da ingestão de sal, sendo que 33% (26 indivíduos) da amostra também

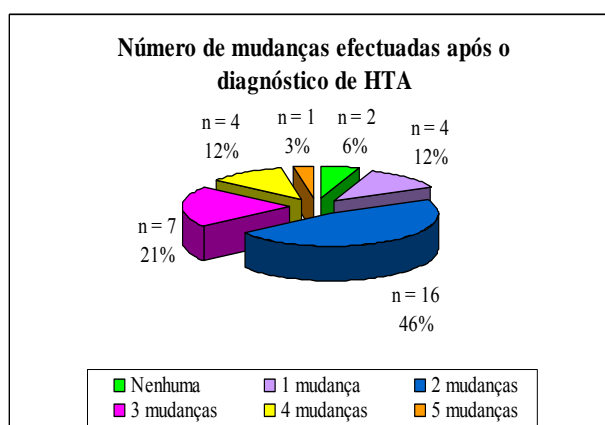
refere ter reduzido na ingestão de gorduras, 6% (5 indivíduos) da amostra refere praticar actividade física, 5% (4 indivíduos) da amostra refere tomar medicação, 4% (3 indivíduos) da amostra refere que deixou de comer fritos e mudou a sua alimentação, respectivamente. Finalmente a ocupar 2% (2 indivíduos) da amostra cada um apresentam-se as mudanças como a redução de ingestão de café, avaliar a TA todos os meses, controlar o peso, frequentar a consulta de enfermagem.

**Tabela n.º16:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de mudanças efectuadas após o diagnóstico de HTA

Nº de mudanças	n.	%
0	2	6
1	4	12
2	16	46
3	7	21
4	4	12
5	1	3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º14:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de mudanças efectuadas após o diagnóstico de HTA



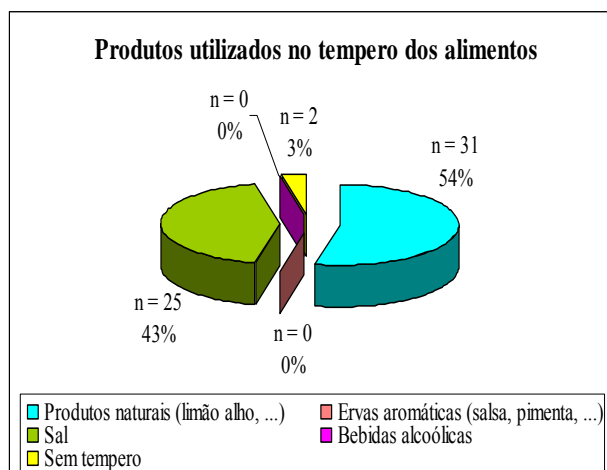
Relativamente ao número de medidas que cada indivíduo da amostra utiliza após o diagnóstico de HTA, verifica-se que 46% (16 indivíduos) da amostra efectuou duas mudanças, 21% (7 indivíduos) da amostra efectuou três mudanças, 12% (4 indivíduos) da amostra efectuaram, respectivamente, uma e quatro mudanças, 6% (2 indivíduos) da amostra não efectuou qualquer mudança e 3% (1 indivíduo) da amostra efectuou cinco mudanças após o diagnóstico de HTA.

**Tabela n.º17:** Distribuição dos dados da amostra relativamente aos produtos utilizados no tempero dos alimentos

Produtos	n.	%
Produtos naturais (limão alho, ...)	31	54
Ervas aromáticas (salsa, pimenta, ...)	0	0
Sal	25	43
Bebidas alcoólicas	0	0
Sem tempero	2	3
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º15:** Distribuição dos dados da amostra relativamente aos produtos utilizados no tempero dos alimentos



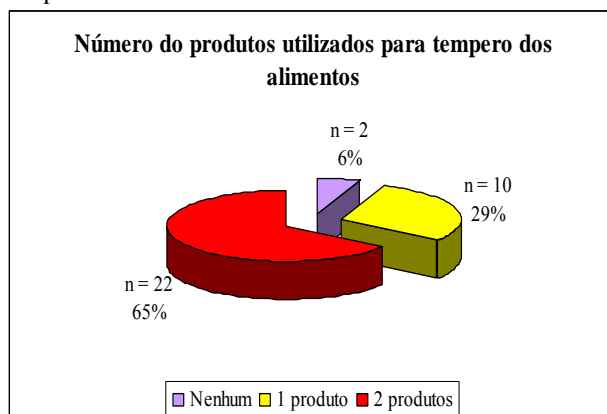
De acordo com a Tabela n.º 17 e Gráfico n.º 15, verifica-se que 54% (31 indivíduos) da amostra refere utilizar os produtos naturais para temperar os seus alimentos. No entanto, ainda 43% (25 indivíduos) refere utilizar o sal como tempero dos alimentos e 3% (2 indivíduos) da amostra não usa tempero.

**Tabela n.º18:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de produtos utilizados no tempero dos alimentos

Nº de produtos	n.	%
0	2	6
1	10	29
2	22	65
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º16:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de produtos utilizados no tempero dos alimentos



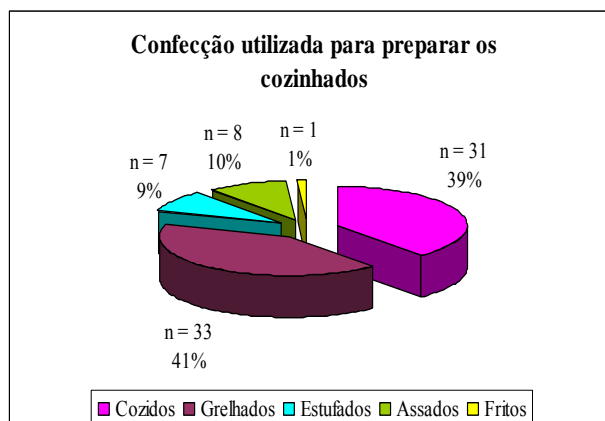
Relativamente ao número de produtos utilizados no tempero dos alimentos, verifica-se pelos dados acima apresentados, que 65% (22 indivíduos) da amostra usa dois produtos, 29% (10 indivíduos) da amostra utiliza 1 produto e 6% (2 indivíduos) da amostra não utiliza nenhum produto para temperar os alimentos.

**Tabela n.º19:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à confecção utilizada para preparar os cozinhados

Confecção	n.	%
Cozidos	31	39
Grelhados	33	41
Estufados	7	9
Assados	8	10
Fritos	1	1
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º17:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à confecção utilizada para preparar os cozinhados



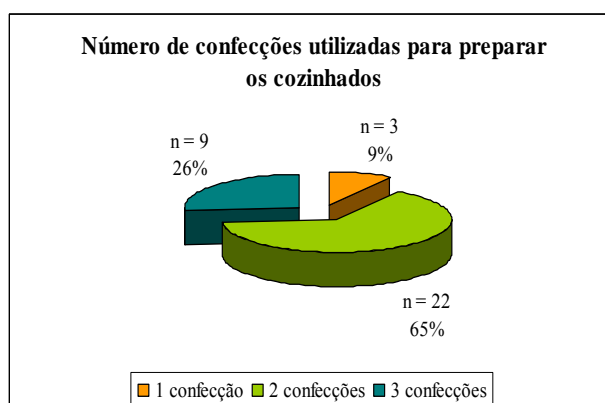
No que diz respeito ao tipo de confecção utilizada para preparar os alimentos, pode-se observar, pelos dados acima apresentados, que na sua maioria a amostra utiliza os cozidos e os grelhados, sendo que 41% (33 indivíduos) da amostra refere utilizar os grelhados, 39% (31 indivíduos) da amostra diz utilizar os cozidos, 10% (8 indivíduos) da amostra os assados, 9% (7 indivíduos) da amostra os estufados e 1% (1 indivíduo) da amostra os fritos.

**Tabela n.º20:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de confecções utilizadas para preparar os cozinhados

N.º de confecções	n.	%
1	3	9
2	22	65
3	9	26
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º18:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao número de confecções utilizadas para preparar os cozinhados



De acordo com os dados acima apresentados, verifica-se que 65% (22 indivíduos) da amostra utiliza dois tipos de confecção diferentes para preparar os alimentos, 26% (9 indivíduos) da amostra utiliza três tipos de confecção e 9% (3 indivíduos) da amostra utiliza um tipo de confecção.

**Tabela n.º21:** Distribuição dos dados da amostra relativamente a à periodicidade da utilização dos produtos enlatados, conservas e fumados nas refeições

	<b>Não utilizo</b>	<b>1 a 2 vezes por mês</b>	<b>Mais de 2 vezes mês</b>	<b>1 a 2 vezes por semana</b>	<b>Mais de 2 vezes por semana</b>
<b>Enlatados</b>					
n.	n = 28	n = 4	n = 2	n = 0	n = 0
%	82%	12%	6%	0%	0%
<b>Conservas</b>					
n.	n = 13	n = 16	n = 5	n = 0	n = 0
%	38%	47%	15%	0%	0%
<b>Fumados</b>					
n.	n = 6	n = 17	n = 3	n = 6	n = 2
%	18%	49%	9%	18%	6%

Relativamente aos dados acima apresentados, pode verificar-se que, no que diz respeito, aos enlatados 82% (28 indivíduos) da amostra refere não os utilizar nas suas refeições, 12% (4 indivíduos) da amostra refere utiliza-los uma a duas vezes por mês e 6% (2 indivíduos) da amostra mais do que duas vezes por mês. As conservas, 47% (16 indivíduos) da amostra refere utiliza-las uma a duas vezes por mês, 38% (13 indivíduos) da amostra refere não as utilizar e 15% (5 indivíduos) refere utiliza-las mais do que duas vezes por mês. Por fim, relativamente aos fumados 49% (17 indivíduos) da amostra refere utiliza-los nas suas refeições uma a duas vezes por mês, 18% (6 indivíduos) da amostra refere não os utilizar ou utiliza-los uma a duas vezes por semana, respectivamente, e por fim, 9% (3 indivíduos) da amostra refere utilizar os fumados mais do que duas vezes por mês e 6% (2 indivíduos) da amostra mais do que duas vezes por semana.

**Tabela n.º22:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à periodicidade no consumo de gorduras

	<b>Não utilizo</b>	<b>1 a 2 vezes por mês</b>	<b>Mais de 2 vezes mês</b>	<b>1 a 2 vezes por semana</b>	<b>Mais de 2 vezes por semana</b>
<b>Azeite</b>					
n.	n = 0	n = 1	n = 0	n = 2	n = 31
%	0%	3%	0%	6%	91%
<b>Óleo de soja/Girassol</b>					
n.	n = 33	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0
%	97%	0%	0%	3%	0%
<b>Manteiga</b>					
n.	n = 23	n = 1	n = 2	n = 1	n = 7
%	67%	3%	6%	3%	21%
<b>Margarina</b>					
n.	n = 26	n = 4	n = 0	n = 2	n = 2
%	76%	12%	0%	6%	6%
<b>Banha de Porco</b>					
n.	n = 30	n = 2	n = 2	n = 0	n = 0
%	88%	6%	6%	0%	0%

Com se pode verificar pelos dados apresentados na Tabela n.º 22, referente à periodicidade no consumo de gorduras, 91% (31 indivíduos) da amostra refere consumir o azeite mais do que duas vezes por semana, 6% (2 indivíduos) da amostra refere consumir uma a duas vezes por semana e 3% (1 indivíduo) da amostra refere consumir uma a duas vezes por mês. No que diz respeito ao óleo de soja /girassol 97% (33 indivíduos) da amostra refere não consumir, enquanto que 3% (1 indivíduo) da amostra refere consumir uma a duas vezes por semana. Relativamente à manteiga, 67% (23 indivíduos) da amostra refere não consumir, 21% (7 indivíduos) da amostra refere consumir mais do que duas vezes por semana, 6% (2 indivíduos) da amostra refere consumir mais do que 2 vezes por mês e 3% (1 indivíduo) da amostra refere consumir, respectivamente, uma a duas vezes por mês e uma a duas vezes por semana. Quanto à margarina, 76% (26 indivíduos) da amostra refere não consumir, 12% (4 indivíduos) da amostra refere consumir uma a duas vezes por mês e 6% (2 indivíduos) da amostra refere consumir, respectivamente, uma a duas vezes por semana e mais do que duas

vezes por semana. Por fim, 88% (30 indivíduos) da amostra refere não consumir banha de porco, enquanto que 6% (2 indivíduos) da amostra consome-a uma a duas vezes por mês e mais do que duas vezes por mês, respectivamente.

**Tabela n.º23:** Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo semanal de sopa, peixe, verduras e fruta

	<b>Não utilizo</b>	<b>1 a 2 vezes por semana</b>	<b>3 a 5 vezes por semana</b>	<b>6 a 7 vezes por semana</b>	<b>Mais de 7 vezes por semana</b>
<b>Sopa</b>					
n.	n = 4	n = 8	n = 17	n = 1	n = 4
%	12%	24%	49%	3%	12%
<b>Peixe</b>					
n.	n = 0	n = 10	n = 17	n = 2	n = 5
%	0%	29%	50%	6%	15%
<b>Verduras</b>					
n.	n = 0	n = 4	n = 17	n = 8	n = 5
%	0%	12%	49%	24%	15%
<b>Fruta</b>					
n.	n = 2	n = 4	n = 8	n = 14	n = 6
%	6%	12%	24%	40%	18%

Quanto ao consumo semanal de sopa, verduras, peixe e fruta, pode-se verificar que 49% (17 indivíduos) da amostra refere consumir sopa três a cinco vezes por semana, 24% (8 indivíduos) da amostra refere consumir uma a duas vezes por mês, 12% (4 indivíduos) da amostra refere não utilizar sopa e consome-a mais do que sete vezes por semana, respectivamente, enquanto que 3% (1 indivíduo) da amostra refere consumir sopa seis a sete vezes por semana. No que diz respeito ao peixe, 50% (17 indivíduos) refere consumir de três a cinco vezes por semana, 29% (10 indivíduos) da amostra refere consumir uma a duas vezes por semana, 15% (5 indivíduos) da amostra refere consumir mais do que sete vezes por semana e 6% (2 indivíduos) da amostra refere consumir 6 a 7 vezes por semana. Relativamente às verduras, 49% (17 indivíduos) da amostra refere consumir verduras três a cinco vezes por semana, 24% (8 indivíduos) da amostra refere consumir seis a sete vezes por semana, 15% (5 indivíduos) da amostra refere consumir

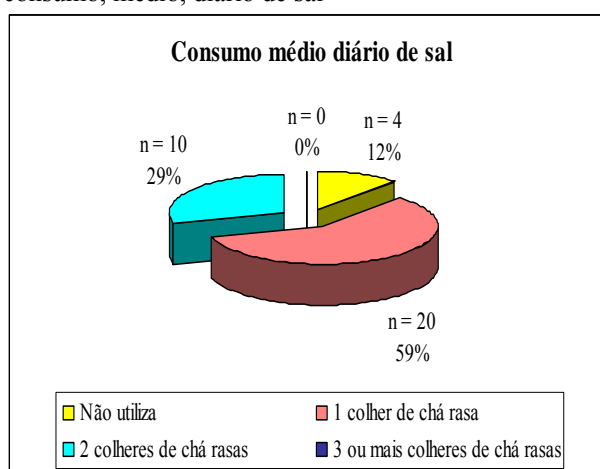
verduras mais do que sete vezes por semana e 12% (4 indivíduos) da amostra refere consumir uma a duas vezes por semana. Relativamente à fruta, 40% (14 indivíduos) da amostra refere consumir fruta seis a sete vezes por semana, 24% (8 indivíduos) da amostra refere consumir três a cinco vezes por semana, 18% (6 indivíduos) da amostra refere consumir mais do que sete vezes por semana, 12% (4 indivíduos) da amostra refere consumir uma a duas vezes por semana e por fim 6% (2 indivíduos) da amostra refere não consumir fruta.

**Tabela n.º24:** Distribuição dos dados relativos ao consumo, médio, diário de sal

Quantidade	n.	%
Não utiliza	4	12
1 colher de chá rasa	20	59
2 colheres de chá rasas	10	29
3 ou mais colheres de chá rasas	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º19:** Distribuição dos dados relativos ao consumo, médio, diário de sal



Como se pode observar pelos dados acima apresentados, 59% (20 indivíduos) da amostra refere consumir uma colher de chá rasa de sal, em média, por dia, 29% (10 indivíduos) da amostra refere consumir duas colheres de chá rasas e 12% (4 indivíduos) da amostra refere não consumir sal.

**Tabela n.º25:** Distribuição dos dados relativos ao consumo diário de bebidas alcoólicas

	Não utilizo	Metade de um copo	1 a 2 copos	3 a 4 copos	5 a 6 copos	7 copos ou mais
<b>Vinho</b>						
n.	n = 12	n = 1	n = 16	n = 5	n = 0	n = 0
%	35%	3%	47%	15%	0%	0%
<b>Cerveja</b>						
n.	n = 33	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0
%	97%	0%	0%	3%	0%	0%
<b>Bebidas Brancas</b>						
n.	n = 34	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0
%	100%	0%	0%	0%	0%	0%

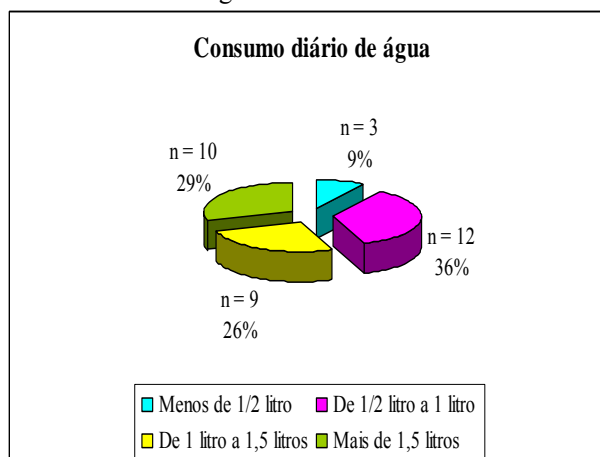
De acordo com os dados apresentados na Tabela n.º25, verifica-se que 47% (16 indivíduos) da amostra refere consumir um a dois copos de vinho por dia, 35% (12 indivíduos) da amostra refere não consumir, 15% (5 indivíduos) da amostra refere consumir três a quatro copos por dia e 3% (1 indivíduo) da amostra refere consumir metade de um copo por dia. Relativamente à cerveja, 97% (33 indivíduos) da amostra refere não consumir cerveja, 3% (1 indivíduo) da amostra refere consumir três a quatro copos de cerveja. Por fim, 100% (34 indivíduos) da amostra, ou seja, a totalidade da amostra, refere não consumir bebidas brancas.

**Tabela n.º26:** Distribuição dos dados relativos ao consumo diário de água

Quantidade	n.	%
Menos de ½ litro	3	9
De ½ litro a 1 litro	12	36
De 1 litro a 1,5 litros	9	26
Mais de 1,5 litros	10	29
<b>Total</b>	34	100

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º20:** Distribuição dos dados relativos ao consumo diário de água



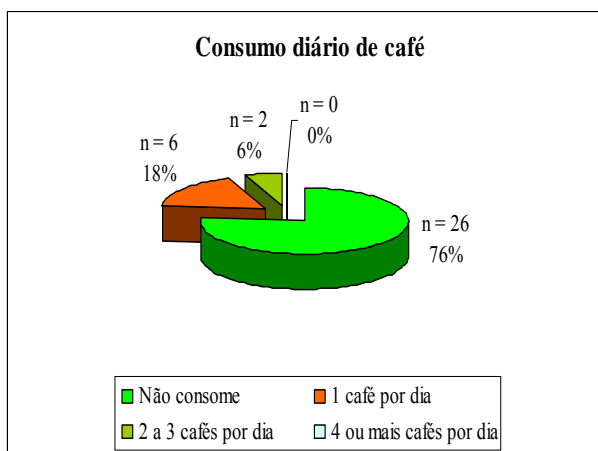
No que diz respeito ao consumo diário de água, verifica-se, pelos dados acima apresentados, que 36% (12 indivíduos) da amostra refere consumir diariamente de meio litro a um litro de água, 29% (10 indivíduos) da amostra refere consumir mais de um litro e meio, 26% (9 indivíduos) da amostra refere consumir de um litro a uma litro e meio por dia e 9% (3 indivíduos) da amostra refere consumir menos de meio litro de água por dia.

**Tabela n.º27:** Distribuição dos dados relativos ao consumo diário de café

Quantidade	n.	%
Não consome	26	76
1 café por dia	6	18
2 a 3 cafés por dia	2	6
4 ou mais cafés por dia	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º21:** Distribuição dos dados relativos ao consumo diário de café



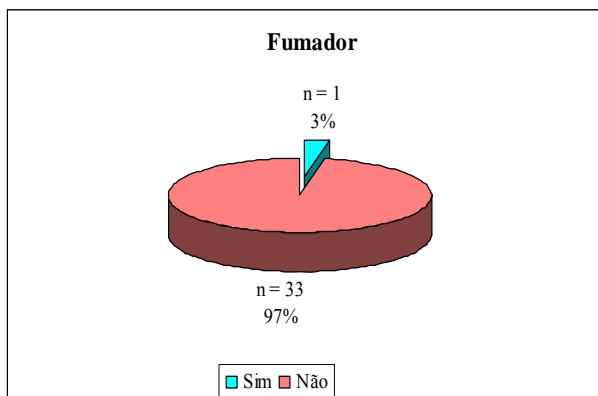
Relativamente ao consumo diário de café, verifica-se na Tabela n.º27 e Gráfico n.º21, que 76% (26 indivíduos) da amostra refere não consumir café no seu dia – a – dia, 18% (6 indivíduos) da amostra refere consumir um café por dia e 6% (2 indivíduos) da amostra refere consumir doía a três cafés por dia.

**Tabela n.º28:** Distribuição dos dados relativos a ser fumador

Estado	n.	%
Sim	1	3
Não	33	97
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º22:** Distribuição dos dados relativos a ser fumador



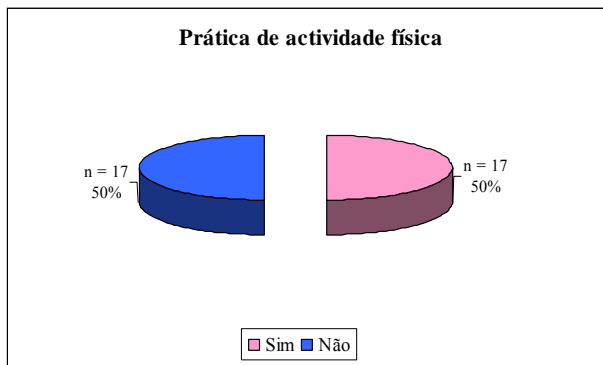
Pelos dados acima apresentados, observa-se que 97% (33 indivíduos) da amostra refere não ser fumador, enquanto que 3% (1 indivíduo) da amostra refere ser fumador.

**Tabela n.º29:** Distribuição dos dados relativos à prática de actividade física

Estado	n.	%
Sim	17	50
Não	17	50
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º23:** Distribuição dos dados relativos à prática de actividade física



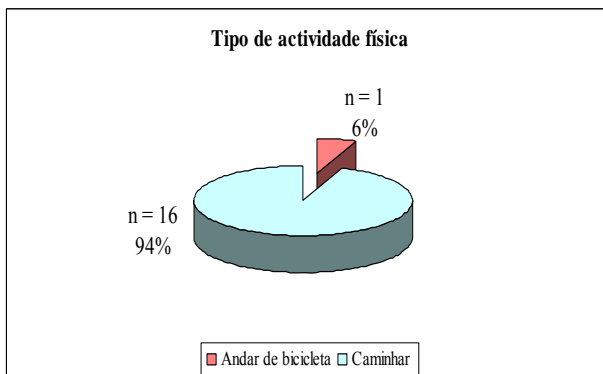
Quanto à prática de actividade física, verifica-se pelos dados apresentados acima, que 50% (17 indivíduos) da amostra pratica actividade física e que 50% (17 indivíduos) da amostra não pratica actividade física.

**Tabela n.º30:** Distribuição dos dados relativos ao tipo de actividade física

Tipo	n.	%
Andar de bicicleta	1	6
Caminhar	16	94
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º24:** Distribuição dos dados relativos ao tipo de actividade física



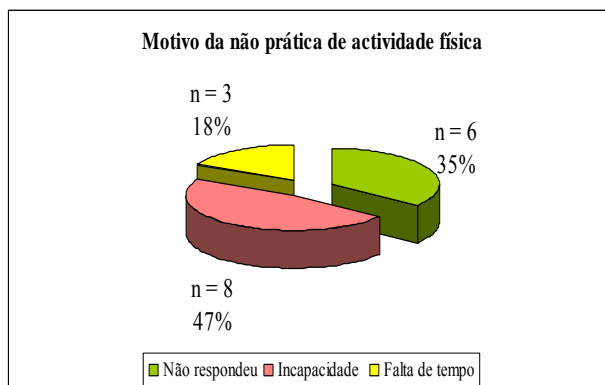
Quanto aos 50% (17 indivíduos) da amostra que refere praticar actividade física, 94% (16 indivíduos) da amostra refere realizar caminhadas, quanto ao tipo de actividade física praticada, enquanto que 6% (1 indivíduo) da amostra refere andar de bicicleta.

**Tabela n.º31:** Distribuição dos dados relativos ao motivo da não prática de actividade física

Motivo	n.	%
Não respondeu	6	35
Incapacidade	8	47
Falta de tempo	3	18
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º25:** Distribuição dos dados relativos ao motivo da não prática de actividade física



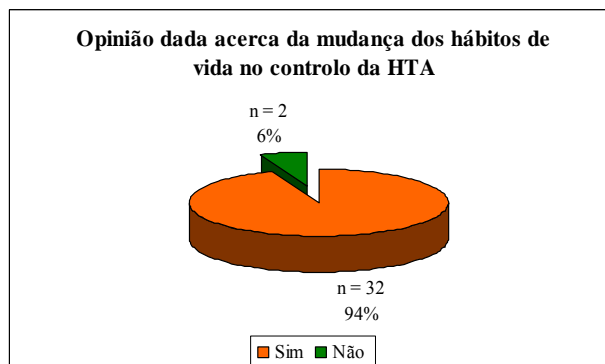
No que diz respeito aos 50% (17 indivíduos) da amostra que refere não praticar actividade física verifica-se que, 47% (8 indivíduos) da amostra refere que não pratica actividade física por incapacidade, não especificando qual o tipo de incapacidade, 35% (6 indivíduos) da amostra não respondeu qual o motivo e 18% (3 indivíduos) da amostra refere que não pratica actividade física por falta de tempo.

**Tabela n.º32:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à opinião dada acerca da mudança dos hábitos de vida no controlo da HTA

Opção	n.	%
Sim	32	94
Não	2	6
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

n.: Tamanho da amostra

**Gráfico n.º26:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à opinião dada acerca da mudança dos hábitos de vida no controlo da HTA



De acordo com os dados acima apresentados, verifica-se que 94 % (32 indivíduos) da amostra refere que a mudança dos hábitos de vida condiciona, de forma positiva, o controlo da HTA. Ainda assim, 6% (2 indivíduos) da amostra refere que a mudança dos hábitos de vida não condicionou de forma positiva a saúde, nem a presença de HTA.

**Tabela n.º33:** Distribuição dos dados da amostra relativamente à justificação dada acerca da mudança dos hábitos de vida no controlo da HTA

	<b>n.</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>		
Não sabe especificar	5	15%
Sente-se melhor	21	61%
As tensões andam controladas	5	15%
As tensões diminuíram	3	9%
<b>Não</b>		
Aumentou a dose de medicação anti - hipertensora	1	50%
Os valores da TA mantêm-se iguais	1	50%

Referente aos 94% (32 indivíduos) da amostra que afirma que a mudança dos hábitos de vida condicionou de forma positiva o controlo de HTA, como podemos verificar, pelos dados acima apresentados, 61% (21 indivíduos) da amostra apresenta como justificação para a sua resposta o facto de com essas mudanças se sentir melhor, 15% (5 indivíduos) da amostra referem, respectivamente, que as tensões andam controladas e outros não sabem especificar, por fim 9% (3 indivíduos) da amostra refere que as tensões diminuíram.

Daqueles que referiram que a mudança dos hábitos de vida não condicionou de forma positiva a sua saúde, nem a presença de HTA, 50% (1 indivíduo) da amostra justifica a sua opção, pois mesmo com essas mudanças teve que aumentar a dose de medicação anti – hipertensora, tal como os restantes 50% (1 indivíduo) da amostra que refere que os valores da TA se mantiveram iguais.

## 2. Discussão dos resultados

Após a apresentação e análise dos dados é realizada a discussão dos resultados, onde se faz a comparação dos resultados perante os objectivos que se pretendem atingir inicialmente, baseado em fundamentos teóricos abordados anteriormente.

Relativamente às características abordadas na caracterização da amostra, tais como o sexo, idade, escolaridade, estado civil, peso e altura é importante verificar qual a sua influência na presença de HTA.

Como se pode verificar, quanto ao sexo, dos 38 inquiridos, 68% são mulheres e apenas 32% são homens, o que vai de encontro com (Malette, 2006, p. 56) pois “quanto à HTA, ela representa, sempre de acordo com a OMS, o segundo maior factor de risco de morte nas mulheres (...)”.

Estando a presença da HTA relacionada com o sexo e a idade do indivíduo, verificou-se que predominam as idades compreendidas entre os 69 e 77 anos, correspondendo a 29% das pessoas com diagnóstico de HTA. De seguida apresentam-se os intervalos de idade entre os 51 e os 59 anos e o de idade igual ou superior a 78 anos, preenchendo 21% da amostra cada um respectivamente. Malette (2006, p. 48) diz que “pelo menos metade das pessoas com mais de 75 anos farão tratamento para a HTA, enquanto que 10% das que tem menos de 45 anos são tratadas da mesma afecção”.

Relativamente à escolaridade, dos 38 inquiridos, verificou-se que 45% possuem o 4º ano de escolaridade, porém, logo de seguida apresentam-se com 42% as pessoas com diagnóstico de HTA que não completaram o ensino, apesar de saberem ler e escrever, ou seja, possuem escolaridade inferior aos 4º ano, exclusive. Já a prevalência de indivíduos com o 5º ano, 6º ano, 12º ano ou Ensino Superior é baixa ou nula.

Apesar de não estar directamente relacionado o grau de escolaridade, com a presença de HTA, observa-se que na sua maioria as pessoas com diagnóstico de HTA tem poucas habilitações literárias, possuidoras apenas do ensino primário ou de conhecimentos simples no que respeita à escrita ou à leitura.

Quanto ao estado civil, verifica-se que 84% das pessoas com diagnóstico de HTA são casados (as), enquanto que 11% são viúvos (as) e 5% são solteiros (as).

Pierin (2004, p. 279), refere que os factores biossociais, como é o caso da escolaridade e do estado civil são relevantes na presença de HTA, nomeadamente no controlo e tratamento

da hipertensão. Acrescenta Martins et al. (2009) que factores como a baixa escolaridade dificultam o acesso ao sistema de saúde, o grau de informação, a compreensão do seu problema e a adesão ao tratamento.

O estado civil e a baixa escolaridade é muitas vezes um factor importante no controlo da HTA, nomeadamente no que diz respeito à confecção dos alimentos e tipo de produtos utilizados no seu tempero, pois o facto de comer em conjunto com outras pessoas faz com que se tenham determinadas atitudes na alimentação não favorecedoras do controlo da HTA e não facilita a adesão ao sistema de saúde pelas incapacidades cognitivas apresentadas, devido á dificuldade de compreensão da informação fornecida.

O peso é outro dos factores importantes na presença de HTA. De acordo com os dados colhidos, dos 38 inquiridos, 28% apresenta um peso compreendido entre os 80 kg e os 89 kg. Também 24% apresenta peso compreendido entre os 60 kg e os 69 kg, tal como acontece com o intervalo entre os 70kg e os 79kg, o que vai de encontro à DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG), pois refere que, o excesso de peso, ou seja, a obesidade é um importante factor de risco para a HTA.

É de verificar que a altura da amostra era predominantemente maioritária no intervalo que diz respeito a 1.60 m e 1.69 m, preenchendo 68% dos inquiridos.

Desta forma, se calcularmos o índice de massa corporal (IMC), isto é, o peso a dividir por duas vezes a altura, do valor que ocupa o limite inferior do intervalo do peso, correspondente aos 28%, ou seja, 80 kg, a dividir pelo valor que ocupa o limite inferior do intervalo da altura, correspondente aos 68%, ou seja, 1.60 m, verificamos que existe obesidade, pois verifica-se um  $IMC \geq 30$  kg. Sem dúvida que existe uma relação entre o excesso de peso e a presença de hipertensão, pois como explica Pierin (2004, p.124), existem mecanismos e alterações no organismo que avantajam a presença de HTA, tais como, aumento da actividade simpática, aumento do débito cardíaco, alterações na resistência à insulina.

No que diz respeito à profissão, verificou-se que 49% das pessoas com diagnóstico de HTA eram reformadas, seguindo-se as domésticas com 37%, tal facto vai de encontro a

Pierin (2004, p. 322) pois refere que “normotensos sedentários têm um risco 20% a 50% maior de desenvolver HTA quando comparados com normotensos fisicamente activos”.

No que diz respeito à idade com que lhe foi diagnosticada a HTA, dos 38 inquiridos, 26% dos hipertensos foi-lhe diagnosticada a HTA no intervalo de idade cujo limite inferior é 45 anos e o limite superior 54 anos, a mesma percentagem verifica-se no intervalo cujo limite inferior é 65 anos e limite superior 74 anos. No Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2003) consta que o grupo etário acima dos 64 anos e entre os 45 anos e os 64 anos as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são mais elevadas.

Assim, pode-se concluir que as pessoas com diagnóstico de HTA são idosas e com profissões pouco activas, o que leva ao aumento da HTA, pois o nosso organismo sofre determinadas alterações com a idade que não permitem que haja um controlo eficaz de todas as funções orgânicas, este facto associado à ausência de prática de actividade física é determinante quer para a susceptibilidade de aumento de HTA assim como para a dificuldade no controlo da mesma.

No que concerne às medidas utilizadas no controlo da HTA, as medidas são distintas, porém para além de uma alguns indivíduos adoptaram mais do que uma medida, a totalidade dos indivíduos da amostra usa a medicação para controlo da HTA. Assim, 29% dos inquiridos refere tomar medicação, 23% diz ter reduzido na ingestão de gorduras e 22% refere ter reduzido na ingestão de sal. Medidas como o controlo do peso e a actividade física são realizadas por 11% e 9% das pessoas com diagnóstico de HTA, respectivamente. Como refere a DGS (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG) se forem adoptadas medidas sólidas, os valores da HTA podem reduzir significativamente, medidas essas, como a redução do peso, a adopção de uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas, redução da ingestão de sal, prática de actividade física, o consumo moderado de álcool e a cessão do hábito de fumar.

Verificou-se ainda, que 32% das pessoas com diagnóstico de HTA refere utilizar três medidas para controlo da HTA, 21% refere utilizar quatro a cinco medidas e 13% apenas uma medida. Tal facto vai de encontro ao que refere o Programa Nacional de Controlo e

Prevenção das Doenças Cardiovasculares (2003), pois como é do nosso conhecimento a opção por tomar uma medida isolada no controlo da HTA não é suficiente, pelo que devem ser adoptadas medidas integradas de forma a controlar os factores de risco, tais como, o tabagismo, o álcool, o sedentarismo, a obesidade, entre outros.

Relativamente à periodicidade da avaliação da TA, dos 38 inquiridos, 50% referiu avaliar a TA uma vez por mês, já 24 % das pessoas com diagnóstico de HTA referem avaliar de 3 em 3 meses, seguindo-se com 21% as pessoas com diagnóstico de HTA que refere avaliar a TA todas as semanas. A DGS (Circular Normativa, 2004, n.º 2/DGCG), refere que os indivíduos que se encontrem a realizar anti-hipertensores deverão realizar consultas todos os meses, até que sejam atingidos valores tensionais desejáveis. Quando ocorre estabilização da TA, os hipertensos deverão realizar consultas com intervalos de 3 a 6 meses.

No que diz respeito ao local de avaliação da TA, 43% dos inquiridos refere avaliara TA quando vai à consulta médica, seguido de 35% que referiu avaliar a TA em casa, e 14 % dos hipertensos refere avaliar a TA na consulta de enfermagem. Desta forma, cabe a todo e qualquer profissional de saúde o diagnóstico, tratamento e vigilância do doente hipertenso, bem como a adesão à terapêutica, a auto vigilância e autocontrolo da HTA e dos factores de risco associados (Programa Nacional de Controlo e Prevenção das Doenças Cardiovasculares, 2003).

Relativamente ao número de locais diferentes que as pessoas com diagnóstico de HTA, 66% refere avaliar a TA em um local apenas, enquanto que 34% refere avaliar em dois locais distintos. Porém, os valores da TA podem diferir consoante o local onde é avaliada, pelo que é necessário ter em atenção o local onde é avaliada (Circular Normativa, 2004, n.º 2/DGCG).

Relativamente à alteração dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA, verificou-se que 89% das pessoas com diagnóstico de HTA refere alterar os seus hábitos de vida, embora 11% refira manter os mesmos. Contudo, a modificação dos hábitos de vida é um factor indispensável para as pessoas com diagnóstico de HTA. Estas modificações incluem a redução do peso, a adopção de uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor em

gorduras saturadas, redução da ingestão de álcool, a actividade física, redução da ingestão de sal e cessação do hábito de fumar (Circular Normativa, 2004, n.º2/DGCG).

Achou-se pertinente saber quais as principais mudanças que as pessoas com diagnóstico de HTA, realizaram após o diagnóstico da mesma e verificou-se que 37% dos inquiridos refere ter reduzido na ingestão de sal e 33% na ingestão de gorduras, os restantes adoptaram alterações mais diversas como se apresenta na Tabela n.º 15. Acrescenta-se ainda, que 46% das pessoas com diagnóstico de HTA efectuou duas mudanças após o diagnóstico de HTA, 21% efectuou três e 12% refere ter efectuado uma ou quatro mudanças, respectivamente. Tal facto vai de em conta a Brandão, et al. (2006, p. 28), pois este refere que é conclusivo que o consumo de sal faz aumentar a TA, sendo um importante factor de risco, pelo que a redução da sua ingestão é favorável à descida da TA.

Pode-se verificar após a análise dos questionários que as pessoas com diagnóstico de HTA efectuaram algumas mudanças, porém verifica-se que o tipo de medidas que estas utilizam para controlar a TA, não corresponde às mudanças efectuadas após o diagnóstico da mesma. As pessoas com diagnóstico de HTA, referem como medidas utilizadas a redução da ingestão de sal e gorduras, o controlo de peso, a prática de actividade física e a redução da ingestão de café. Quando se referem às mudanças efectuadas, apenas salientam a ingestão de sal e gorduras, o que pode dar a perceber que, ou as pessoas assumem que já efectuavam e não tiveram de mudar comportamentos, ou então, e parece ser o mais correcto de acordo com a leitura dos diferentes gráficos, que se contrariam e na realidade eles sabem o que devem fazer mas efectivamente não é o comportamento que assumem.

Relativamente aos produtos utilizados no tempero dos alimentos verifica-se que 54% das pessoas com diagnóstico de HTA refere utilizar os produtos naturais para temperar os alimentos, seguido de 43% que refere utilizar o sal e 3% refere consumir os alimentos sem tempero. Para Pierin (2004, p. 153) torna-se mais saudável a utilização de limão, condimentos ou especiarias, tais como a cebola, salsa, alho, em vez da utilização de sal.

No entanto, verifica-se que 65% das pessoas com diagnóstico de HTA refere utilizar dois produtos diferentes para temperar os alimentos, enquanto que 29% refere utilizar um, porém das que referem utilizar dois, na sua maioria, um dos produtos é o sal, o dá a

entender de que apesar da sua redução na alimentação ainda é mantido como tempero. Hatchett et al. (2006, p. 83) refere que “a ingestão de sal é reconhecida como um dos determinantes mais importantes das diferenças de TA entre e no seio das populações”.

No que diz respeito à confecção utilizada para preparar os cozinhados, observa-se que 41% dos inquiridos refere utilizar grelhados e 39% cozidos. Pierin (2004, p. 158), refere que é preferível cozer ou grelhar em vez de fritar os alimentos.

Porém, 65% das pessoas com diagnóstico de HTA referem utilizar dois tipos de confecção distintos, enquanto que 26% refere utilizar três, verificando-se que para além dos alimentos cozidos e dos grelhados as pessoas com diagnóstico de HTA juntam outro tipo de confecção, tais como, os assados, estufados ou fritos. Desta forma, permanecem os factores de risco na alimentação.

Relativamente à periodicidade no consumo de enlatados, conservas e fumados, dos 34 inquiridos, no que diz respeito aos enlatados 82% refere não os utilizar nas suas refeições. As conservas, 47% das pessoas com diagnóstico de HTA refere utiliza-las 1 a 2 vezes por mês. Por fim, relativamente aos fumados, 49% utiliza-os nas suas refeições 1 a 2 vezes por mês. Contudo, como refere Pierin (2004, p. 154) os enlatados, conservas e fumados são fontes de sódio, logo ao ingeri-los está a ser ingerido sódio aumentando a TA.

No que se refere às gorduras, nomeadamente o azeite, verifica-se que 91% dos inquiridos consome azeite mais que 2 vezes por semana. Quanto ao óleo de soja/girassol, dos 34 inquiridos, 97% não utiliza. A manteiga, 67% das pessoas com diagnóstico de HTA refere não utilizar a manteiga e 21% diz consumir mais do que duas vezes por semana. No que diz respeito à margarina, 76% diz não consumir. Por fim, 88% das pessoas com diagnóstico de HTA refere não utilizar a banha de porco, o que vai de encontro a Mallette (2006, p. 130), pois para que não haja acumulação de gorduras nas artérias a margarina e os óleos hidrogenados deverão ser retirados da dieta, bem como a redução de óleos vegetais polinsaturados, podendo ser substituído pelo azeite virgem.

A sopa, o peixe, as verduras e a fruta são alguns dos alimentos utilizados pelas pessoas com diagnóstico de HTA. Relativamente aos consumo semanal, dos 34 inquiridos, 49%

refere consumir sopa 3 a 5 vezes por semana, seguindo-se uma a duas vezes por semana com 24%. No que diz respeito ao peixe, 50% dos inquiridos refere consumir de 3 a 5 vezes por semana e 29% 1 a 2 vezes por semana. Também, 49% das pessoas com diagnóstico de HTA refere consumir verduras 3 a 5 vezes por semana e 24% mais do que 7 vezes por semana. Relativamente à fruta, 40% refere consumir fruta de 6 a 7 vezes por semana e 24% 3 a 5 vezes por semana. Para Mallette (2006, p. 102), o ideal seria realizar uma dieta equilibrada, que contivesse produtos lácteos, fruta e legumes, pois aí estariam presentes as vitaminas, fibras e minerais, ou seja, os nutrientes necessários a uma TA saudável.

No que diz respeito ao consumo, médio, diário de sal, dos 34 inquiridos, 59% diz consumir uma colher de chá rasa (5 – 6 gramas), enquanto que 29% refere consumir 2 colheres de chá rasas (10- 12 gramas). Segundo Brandão et al. (2006, p. 38), para que não haja outras repercussões a nível do sistema cardiovascular, o consumo de sal deverá ser restringido às 4 a 6 gramas por dia.

Relativamente às bebidas alcoólicas, como o vinho, cerveja e bebidas brancas, 47% dos hipertensos bebe entre 1 a 2 copos por dia de vinho, seguido de 35% que refere não utilizar o vinho. Quanto à cerveja, 97% dos hipertensos não utiliza, enquanto que as bebidas brancas 100% dos hipertensos não utiliza as bebidas brancas. Como refere Pierin (2004, p. 148), “um consumo de até 30g (15 g para mulheres) de etanol/dia parece reduzir os eventos cardiovasculares.”

No que concerne ao consumo de água, 36% dos hipertensos refere que consome entre ½ litro a um litro. Porém, Pierin (2004, p. 157) recomenda a “ (...) ingestão hídrica em cerca de 2 l/dia.”

No que diz respeito ao consumo diário de café, verifica-se que, dos 34 inquiridos, 76% não consome café, de seguida 18% diz consumir um café por dia, o que vai de encontro a Brandão et al. (2006, p. 102) que refere que foram realizados estudos que demonstram que a cafeína aumenta a TA, aumento que ocorre 15 minutos após a sua ingestão, atingindo o pico máximo ao fim de uma hora e tendo um efeito contínuo até três horas. Tal facto leva a concluir que se a ingestão de café se der de forma contínua, a TA irá se manter sempre elevada.

Relativamente ao consumo de tabaco, dos 34 inquiridos, verificou-se que 97% não é fumador. Como refere Brandão et al. (2006, p. 159) “para cada 10 cigarros consumidos por dia, há um aumento na mortalidade cardiovascular em 18% nos homens e 31% nas mulheres.” O que significa que se houver uma redução do tabagismo irá haver um maior controlo na HTA.

Pode-se concluir após as análises anteriores que as pessoas com diagnóstico de HTA mantêm associados ao seu dia – a – dia factores de risco importantes no controlo da mesma, tais como o consumo de sal, gorduras, bebidas alcoólicas, café e tabaco. Embora referiam ter algum cuidado na mudança de comportamentos pode concluir-se dos resultados obtidos que é imprescindível a necessidade de algum reforço, no que diz respeito a educações para a saúde sobre as medidas correctas a adoptar e quais as principais mudanças a efectuar, papel que cabe à equipa de enfermagem.

No que diz respeito à prática de actividade física, 50% dos hipertensos refere não praticar actividade física, por motivos como incapacidade (47%) e falta de tempo (18%), enquanto que os restantes 50% pratica actividade física, 94% dos hipertensos faz caminhadas e 6% anda de bicicleta. Pinto (*cit. in Nursing*, 2008, p. 7) diz que foram realizados diversos estudos que demonstram que a prática de actividade física regular e de intensidade moderada, tende a reflectir-se numa diminuição significativa da TA.

Apesar de actividade física ser extremamente fundamental verifica-se que a aderência à sua pratica é baixa em comparação aos efeitos benéficos que tem na HTA, pois como refere Paschoal et al. (*cit. in Nursing*, 2008, p. 8), a realização de actividade física sistemática pode levar a uma redução de 10 mmHg, em média, quer na TA sistólica como diastólica.

Achou-se pertinente saber se os hipertensos consideram que a mudança dos hábitos de vida condiciona, de forma positiva, o controlo da HTA, pelo que se verificou que 94% acha que sim, tendo esses hipertensos justificado, com expressões como sentir-se melhor (61%), as tensões andam controladas (15%) e as tensões diminuíram (9%), enquanto que 6% diz que não, dizendo que mesmo assim aumentaram a dose do anti – hipertensor (50%) e que os valores da TA mantêm-se iguais (50%). Para Thomas (2001, p. 630), todas as pessoas

portadoras de HTA devem alterar o seu estilo de vida assim como modificar a sua dieta, pois estas medidas podem reduzir ou eliminar a quantidade do tratamento medicamentoso.

Conclui-se assim, após a análise dos resultados obtidos no estudo que factores como sexo, idade, estado civil, profissão, peso e altura tem influência no diagnóstico de HTA, pois, a amostra é maioritariamente constituída por pessoas do sexo feminino, com idade superior a 69 anos, com baixa escolaridade, casadas, obesas, reformadas ou domésticas. Relativamente à periodicidade de avaliação da TA verifica-se que na sua maioria as pessoas com diagnóstico de HTA avaliam a TA uma vez por mês. As principais mudanças efectuadas foi a redução da ingestão de sal, gorduras, pratica de actividade física, uso de medicação, alterar a confecção dos alimentos e o tipo de alimentação, entre outras. No que diz respeito aos principais erros cometidos na alimentação pelas pessoas verifica-se que, para além de efectuarem mudanças, algumas continuam a utilizar o sal e seus derivantes e as gorduras, como a margarina e manteiga. Relativamente à influência do consumo de álcool, café, tabaco e pratica de actividade física, verifica-se que apesar de as pessoas não consumirem bebidas brancas, continuam a consumir vinho, a tomar café, a fumar e a não praticar actividade física, pois, metade da amostra não pratica actividade física por incapacidade não especificada ou por falta de tempo. No entanto, apesar da maioria da amostra considerar que as mudanças efectuadas contribuíram de forma positiva para o controlo da HTA pode verificar-se que estas foram reduzidas o que leva a crer que podem não ser traduzidas em mudanças efectivas para a manutenção de qualidade de vida.

Após estas conclusões verifica-se que a intervenção de enfermagem é fundamental. Visto o maior controlo das pessoas com diagnóstico de HTA ser efectuado a nível dos Cuidados de Saúde Primários, terá de haver uma disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para uma sensibilização sobre as adesão a comportamentos correctos e saudáveis, particularmente a nível dos hábitos de vida, visto as pessoas não apresentarem informação sucinta sobre as medidas, mudanças e atitudes a tomar no caso da presença da patologia. Contudo, o encaminhamento para a frequência das consultas de enfermagem de HTA cabe a todo e qualquer profissional de saúde, pois só desta forma haverá um correcto acompanhamento e a prevenção de possíveis consequências que advenham da HTA.

## CONCLUSÃO

Como a finalização deste trabalho, achou-se oportuno elaborar uma conclusão com o objectivo de expor dados, resultados, situações e opiniões importantes que revelem a essência deste estudo.

A Hipertensão Arterial é para além de um problema de saúde pública isolado, cada vez mais grave, também um importante factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como o AVC e a DI. Daí, a importância cada vez maior no diagnóstico precoce para um tratamento atempada, tratamento esse, que passa pela mudança dos hábitos de vida, tais como, a alimentação, ingestão de sal, gorduras, café, álcool, tabaco, stress, obesidade e prática de actividade física.

Desta forma, é de extrema importância referir que a elaboração deste trabalho científico permitiu uma experiência gratificante, não só pela possibilidade da aplicação dos conhecimentos adquiridos, mas também pela tomada de consciência para a Mudança dos Hábitos de Vida das Pessoas com Diagnóstico de Hipertensão Arterial.

Considera-se que o método escolhido dentro do paradigma de investigação quantitativa descritivo simples foi o mais indicado, tendo em conta os objectivos de investigação. O estudo em causa incidiu junto 38 pessoas com diagnóstico de HTA do Concelho de Monção, seleccionados através do processo de amostragem não probabilística em rede, num período compreendido entre o dia 28 de Junho e 2 de Julho de 2010, através da aplicação directa de um questionário. Os dados foram tratados de forma estatística, com apoio do programa de Microsoft Excel e posteriormente apresentados em quadros e gráficos para uma análise e interpretação mais esclarecedora.

Este estudo apresentava como objectivo geral conhecer as principais mudanças dos hábitos de vida das pessoas, após o diagnóstico de HTA, tendo sido atingido.

Desta forma, as intervenções de enfermagem direccionadas para a HTA centram-se no ensino ao doente, os factores de risco e a importância da adesão ao regime terapêutico.

Pela análise dos dados obtidos, verifica-se que na sua maioria, os hipertensos mudaram os seus hábitos de vida após o diagnóstico de hipertensão arterial, apesar de referirem terem reduzido alguns dos factores influenciadores da HTA, mantêm-nos, tais como o uso de sal, consumo de álcool, café e tabaco, associado à inactividade física. Já no que concerne à sua opinião acerca das mudanças nos hábitos de vida como contribuição positiva para o controlo da HTA, a maioria refere que sim, pois com essas mudanças houve melhorias na HTA, contudo verifica-se a pouca adesão às consultas de enfermagem de hipertensão, pelo que terá de haver ainda um grande investimento nesse aspecto.

Torna-se importante salientar que devido à reduzida representatividade do estudo não foi possível retirar conclusões que abranjam uma população, deste modo os resultados obtidos apenas têm a ver com o contexto estudado.

Depois das conclusões, apresentam-se como sugestões a divulgação dos resultados deste estudo no Centro de Saúde Concelho, para que possam reflectir sobre estes dados e integrar o conhecimento nele proporcionado para fundamentar as práticas das consultas de enfermagem aos hipertensos e a realização de um estudo posterior acerca da opinião dos enfermeiros acerca da adesão das pessoas com HTA na mudança de hábitos de vida, pelo que se torna importante saber até que ponto os enfermeiros tem a devida consciência de que as suas intervenções estão a ser realizadas e cumpridas com sucesso, para que tenham um resultado eficaz no controlo da HTA.

No final deste estudo não se poderia deixar de agradecer a todos hipertensos que aceitaram participar no mesmo, pela sua disponibilidade e compreensão.

## BIBLIOGRAFIA

1. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (2000). *Modificação do estilo de vida e redução do risco cardiovascular em hipertensos ligeiros – Um programa multidimensional de intervenção em grupos*. Lisboa, ISPA.
2. Almeida, L.S., Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psiquilibrios.
3. Brandão, A. A. et alii. (2006). *Hipertensão*. Rio de Janeiro, Elsevier.
4. Borges, C. e Silva, P. (2008). *O Livro da Hipertensão – conhecer, prevenir e tratar*. Lisboa, A Esfera dos Livros.
5. Carrageta, M. (2006). Tudo o que deve saber sobre hipertensão arterial. *Clube Rei do Coração*. N.º9 (Setembro).
6. Conselho Internacional de Enfermeiro (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão B2. Genebra. Copyright.
7. Direcção Geral da Saúde (2004). Circular Normativa – Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial
8. Direcção Geral de Saúde (2009). Elementos Estatísticos – Informação geral. Direcção Geral de saúde, Lisboa.
9. Direcção Geral de Saúde (2003). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares
10. Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

11. Fundação Portuguesa de Cardiologia (sd). Hipertensão. [Em linha]. Disponível em < <http://www.fpcardiologia.pt/hipertensao.aspx> > [Consultado em 20/01/2010]
12. Gauthier, J. H. M., Cabral, I. E., Santos, I. e Tavares, C. M. M. (1998). *Pesquisa em Enfermagem, Novas Metodologias Aplicadas*. Rio de Janeiro, ABDR.
13. Gonçalves, A. e Vilerta, R. (2004). *Qualidade de vida e actividade física: Explorando teoria e prática*. Barueri, Manole.
14. Hatchett, R. e Thompson, D. (2006). *Enfermagem Cardíaca – Um guia polivalente*. Loures, Lusociência.
15. Hicks, C. M. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos – Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. Loures, Lusociência.
16. Hill, M. M. e Hill, M. (2009). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Edições Sílabo.
17. Lakatos, E.M. & Marconi (2007), M.A. *Metodologia científica*, São Paulo, Editora Atlas
18. Lima, J. A. e Pacheco, J. A. (2006). *Fazer investigação: Contributo para a elaboração de dissertações e teses*. Porto, Porto Editora.
19. Maciel, I. (2003). Consulta de enfermagem: Análise da acção junto a programas de hipertensão. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. Volume 11, pp. 207 – 214.
20. Mallette, Y. (2006). *Hipertensão, uma assassina silenciosa*. Mem Martins, Saber Viver.

21. Manual de Estilo de Elaboração de Monografia. [Em linha]. Disponível em <http://www.ufp.pt>. [Consultado em 12/03/2010].
22. Martins, L. C. G., Guedes, N. G., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. O. e Araújo, T. L. (2009). Nível de actividade física em portadores de Hipertensão Arterial. *Revista Latino – América de Enfermagem*, 17 (N.º 4, Julho/Agosto).
23. Ministério da Saúde (2006). Hipertensão arterial. [Em linha]. Disponível em < <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm> > [Consultado em 15/12/2009]
24. Mendes, R. M. N. e Lourenço, C. A. M. (2008). Actividade física no doente hipertenso. *Nursing*, 18 (N.º 229, Janeiro), pp. 6-12
25. Merck Sharp & Dohme (2001). Hipertensão arterial: o assassino silencioso. *Medicina e Saúde*, 4 (N.º 40, Fevereiro), pp. 49-53.
26. O' Rourke, R. A. et alii. (sd). *Hurst's o coração – Manual de Cardiologia*. Lisboa, Mc Graw Hill.
27. Pádua, F. (2005). Hipertensão Arterial uma doença silenciosa. *Farmácia Saúde*. (N.º110, Janeiro), pp. 16-18.
28. Pádua, f. (s.d.). Instituto nacional de cardiologia preventiva – os nossos concelhos sobre hipertensão arterial. [Em linha]. Disponível em < <http://www.incp.pt/> > [Consultado em 24/03/2010]
29. Pierin, A. M. G. (2004). *Hipertensão Arterial : Uma proposta para o cuidar*. Barueri, Manole.

30. Pires, S. M. B. (2003). Hipertensão Arterial. *Ecoss Enfermagem*. (Julho/Dezembro). pp. 34 – 35.
31. Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre, Artmed.
32. Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
33. Santos, Z. M. S. A., Lima, H. P. (2008). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análises das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto de Enfermagem*, 17 (n.º 1, Janeiro/Março).
34. Thomas, B., (2001). *Manual de Prática Dietética*. Lisboa, Instituto Piaget

**ANEXOS**

## **ANEXO I – Questionário**

---



**Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Unidade de Ponte de Lima**

## **QUESTIONÁRIO**

### **Mudança dos Hábitos de Vida das Pessoas com Diagnóstico de Hipertensão** **Arterial**

Rita Catarina Alves Gomes, aluna do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Unidade de Ponte de Lima, encontra-se a realizar uma investigação que tem como objectivo conhecer a mudança dos hábitos de vida das pessoas com diagnóstico hipertensão arterial, solicitando assim, a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

O questionário é anónimo e confidencial pelo que não deverá escrever nenhuma informação que o identifique em nenhuma das partes.

#### **Instruções para o preenchimento:**

Para responder ao questionário terá que:

- Colocar uma cruz (X) correspondente no local que corresponde à sua opinião;
- Não se esqueça de verificar se preencheu todas as respostas.

**Agradece-se, previamente a sua colaboração,**

**A Aluna**

---

# I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

## 1. Dados Pessoais

### 1.1. Sexo

Masculino \_\_\_\_\_

Feminino \_\_\_\_\_

### 1.2. Idade

\_\_\_\_\_ anos

### 1.3. Escolaridade

Não completou o ensino, mas sabe ler e escrever \_\_\_\_\_

4º ano \_\_\_\_\_

5º ano \_\_\_\_\_

6º ano \_\_\_\_\_

12º ano \_\_\_\_\_

Curso Superior \_\_\_\_\_

### 1.4. Estado civil

Casado \_\_\_\_\_

Solteiro \_\_\_\_\_

Viúvo \_\_\_\_\_

Divorciado / Separado \_\_\_\_\_

União de facto (junto) \_\_\_\_\_

### 1.5. Peso

\_\_\_\_\_ kg

### 1.6. Altura

\_\_\_\_\_ cm

### 1.7. Profissão

\_\_\_\_\_

**1.8. Com que idade lhe foi diagnosticada a Hipertensão Arterial?**

\_\_\_\_\_ Anos

**1.9. Que tipo de medidas utiliza no controlo da Hipertensão Arterial?**

Nenhuma \_\_\_\_\_

Medicação \_\_\_\_\_

Redução da ingestão de Gorduras \_\_\_\_\_

Redução da ingestão de Sal \_\_\_\_\_

Redução da ingestão de Café \_\_\_\_\_

Redução da ingestão de Álcool \_\_\_\_\_

Controlo do peso \_\_\_\_\_

Deixar de fumar \_\_\_\_\_

Pratica de actividade física \_\_\_\_\_

**1.10. Com que frequência costuma avaliar a Tensão Arterial?**

Todas as semanas \_\_\_\_\_

Uma vez por mês \_\_\_\_\_

3 em 3 meses \_\_\_\_\_

Mais do que de 3 em 3 meses \_\_\_\_\_

**1.11. Onde avalia a Tensão Arterial?**

Em casa \_\_\_\_\_

Na consulta médica \_\_\_\_\_

Na consulta de enfermagem \_\_\_\_\_

Na farmácia \_\_\_\_\_

Na junta de freguesia \_\_\_\_\_

**1.12. Após o diagnóstico de Hipertensão Arterial alterou os seus hábitos de vida?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**Se a sua resposta foi SIM é favor de continuar a responder ao questionário, passando a questão seguinte. Se a sua resposta foi NÃO a sua colaboração termina por aqui. Obrigada!**

## II. AVALIAÇÃO DA MUDANÇA DOS HÁBITOS DE VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

**1. Quais as principais mudanças que fez após ter-lhe sido diagnosticada Hipertensão Arterial?**

---

---

---

**2. Qual destes produtos mais utiliza para temperar os alimentos?**

Produtos naturais (limão, alho, ...) \_\_\_\_\_

Ervas aromáticas (salsa, pimenta, ...)\_\_\_\_\_

Sal \_\_\_\_\_

Bebidas alcoólicas \_\_\_\_\_

Nenhuma \_\_\_\_\_

**3. Qual o tipo de confecção que mais utiliza para preparar os seus cozinhados?**

Cozidos \_\_\_\_\_

Grelhados \_\_\_\_\_

Estufados \_\_\_\_\_

Assados \_\_\_\_\_

Fritos \_\_\_\_\_

**4. Relativamente aos produtos enlatados, conservas e fumados, assinale com uma cruz (X) a frequência com que os utiliza nas suas refeições.**

	Não utilizo	1 a 2 vezes por mês	Mais de 2 vezes mês	1 a 2 vezes por semana	Mais de 2 vezes por semana
Enlatados					
Conservas					
Fumados					

**5. Das seguintes gorduras, assinale com uma cruz (X), quais as que consome com mais frequência?**

	Não utilizo	1 a 2 vezes por mês	Mais de 2 vezes mês	1 a 2 vezes por semana	Mais de 2 vezes por semana
Azeite					
Óleo de soja / Girassol					
Manteiga					
Margarina					
Banha de Porco					

**6. Assinale com uma cruz (X), o número de vezes, que por semana, consome os seguintes alimentos?**

	Não consumo	1 a 2 vezes por semana	3 a 5 vezes por semana	6 a 7 vezes por semana	Mais de 7 vezes por semana
Sopa					
Peixe					
Verduras					
Fruta					

**7. Relativamente ao sal, na sua alimentação, em média, qual a quantidade diária que utiliza?**

Não utiliza \_\_\_\_\_

1 colher de chá rasa \_\_\_\_\_

2 colheres de chá rasas \_\_\_\_\_

3 ou mais colheres de chá rasas \_\_\_\_\_

**8. Relativamente as seguintes bebidas alcoólicas, assinale com uma cruz (X), a quantidade que consome diariamente.**

	Não utilizo	Metade de um copo	1 a 2 copos	3 a 4 copos	5 a 6 copos	7 copos ou mais
Vinho						
Cerveja						
Bebidas brancas (vodka, whisky, ...)						

**9. Que quantidade de água ingere por dia?**

Menos de ½ litro \_\_\_\_\_

De ½ litro a 1 litro \_\_\_\_\_

De 1 litro a 1,5 litro \_\_\_\_\_

Mais de 1,5 litro \_\_\_\_\_

**10. Costuma tomar café?**

Não \_\_\_\_\_

1 café por dia \_\_\_\_\_

2 a 3 cafés por dia \_\_\_\_\_

4 ou mais cafés por dia \_\_\_\_\_

**11. É fumador?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**12. Pratica actividade física?**

Sim \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

**13. Considera que a mudança dos hábitos de vida condiciona, de forma positiva, o controlo da hipertensão arterial?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Muito Obrigada pela sua Colaboração!*

**ANEXO II – Teste de Orientação – Memória –  
Concentração de seis itens**

---

## TESTE DE ORIENTAÇÃO – MEMÓRIA – CONCENTRAÇÃO DE SEIS ITENS

Item	Erro máximo	Factor de ponderação	Score
Em que ano estamos?	1	X4	=____
Em que mês estamos?	1	X3	=____
Repita esta frase depois de mim: « <b>João Silva, Avenida da Liberdade 42, Lisboa</b> »			
Que horas são mais ou menos?	1	X3	=____
Conte ao contrário de 20 até 1.	2	X2	=____
Diga os meses ao contrário.	2	X2	=____
Repita a frase que lhe disse atrás.	5	X2	=____

Adaptado de Katzman, R.; Brown, T.; Fuld, P. e col. «Validation of a Short Orientation – Memory – Concentration Test of Cognitive Impairment», American Journal of Psychiatry 140:734-739, 1983. Copyright 1983, American Psychiatric Association. Utilizado com permissão. In Spar, J.E.; Rue, A.L.; Guia de Psiquiatria Geriátrica (1998) p.177.