

Patrícia Raquel Cardoso Teixeira

O conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para  
doenças cardiovasculares

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017



Patrícia Raquel Cardoso Teixeira

O conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para  
doenças cardiovasculares

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Patrícia Raquel Cardoso Teixeira

O conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para  
doenças cardiovasculares

---

Patrícia Teixeira

Projecto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do grau  
de licenciatura em enfermagem.

## RESUMO

Actualmente as doenças cardiovasculares são o principal motivo de morbilidade e mortalidade em Portugal. Os factores de risco, conhecidos como causas que aumentam a probabilidade de ocorrência de um determinado evento, antecedem em vários anos às doenças cardiovasculares, dentro destes distinguem-se os factores de risco modificáveis e os factos de risco não modificáveis.

Os factores de risco modificáveis considerados como os possíveis de serem controlados têm forte prevalência na população portuguesa, sendo que o excesso de peso, que consequentemente leva à obesidade provenientes de um estilo de vida cada vez mais sedentário, atinge na actualidade valores consideráveis, sendo vários os estudos que têm revelado que estes valores têm vindo a aumentar ao longo dos anos e o mais preocupante é que na adolescência estes valores percentuais têm cada vez mais incidência. Desta forma, se os nossos jovens têm excesso de peso na adolescência apresentam um elevado risco de se tornarem obesos na idade adulta.

Assim sendo, o principal objectivo da presente monografia é saber o “Conhecimento do alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para as doenças cardiovasculares”, sendo que optou-se por se efectuar um estudo exploratório, descritivo e transversal com metodologia quantitativa, com o intuito de perceber se estes têm o conhecimento de que há factores de risco potencialmente fatais e debilitantes que estão associados a um risco de desenvolver futuramente doenças do foro cardíaco e vascular.

O instrumento de colheita de dados usado foi elaborado pela investigadora e a população escolhida para esta investigação foram alunos do ensino secundário (10º, 11º e 12º ano) das turmas do curso de Ciências e Tecnologias da Escola António Sérgio em Vila Nova de Gaia, sendo a amostra total de sessenta alunos.

**Palavras – chave:** Doenças cardiovasculares; Factores de risco; Factores de risco modificáveis; Factores de risco não modificáveis; Adolescentes

## SUMMARY

Currently the cardiovascular diseases are the main cause of morbidity and mortality in Portugal. The risk factors, known as causes that increase the likelihood of occurrence of a particular event, preceding several years to cardiovascular diseases, within these are distinguishable the modifiable and non-modifiable risk facts.

Modifiable risk factors considered as possible to be controlled have strong prevalence in the portuguese population, being the overweightness, that consequently leads to obesity coming from a lifestyle more and more sedentary, reaches considerable values currently, several studies have revealed that these values have been increasing over the years and the most worrisome is that are in teenagers that these percentage values have increasingly incidence. So if our young people are overweight in adolescence present a high risk of becoming obese in adulthood.

So, the main objective of this monograph is knowing the "high school students knowledge about the cardiovascular diseases risk factors", being that we decided to execute an exploratory study, descriptive and transversal with quantitative methodology, in order to perceive if these have the knowledge that there are risk factors potentially fatal and debilitating that are associated with a risk of developing in the future heart and vascular diseases.

The data collection instrument used was prepared by researcher and the population chosen for this investigation were high school students (10<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> grade) classes of the area of science and technology in the Escola António Sérgio, Vila Nova de Gaia, with a total sample of sixty students.

**Key - words:** Cardiovascular diseases; Risk factors; Modifiable risk factors; Non-modifiable risk factors; Teenagers

## **DEDICATÓRIA**

Sem sombra de dúvida que dedico esta minha monografia e todo este meu percurso acadêmico que considero que tenha sido realizado com sucesso unicamente a cinco pessoas que são os meus mais que tudo, os meus pais, os meus avós maternos e ao meu namorado. São o meu exemplo de vida, símbolos de luta diária, persistência e perseverança.

Os meus pais que são a minha razão de viver e que estiverem sempre de forma incondicional do meu lado, sempre me apoiaram e estiveram presentes, lutaram com unhas e dentes para me possibilitar alcançar este grande sonho de um dia ser Enfermeira e aos meus avós maternos que são o meu tesouro, os melhores segundos pais que Deus me podia dar e que tanto fazem por mim. Sei que a finalização desta grande etapa da minha vida é uma enorme alegria e tenciono futuramente retribuir-lhes todo o esforço impregnado com vista no meu futuro.

Ao meu namorado, por estar sempre presente e por todo o apoio incondicional, ao ver-me concretizar este meu sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço de forma particular à minha orientadora da monografia, à professora Amélia José, pois para além de ser uma excelente profissional é um ser humano maravilhoso, agradeço-he por todo o apoio, empenho e disponibilidade demonstrada ao longo de todo o meu percurso académico principalmente nesta última etapa.

Aos meus pais, aos meus avós maternos e ao meu namorado mais uma vez agradeço por serem os melhores deste Mundo, obrigada por todo o amor, apoio e ensinamentos ao longo de todos estes anos.

E como sou uma pessoa que ama pessoas e de veras sentimental, não me poderia esquecer de referir todos os utentes e profissionais de saúde com quem tive oportunidade de contactar ao longo de todos os ensinamentos clínicos que realizei durante o percurso académico, tive o prazer de trabalhar com pessoas extraordinárias e utentes encantadores, alguns dos quais nunca mais irão sair da minha memória.

Para finalizar profiro uma frase do nosso querido Fernando Pessoa, frase esta que para mim faz todo o sentido e tem um significado muito especial:

*“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”*

Fernando Pessoa

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS**

**APDP** – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**DCV** – Doença Cardiovascular

**ex.** – Exemplo

**FR** – Factores de risco

**FRM** – Factores de risco Modificáveis

**FRNM** – Factores de risco Não Modificáveis

**Fi** – Frequência absoluta

**fi** – Frequência relativa

**g** – Gramas

**HDL** – High Density Lipoproteins (lipoproteínas de alta densidade - “Bom colesterol”)

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**kg/m<sup>2</sup>** – Quilogramas por metro quadrado

**LDL** – Low Density Lipoproteins (lipoproteínas de baixa densidade - “Mau colesterol”)

**mg/dl** – Miligramas por decilitro

**mL** – Mililitros

**mmHg** – Miligramas por mercúrio

**Nº** – Número

**%** – Percentagem

**PA** – Pressão Arterial

**PNCO** – Plano Nacional de Combate à Obesidade

**PNSE** – Plano Nacional de Saúde Escolar

**PNS** – Programa Nacional de Saúde

**SPP** – Sociedade Portuguesa de Pneumologia

**WHO** – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

## **INDICE**

<b>0. INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>I. FASE CONCEPTUAL</b>	<b>19</b>
1. Problema de investigação	19
1.1. Pergunta de investigação	20
1.1.1. Questões orientadoras	21
1.2. Objectivo geral	21
1.2.1. Objectivos específicos	22
1.3. Revisão da literatura	22
1.3.1. Definição de conceitos	22
<b>II. FASE METODOLÓGICA</b>	<b>33</b>
1. Princípios éticos	33
2. Desenho de investigação	34
2.1. Meio	34
2.2. Tipo de estudo	35
2.3. Variáveis em estudo	36
2.4. População e amostra	36
2.5. Processo de amostragem	37
2.6. Instrumento de recolha de dados	37
2.7. Pré – teste	38
2.8. Tratamento e apresentação de resultados	39
<b>III. FASE EMPIRICA</b>	<b>39</b>
1. Apresentação e análise de dados	39
2. Caracterização da amostra	40
3. Discussão dos resultados	52
<b>IV. CONCLUSÃO</b>	<b>60</b>
<b>V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>62</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Pedido de autorização ao Encarregado de Educação

**ANEXO II** – Questionário

## **INDICE DE GRÁFICOS**

**GRÁFICO 1.** Distribuição da amostra por Género **40**

**GRÁFICO 2.** Distribuição da amostra por Idade **41**

## **INDICE DE TABELAS**

<b>TABELA 1.</b> Distribuição nominal da idade dos alunos segundo a amostra	<b>41</b>
---	-----------

## **INDICE DE QUADROS**

**QUADRO 1.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Já ouviu falar em doença cardiovascular?” **42**

**QUADRO 1.1.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para as doenças cardiovasculares conhecidas pelos alunos inquiridos que responderam “sim” à Questão 1. **42**

**QUADRO 2.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Sabe quais os factores de risco para o desenvolvimento de uma doença cardiovascular?” **43**

**QUADRO 2.1.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para os factores de risco conhecidos pelos alunos inquiridos que responderam “sim” à Questão 2. **44**

**QUADRO 3.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Sabe o que são factores de risco modificáveis e factores de risco não modificáveis?” **45**

**QUADRO 4.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Os factores de risco modificáveis têm maior incidência do que os factores de risco não modificáveis no desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”, respondida apenas pelos alunos que responderam “sim” à Questão 3. **45**

**QUADRO 5.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “As características hereditárias são factores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **46**

**QUADRO 6.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Ser fumador é factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **46**

**QUADRO 7.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Qual das seguintes situações considera factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **47**

**QUADRO 8.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que comer alimentos ricos em gordura é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **47**

**QUADRO 9.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que comer alimentos ricos em ómega 3 (ex. salmão, sardinha, atum, nozes) é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **48**

**QUADRO 10.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que ingerir alimentos ricos em açúcar é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **48**

**QUADRO 11.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que passar horas em frente ao computador ou televisão é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **49**

**QUADRO 12.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que beber café em excesso é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **49**

**QUADRO 13.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que mesmo não sendo fumador mas se estiver num ambiente de pessoas fumadoras isso constitui um factor de risco?” **50**

**QUADRO 14.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “A idade é obrigatoriamente um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **50**

**QUADRO 15.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que a falta de sono é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?” **51**

**QUADRO 16.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Concorda com a afirmação: “Ser sedentário e ter uma alimentação saudável não só previne que os jovens desenvolvam uma doença cardiovascular, mas também protege o coração de quem já tem o órgão comprometido.” **51**

## **0. INTRODUÇÃO**

A presente monografia enquadra-se na disciplina de Projecto de Graduação e Integração Profissional do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde e tem como tema de investigação “Conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares.”

O individuo actua e age de acordo com a sociedade que o rodeia, algumas destas acções podem levar a situações indesejáveis que a longo prazo podem acarretar sequelas prejudiciais para a saúde, sendo assim e a prova disso é que as DCV são a primeira causa de mortalidade nos países desenvolvidos.

Visto que constituem um problema da saúde pública e devido ao forte impacto que causam, fundamentou a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das DCV. Desta forma, a promoção da saúde e a prevenção da DCV deve começar na infância, todavia há dificuldade em motivar os jovens a optarem por estilos de vida saudáveis, pois depende muito da percepção do seu risco cardiovascular.

Na actualidade os jovens desde cedo estão expostos a muitos FR cruciais para o desenvolvimento de DCV, embora estas doenças raramente se manifestem na adolescência os comportamentos de risco que aceleram o desenvolvimento das mesmas iniciam-se nesta faixa etária, com isto é necessário que estes estejam informados sobre o que são DCV e da importância da adopção de um estilo de vida saudável com vista a combater sequelas futuras.

Por conseguinte, a escolha deste tema deve-se ao facto de se estar a assistir a um aumento de incidência dos FR na idade jovem, desta forma com este trabalho há possibilidade de poder averiguar se os jovens estão alertados para esta situação e perceber se estes têm conhecimento acerca das DCV, permitindo assim enquanto futura profissional de saúde poder vir a trabalhar nesta área.

A questão de partida que orientou este estudo foi: “Qual é o conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares?”.

Com a elaboração deste trabalho pretende-se atingir o seguinte objectivo: “Identificar o conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares.”.

No presente trabalho optou-se por realizar um estudo exploratório, descritivo e transversal com metodologia quantitativa. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário elaborado pela investigadora, de acordo com as pesquisas efectuadas sobre os factores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A população escolhida para a realização do estudo foram alunos do ensino secundário (10º, 11º e 12º ano) das turmas do curso de Ciências e Tecnologias da Escola António Sérgio, em Vila Nova de Gaia, sendo a amostra total de sessenta alunos.

O trabalho está dividido em três partes fundamentais, a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica, assim como a introdução, a conclusão e as referências bibliográficas.

Na fase conceptual é exposto o problema de investigação, a pergunta de investigação, questões orientadoras, os objetivos de investigação e a revisão da literatura sobre o tema, que é constituída por pesquisas sobre o conhecimento, a saúde, a doença, o sistema cardiovascular, doenças cardiovasculares, factores de risco para doenças cardiovasculares, factores de risco modificáveis, factores de risco não modificáveis, impacto das doenças cardiovasculares na saúde da população portuguesa, adolescência e o papel do enfermeiro na saúde escolar. Na fase metodológica são apresentados os princípios éticos e o desenho da investigação, sendo este constituído por várias etapas: meio, tipo de estudo, variáveis em estudo, população e amostra, processo de amostragem, instrumento de recolha de dados, pré-teste e tratamento e apresentação dos dados. A fase empírica é composta pela apresentação e discussão dos resultados.

Segundo os resultados alcançados, pode-se concluir que os alunos não conhecem a grande maioria das DCV e não sabem distinguir os FR, isto é, os FRM dos FRNM.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

A percepção do Mundo é captada pelo ser humano através da interpretação contínua das experiências que este vai vivendo ao longo da vida, atribuindo assim determinados significados ao que considera ser a realidade. Assim sendo, o conhecimento que se vai adquirindo ao longo do tempo é diferente de indivíduo para indivíduo, uma vez que vai depender do modo como cada um vivencia o seu quotidiano.

A compreensão de determinado fenómeno faz com que o ser humano seja capaz de perceber que existem diferentes caminhos para o conhecimento. Para chegarmos ao conhecimento é essencial termos um método de investigação, segundo Tukman (2000): Não há educação para a qualidade que não passe pela investigação; pelo objectivo de fomentar, em todo o processo de aprendizagem, a atitude de investigação; pelo desenvolvimento de um processo que se inicia com a consciência de um problema e se reinicia permanentemente, pela identificação de uma possível resposta (...).

Existem três etapas do processo de investigação, a primeira denomina-se fase conceptual. A fase conceptual consiste num processo de formulação de ideias e a sua respectiva documentação com o objectivo de uma concepção clara e organizada do problema em estudo. Basicamente é nesta fase em que se trabalha a ideia que irá orientar a investigação.

### **1. Problema de investigação**

O problema de investigação consiste no ponto de partida de um processo de investigação, ou seja, consiste num problema que se pretende desenvolver, para isso será necessário elaborar questões assim como delinear objectivos a atingir, para o resolver. Segundo Fortin (2009):

Um problema de investigação é uma situação que necessita de elucidação ou de uma modificação. Uma situação pode ser considerada como problemática quando há um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e uma situação desejável.

Sendo assim, o problema de investigação deste projecto de graduação é “Conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre factores de risco para doenças cardiovasculares.”.

A escolha deste tema prende-se ao facto de que actualmente as DCV segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia são a primeira causa de morte em Portugal. Com isto, o estudo deste tema é importante para existir uma percepção de qual o conhecimento dos adolescentes acerca desta patologia que a longo prazo pode provocar sequelas nefastas e ser fatal.

As DCV estão associadas a determinados FR, alguns destes que são FRNM, como por exemplo, a idade e a hereditariedade e outros que são FRM, como por exemplo, a adopção de um estilo de vida sedentário e a obesidade, estes que são hoje em dia os que a sociedade jovem encontra-se desde cedo exposta, quer seja de forma voluntária ou involuntária, o que é preocupante atendendo a que estes FR podem vir a comprometer o bom funcionamento do aparelho cardiovascular.

Desta forma, é pertinente saber qual o conhecimento dos alunos de ensino secundário sobre alguns destes FR que têm elevada contribuição para o desenvolvimento de determinada patologia cardíaca e vascular.

### **1.1. Pergunta de Investigação**

Considera-se como pergunta de investigação, uma pergunta na qual se pretende enunciar o projecto de investigação, uma vez que é através desta que se procura compreender melhor e/ou saber.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008) a pergunta de investigação é “(...) através da qual o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”.

Assim definiu-se como pergunta de investigação: “Qual é o conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares?”.

### **1.1.1. Questões orientadoras**

As questões orientadoras são perguntas que vão de encontro ao que se pretende desenvolver relativamente ao problema de investigação, com a finalidade de se saber qual o conhecimento que existe sobre o mesmo.

Para Fortin (2009), “Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.”.

Desta forma, as questões orientadoras definidas foram:

- O que é que os alunos do ensino secundário entendem como FR?
- Quais são os FR que os alunos do ensino secundário consideram ter maior incidência no desenvolvimento de uma patologia cardíaca e vascular, os FRM ou FRNM?
- Quais são as DCV que os alunos do ensino secundário conhecem?

### **1.2. Objectivo geral**

Define-se por objectivo geral o que se considera ser a razão pela qual se realiza um projecto de graduação.

Segundo Fortin, (2003), “O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Atendendo ao que foi referido anteriormente, o objectivo geral definido é: “Identificar o conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares.”.

### **1.2.1. Objectivos específicos**

Entende-se como objectivos específicos, aqueles que vão clarificar mais especificamente qual o conhecimento sobre o tema em estudo. Sendo assim, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

- Averiguar o que os alunos do ensino secundário entendem como FR.
- Identificar quais são os FR que os alunos do ensino secundário consideram ter maior incidência no desenvolvimento de uma patologia cardíaca e vascular.
- Determinar quais são as DCV que os alunos do ensino secundário conhecem.

### **1.3. Revisão da Literatura**

A fase conceptual como sendo uma das três etapas de investigação, engloba a revisão da literatura, esta que é de extrema importância na investigação.

A revisão da literatura envolve localizar, estudar, resumir e interpretar a investigação prévia relacionada com o problema em estudo, desta forma será possível obter uma ideia precisa sobre o estado actual dos conhecimentos sobre o problema em estudo.

Para Fortin (2003) “A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação.”.

#### **1.3.1. Definição de Conceitos**

##### **Conhecimento**

O conhecimento está directamente ligado ao homem, dado que tem haver com sua realidade. O conhecimento pretende idealizar o bem-estar do ser humano, logo o

conhecimento advém das relações do homem com o meio. A forma de explicar e entender o conhecimento passa por várias vertentes como: conhecimento empírico, conhecimento filosófico, conhecimento teológico e conhecimento científico (Gonçalves, 2013, *cit. in* Sousa).

O conhecimento é um conceito que implica diversidade e dá lugar a diferenças e semelhanças nos diversos tipos de saberes. Sendo que, é devido ao desenvolvimento dos conhecimentos provenientes da investigação que existe a possibilidade da ciência estar continuamente em progressão (Fortin, 2009).

O conhecimento humano pode ser definido de várias maneiras. No que se refere à prática, é definido como um processo pelo qual se determina a relação entre o indivíduo e o objeto. Por conseguinte, esta definição estabelece que pode existir vários tipos de conhecimento: o conhecimento religioso, o conhecimento científico, entre outros (Gonçalves, 2013 *cit. in* Lamb).

O conhecimento científico depende da observação e experiência com os objectos e fenómenos do mundo real, sendo por isso considerada a ciência empírica, que depende da experiência e consiste em construir esquemas, em explorar por meio da lógica, as relações entre os elementos abstractos com a finalidade de daí deduzir propriedades que correspondam com precisão suficiente às propriedades empíricas directamente observadas. Assim sendo, este conhecimento é formado por observação da natureza e por teorias e hipóteses que podem ser confrontadas (Gonçalves, 2013 *cit. in* Lamb).

## **Saúde**

Segundo a WHO, o conceito saúde é definido não só como a ausência de doença, mas sim um bem-estar físico assim como a nível mental e social e desta forma não consiste somente na ausência de afecções e enfermidades. A saúde hoje em dia conota um valor colectivo e não individual e portanto cada um deve desfrutar da sua saúde individualmente mas não deve prejudicar a saúde de outrem (WHO, 2017).

## **Doença**

A doença segundo a WHO, é definida como a ausência de saúde. Poder-se-á desta forma considerar que a doença é um estado que ao atingir o individuo irá provocar distúrbios não só físicos como mentais e sociais. A causa da doença pode ser por factores endógenos, ou seja, factores internos e sendo assim do próprio organismo ou por factores exógenos, ou seja, factores externos e sendo assim do meio exterior ao organismo (WHO, 2017).

## **Sistema Cardiovascular**

O aparelho cardiovascular é constituído por os respectivos vasos sanguíneos e linfáticos, o coração e o sangue. Segundo Opperman (2001):

Estas estruturas têm três principais funções. A primeira é transportar nutrientes e oxigénio às células do corpo e transportar, para fora das células, os resíduos celulares, incluindo o dióxido de carbono. A segunda é proteger o corpo de microorganismos invasores. A terceira função do aparelho cardiovascular é a de regular a temperatura corporal.

## **Doenças Cardiovasculares**

As DCV estão estatisticamente comprovadas como a principal causa de morbilidade e mortalidade a nível Mundial em todo o mundo, são um grupo de doenças que incluem distúrbios no coração e nos vasos sanguíneos. Dentro deste grupo encontra-se: doença cardíaca coronária, doença cardíaca reumática, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, cardiopatia isquémica, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (WHO, 2017).

Dada esta problemática, as organizações de saúde visam a prevenção, de forma a reduzir o número de casos de doença. Para tal, a investigação científica encontra-se em desenvolvimento, assim como a compreensão da genética cardiovascular (Bourbon, 2008), de forma a melhorar a rapidez de diagnóstico e acompanhamento dos indivíduos, nomeadamente no acompanhamento dos FRM. As DCV representam um termo amplo

Conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares

que inclui várias doenças cardíacas e vasculares mais específicas, sendo que incluem as doenças cardíacas, doenças vasculares e doenças cerebrais.

### **Factores de risco para Doenças cardiovasculares**

Designa-se por FR as condições que predisõem um individuo com maior probabilidade de desenvolver uma determinada patologia. Neste caso em concreto, são condições que predisõem um individuo a maior risco de desenvolver doenças do coração e dos vasos.

Segundo Reppold (2002) “são condições ou variáveis que estão associadas a uma alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis.”

Os índices de prevalência e incidência de potenciais FR assim como as previsões feitas pela WHO têm sido objecto constante de preocupação, uma vez que segundo dados a WHO prevê que nos países desenvolvidos ocorra um crescimento das DCV até cerca de 50% até ao ano 2020 (WHO, 2017).

### **Factores de Risco Modificáveis**

Os FRM são todas aquelas condições que são adoptadas pelo individuo e que este pode influenciar, mudar, prevenir ou tratar. Sendo mais de 50% estes os FR responsáveis pelo acontecimento dos eventos cardiovasculares. Estes são:

- **Tabagismo:** considerado como uma pandemia e um problema de saúde pública dos tempos modernos atendendo ao facto de o elevado número de prevalência e de incidência de fumadores, o tabagismo é a principal causa de morte evitável a nível mundial (WHO, 2008), contribuindo para o desenvolvimento de DCV.

- **Sedentarismo:** a inactividade do exercício físico é uma das potenciais causas do desenvolvimento das DCV e infelizmente é cada vez maior o número de jovens sedentários. Segundo a DGS (2005), Portugal tem uma elevada percentagem de sedentarismo, sendo considerado o país da União Europeia com maiores níveis de

inactividade física, em que cerca de 75% da população com mais de 15 anos a principal actividade é ver televisão, usar computador, etc.

A prática de exercício físico de forma regular irá combater o ganho de excesso de peso enquanto o contrário acontece com o hábitos de ser sedentário, diversos estudos compravam isso mesmo, indivíduos que pratiquem exercício físico em moderada e grande quantidade apresentam menos probabilidade de ganharem peso e consequentemente se tornarem obesos (Fogeholm *et alii*, 2000).

A recomendação geral para a prática de exercício físico a nível moderado ou alta intensidade deve rondar os 30 minutos, contudo embora seja eficaz na prevenção das DCV não é o suficiente para alguns dos indivíduos combaterem o excesso de peso, para estes o recomendado será prática de exercício físico de intensidade moderada a rondar os 60 a 90 minutos diários (Saris *et alii*, 2003).

- **Obesidade:** a obesidade é considerada na actualidade um grande problema de saúde pública das sociedades. Esta é caracterizada como um acumulo de gordura no organismo que consequentemente levará a riscos para a saúde (WHO, 2008).

A adolescência corresponde a um período da vida no qual ocorrem profundas modificações no crescimento e maturação do ser humano. Neste período de transição, é extremamente difícil estabelecer uma definição precisa para obesidade e excesso ponderal. Por anteceder de imediato a idade adulta, a época da adolescência deve ser considerada de grande importância para que se estabeleçam intervenções que possam modificar riscos futuros (WHO, 2008).

A obesidade pode ser classificada de diferentes formas, sendo a preferencial a que se baseia no IMC (Blancher, 2004).

O cálculo do IMC consiste na divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros). O intuito desta fórmula matemática é identificar situações de magreza excessiva, obesidade e os seus diferentes graus (González, 2005). A WHO (2008)

Conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares

determinou que o IMC normal deveria encontrar-se entre os 18.5 kg/m<sup>2</sup> e os 24.9 kg/m<sup>2</sup>, o excesso de peso a partir dos 25kg/m<sup>2</sup> e obesidade desde 30kg/m<sup>2</sup>.

As causas da obesidade são diversas, sendo a mais comum o resultado da ingestão de uma quantidade de calorias maior do que as necessidades do organismo (Kumanyika, 2007).

- **Hipertensão Arterial:** define-se como a elevação persistente da pressão arterial acima de 140mmHg de PA Sistólica e/ou 90mmHg de PA Diastólica.

Prevalece seis vezes mais em obesos do que não obesos. Sendo que o aumento de 10% de gordura corporal reflecte um aumento significativo da pressão arterial (Mariath *et alii*, 2007), com este aumento a probabilidade de desenvolver uma DCV fica elevada.

- **Álcool:** considera-se que o uso nocivo do álcool seja responsável por milhões de mortes todos os anos (WHO, 2009).

A fim de evitar problemas com o álcool é estabelecido o consumo aceitável de até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres, sendo que uma dose equivale aproximadamente a cerca de 150mL de vinho, 350mL de cerveja ou 40mL de uma bebida destilada, sendo que cada uma contém entre 10g a 15g de etanol (WHO, 2004).

- **Maus hábitos alimentares:** a adopção de um mau hábito alimentar, incluindo o consumo elevado de colesterol, lípidos, assim como a baixa ingestão de fibras desempenham um papel importante na etiologia dos FR para DCV, principalmente na idade jovem, onde ocorrem mais erros a nível nutricional.

- **Diabetes Mellitus:** é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, pela insuficiente transformação desta proveniente dos alimentos pelo organismo. Podem distinguir-se 3 tipos de Diabetes mellitus.

A Diabetes mellitus tipo 1 que é a menos comum, é caracterizada pela produção insuficiente de insulina pelo pâncreas. Aparece com maior frequência nas crianças e nos jovens.

A Diabetes mellitus tipo 2 corresponde a cerca de 90% de todos os casos de Diabetes mellitus (DGS, 2011). Embora o pâncreas tenha capacidade para produzir insulina, a alimentação inadequada associada à vida sedentária e à inactividade física, tornam o organismo resistente à acção da insulina, obrigando assim o pâncreas a produzir cada vez mais insulina, até que esta deixa de ser suficiente. O excesso de peso e a obesidade estão intimamente ligadas à Diabetes mellitus, principalmente a obesidade abdominal que contribui para a insulinoresistência e por conseguinte o aumento da glicemia.

A Diabetes gestacional, tal como o próprio nome indica refere-se à que aparece durante o período de gravidez e desaparece no fim da mesma. Todavia, é fundamental adoptar medidas de precaução de modo a evitar que a Diabetes mellitus tipo 2 se venha a instalar futuramente no organismo.

Estima-se que esta doença crónica afecte mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. A prevalência tem vindo a aumentar na última década em todos os grupos etários, mas particularmente nos jovens (Khoury, 2013). Projecta-se que na próxima década a incidência aumente 50% com a prevalência da obesidade e o sedentarismo como contribuidores major. Assim em 2030 prevê-se que se torne na sétima causa de morte a nível mundial (Peters, 2014).

Segundo a APDP (2016), os critérios de diagnóstico de Diabetes mellitus são valores de referência se glicemia em jejum for maior ou igual a 126 mg/dl ou glicemia a qualquer hora for maior ou igual a 200 mg/dl, com sintomas típicos de Diabetes mellitus (poliúria, polidipsia, perda de peso, entre outros.) ou glicemia 2 horas após a refeição for maior ou igual a 200 mg/dl.

- **Uso de drogas:** actualmente estão comumente ligadas a uso crónico, a situações de problemas sociais ou de saúde. Drogas como cocaína, anfetaminas, heroína, entre outras estão associadas ao aumento do risco de DCV.

Estudos evidenciaram que a modificação destes FR quer por mudança de estilos de vida e/ou intervenção médica podem resultar em substanciais melhorias na morbilidade e mortalidade.

### **Factores de risco não modificáveis**

Os FRM são todas aquelas características impossíveis de serem mudadas e que são intrínsecas ao indivíduo. Sendo eles:

- **Idade:** em que o efeito cumulativo da idade no sistema cardiovascular e a natureza progressiva de outros FR, irão aumentar o risco de desenvolver uma DCV.

- **Hereditariedade:** os factores genéticos podem ter influência no risco de DCV.

- **Sexo:** as DCV são mais prevalente em homens do que em mulheres (Petrea, 2007).

- **Etnia:** há diferença relativamente ao grau de risco em desenvolver uma DCV a nível da etnia, uma vez que, por exemplo as populações negras tem maior probabilidade quando comparados com populações brancas, isto explica-se pela diferença que há a nível da localização geográfica e conseqüentemente do acesso aos cuidados de saúde (Kissela, 2004).

### **Impacto das doenças cardiovasculares na saúde da população portuguesa**

Pela primeira vez em Portugal, no ano de 2015, o peso relativo das doenças do aparelho circulatório na mortalidade total situou-se abaixo dos 30%, atendendo a que houve uma melhoria de todos os indicadores sobre doenças cérebro-cardiovasculares, como resultado de uma acção combinada das medidas preventivas adoptadas e da organização dos serviços de saúde.

Todavia, as DCV continuam a ser a principal causa de morte a nível nacional justificando-se que se mantenham no topo das prioridades no que se refere ao planeamento em saúde.

Em termos de comparação com outros países europeus, verifica-se que a mortalidade por doença isquémica cardíaca situa-se abaixo da média europeia, ocupando a mortalidade por doença cerebrovascular posição inversa. Defende-se, por isso, a necessidade de um novo impulso no tratamento do AVC.

A redução da mortalidade prematura, ou seja, aquela que se verifica antes dos 70 anos de idade, constitui um dos objetivos estratégicos do PNS (2016). Deste modo, pretende-se promover a adopção de um estilo de vida saudável e incorporar novos programas vocacionados ao combate de factores de risco modificáveis (DGS, 2016).

## **Adolescência**

A adolescência é caracterizada como uma fase de desenvolvimento humano onde é possível observar-se uma série de transformações corporais. É nesta fase do ciclo da vida onde habitualmente é possível verificar-se frequentes associações com comportamentos de risco, como o uso do tabaco em que segundo a WHO (2017) grande maioria dos adultos que fumam nos dias de hoje começou a fazê-lo quando eram adolescentes, as drogas e o álcool que são considerados como a causa primária dos acidentes rodoviários, violência e mortes prematuras, os maus hábitos alimentares e a inactividade física associados à obesidade (WHO, 2017).

Vários estudos têm procurado compreender o porquê do maior ou menor envolvimento em comportamentos de risco por parte dos adolescentes de hoje em dia. Alguns destes estudos concluem que actualmente a morbidade e mortalidade em adolescentes têm vindo a deslocar-se das causas biológicas para as causas sociais, sendo assim esta tendência desmente a visão tradicional de que a adolescência é um tempo de saúde óptima e bem-estar (Santos, 2010).

Tal como já referido anteriormente, os adolescentes são normalmente vistos como um grupo em especial risco de se envolver em comportamentos comprometedores para a saúde, estes que portanto podem pôr em risco a saúde individual a curto ou a longo prazo, sendo assim vários investigadores mostram-se interessados em estudar o comportamento adolescente (Carter *et alii*, 2007).

Um comportamento de risco é definido como qualquer actividade praticada por um indivíduo, com frequência e intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente. Sendo que tal actividade é realizada habitualmente como dependente da vontade, que poderão levar a resultados que são incertos, uma vez que desencadeiam consequências negativas (Michael, 2007).

Os estudos epidemiológicos realizados durante a segunda metade do século XX, sobre as grandes epidemias, identificaram como principal factor de risco o comportamento humano. Ao contrário dos microrganismos que actuam mais ou menos rapidamente sobre o organismo humano, o comportamento humano só provoca sequelas mais ou menos a longo prazo, dado que os comportamentos que são adoptados como estilo de vida vão-se instalando ao longo do desenvolvimento do indivíduo, que acaba por sucumbir a doenças associadas a esse estilo de vida (Ribeiro, 2007).

Atendendo a que os factores de risco são relações entre uma causa e doença, pode acontecer que um comportamento seja considerado preventivo face a uma doença e simultaneamente um factor de risco para outra doença, por exemplo, a prática de exercício físico é considerado um comportamento preventivo para o desenvolvimento de doenças do aparelho circulatório, mas pode ser um factor de risco para doenças osteoarticulares.

### **Papel do enfermeiro na saúde escolar**

A Saúde Escolar tem um percurso notável, com marcas que são permanentes e relevantes, na promoção da saúde e prevenção da doença no contexto escolar (PNSE, 2015). A prova disso é o estado de saúde da população portuguesa que teve melhorias significativas, todavia os determinantes da saúde relacionados com os estilo de vida têm

Conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares

ainda, um peso significativo nas doenças não transmissíveis, sendo assim, continua a ser necessário melhorar o nível de intervenção através de estratégias de promoção da saúde.

Segundo o PNSE (2015), um ambiente escolar seguro:

É aquele que protege os estudantes e restante comunidade escolar contra perigos imediatos ou doença e promove atividades de prevenção e atitudes contra fatores de risco conhecidos que poderão levar a doença futura ou incapacidade.

Assim sendo, a Saúde escolar é a chave mestre no desenvolvimento das competências de uma determinada comunidade educativa, com intuito de permitir que esta melhore o seu nível de bem-estar físico, mental e social e desta forma contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, Parecer nº14, 2013).

Atendendo a este facto o papel do enfermeiro é fundamental a nível da intervenção escolar, pois vai ajudar os jovens a reconhecer as suas capacidades e competências com vista a facilitar as suas escolhas. O enfermeiro terá desta forma o objectivo de promover uma melhor informação e para isso implica alertar para a causas de morte ou doença e os FR a elas associadas, com vista a que haja uma menor exposição dos jovens aos riscos evitáveis.

Com isto, pode-se concluir que o papel do enfermeiro na saúde escolar passa por valorizar a promoção da saúde e a prevenção da doença, com o principal objectivo de responder aos desafios encontrados na determinada escola, este que é considerado um contexto em que há elevado potencial para a melhoria dos estilos de vida.

De encontro ás DCV, o enfermeiro deve estar atento a todos presentes FRM no contexto escolar, sensibilizar a comunidade educativa para importância da prevenção e da identificação dos efeitos imediatos, a médio e a longo prazo dos hábitos tomados e dependências, das consequências a nível físico, psicológico, familiar e social e do seu possível impacto no rendimento escolar.

## **II. FASE METODOLÓGICA**

A fase metodológica consiste numa etapa da investigação na qual é decidido o método adoptado para dar à questão de investigação, segundo Fortin (2003) a fase metodológica “(...) operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.”

### **1. Princípios éticos**

Segundo Fortin (2003) “(...) A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação.”

Visto que qualquer investigação envolve seres humanos é essencial ter em consideração o ponto de vista ético, sendo assim nesta investigação foram assegurados “(...) os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética” (Fortin, 2003), sendo estes:

O direito à auto - determinação segundo Fortin (2003) que baseia-se no respeito pelas pessoas, atendendo ao facto de que estas têm a capacidade para decidir o seu próprio destino, desta forma os alunos inquiridos foram convidados a participar neste projecto de investigação, tendo-lhes sido explicado o fundamento e o objectivo principal da recolha de dados, sendo por isso facultado o direito de quererem participar ou não.

Relativamente ao direito à intimidade que segundo Fortin (2003) caracteriza-se pelo facto de que as informações devem ser consideradas como privadas e intimas, desta forma foi informado aos alunos a importância da participação na recolha de dados para este estudo, contudo esclarecendo que eram livres de decidirem sobre a participação ou não.

O direito à confidencialidade, segundo Fortin (2003) refere-se a que os resultados devem ser apresentados de uma forma a que nenhum dos participantes possam ser identificados quer pelo investigador nem pelos que vão analisar o estudo de

investigação, desta forma os alunos foram informados de que todos os dados seriam recolhidos de forma anónima e confidencial, desta maneira não deveriam colocar nada que os identificasse, tendo sido assim cumprido este direito.

O direito a um tratamento justo e leal, caracteriza-se segundo Fortin (2003) “(...) Os sujeitos têm o direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo.”, sendo assim com vista a cumprir com este direito todos os alunos foram convidados a participar nesta recolha de dados assim como foram informados da sua natureza, durabilidade e fim.

Por último e quinto direito, o direito da protecção contra o desconforto e o prejuízo, que segundo Fortin (2003) refere-se a um princípio em que “(...) todos os membros da sociedade desempenham um papel activo na protecção dos dados revelados com o objectivo de prevenir o desconforto, o prejuízo e promover o bem-estar do indivíduo.”, em que na elaboração deste estudo não houve qualquer possibilidade que colocar em risco o conforto e bem-estar dos alunos.

No momento da recolha da informação os alunos questionados foram devidamente todos informados sobre a natureza da investigação, dos objectivos e das metodologias usadas para realizar o estudo. O consentimento informado foi obtido através de uma autorização realizada pela investigadora que foram entregues aos encarregados de educação, dos alunos menores de idade, pela escola.

## **2. Desenho de investigação**

O desenho de investigação caracteriza-se por o investigador elaborar um plano lógico com intuito de estabelecer uma maneira de levar à concretização dos objectivos, estes que são encontrar respostas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009).

### **2.1. Meio**

O meio é um lugar onde se realiza determinado estudo de investigação e qualquer estudo conduzido fora do laboratório é designado de estudo em meio natural, o que

significa assim que efectuam-se em qualquer parte, ou seja, fora de lugares que não são controlados (Fortin, 2003).

Assim sendo, o presente estudo realizou-se em meio natural, uma vez que a recolha de dados foi efectuada na Escola António Sérgio, em Vila Nova de Gaia.

## **2.2. Tipo de estudo**

O tipo de estudo refere-se em descrever a base usada segundo a questão de investigação com intuito de vir a descrever as variáveis existentes, para poder explorar e/ou examinar as relações entre estas.

Segundo Fortin (2009) “(...) O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. O objectivo é descrever e decifrar, mais do que avaliar.”

Sendo assim a metodologia de investigação utilizada neste estudo foi de paradigma quantitativo do tipo exploratório, descritivo e transversal realizado num meio natural.

Neste estudo o método de abordagem escolhido foi o descritivo atendendo a que segundo Fortin (2003) “Confina-se a caracterizar os fenómenos pelo qual alguém se interessa, tendo como objectivo discriminar agentes fundamentais ou conceitos que possam estar relacionados aos fenómenos em estudo.”

Trata-se de um estudo quantitativo, uma vez que segundo Fortin (2003):

“Este é um processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, e oferecer a possibilidade de universalizar os resultados, de antever e controlar os acontecimentos.”

A finalidade de um estudo descritivo prende-se com o facto de se querer explorar as relações existentes entre as variáveis, assim como descrevê-las, permitindo desta forma determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado (Fortin, 2009).

No que se refere à dimensão temporal será do tipo transversal, pois segundo Fortin (2009) “A obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. São estudos económicos, simples de organizar e fornecem dados imediatos e utilizáveis, contudo, têm um alcance mais limitado que os estudos longitudinais.”

### **2.3. Variáveis de estudo**

As variáveis em estudo são consideradas como uma classificação ou medida, sendo assim uma quantidade que varia (Fortin, 2009), basicamente são características às quais atribuem-se determinados valores.

Segundo Fortin (2003) “As variáveis de atributo são características dos sujeitos num estudo.”

Sendo assim as variáveis atributo neste estudo são o género e a idade. A variável em estudo foi “O conhecimento dos alunos de ensino secundário sobre os factores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares”.

### **2.4. População e Amostra**

Para ser possível executar este estudo de investigação foi planeado antemão o processo de colheita de dados, isto é, quais seriam os sujeitos ideais para serem inquiridos, qual o espaço adequado à colheita e ainda qual o momento mais propício para efectuar a colheita de dados.

A população segundo Fortin (2003) “(...) compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características em comum, para as quais são definidos critérios estabelecidos para o estudo.”

Desta forma, tendo presente este conceito de população e como decisão critérios de selecção, a população que serviu de base ao estudo foram os alunos do ensino secundário das turmas do curso de Ciências e Tecnologias da escola António Sérgio.

A amostra deve ser representativa da população visada, sendo assim surgiu a necessidade de possuir uma amostra que contivesse as características da população.

Segundo Fortin (2003) “Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo”.

No presente estudo a amostra foi então constituída por 60 alunos do ensino secundário com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos.

### **2.5. Processo de Amostragem**

Segundo Fortin (2003) “o plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra (...)”

Basicamente o processo de amostragem é uma estratégia utilizada para escolher os indivíduos que vão fazer parte da amostra. De acordo com este estudo de investigação, processo de amostragem foi uma amostra não aleatória acidental, isto é, a amostra seleccionada baseou-se na técnica da amostra não aleatória, que “(...) é uma conduta segundo o qual, cada elemento da população não apresenta a mesma probabilidade de ser escolhido para a constituição da amostra.”, sendo do tipo acidental, pois “(...) é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)” (Fortin, 2003).

### **2.6. Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados, tal como o próprio nome indica é o instrumento utilizado para efectuar a colheita de dados, fundamental para se conseguir dar resposta às perguntas de partida, assim como aos objectivos de estudo.

Para Fortin (2009), a colheita de dados consiste “(...) em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim.”

No seguimento do problema de investigação, dos objectivos e das variáveis em estudo, bem como da população e da amostra utilizada, a investigadora escolheu um instrumento de recolha de dados adequado, de forma a obter os resultados esperados. Desta forma, a investigadora optou por aplicar um questionário como instrumento de colheita de dados.

Fortin (2003) refere que um questionário:

É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

O questionário elaborado pela investigadora foi fundamentado na revisão bibliográfica efectuada sobre o tema. É constituído por dois grupos, o primeiro grupo referente às características da amostra e o segundo grupo relativo ao conhecimento sobre os factores de risco.

## **2.7. Pré – teste**

Um instrumento de recolha de dados antes de ser implementado na amostra escolhida, tem que ser previamente testado para verificar-se a sua validade, precisão e clareza dos mesmos. Sendo assim, antes da recolha definitiva dos dados definitivas, efectuou-se um pré-teste numa amostra populacional semelhante, com o objectivo de testar a pertinência das questões.

Segundo Fortin (2003):

O pré – teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. (...) permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e ordem das questões.

O pré-teste foi realizado duas semanas antes da recolha definitiva a 8 alunos aleatórios do ensino secundário do curso de Ciências e Tecnologias, da escola António Sérgio.

Após avaliados os resultados do pré-teste não foi necessário efectuar alterações ao questionário, uma vez que as questões foram de fácil compreensão para os alunos.

Os questionários que integraram o pré-teste não constam na amostra final.

## **2.8. Tratamento e apresentação dos dados**

De acordo com Fortin (2003):

A análise de dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estratégias descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e escrever os valores obtidos pela média da variável.

Os dados recolhidos neste estudo de investigação, foram submetidos a tratamento estatístico que engloba a estatística descritiva, utilizando a frequência absoluta, frequência relativa e medidas de tendência central, a média, a mediana e a moda respectivamente, para que assim fosse possível serem analisados posteriormente. Sendo que, para o tratamento dos dados foi utilizado o programa excel. Os resultados foram apresentados em gráficos, numa tabela e quadros com a respectiva descrição.

## **III. FASE EMPIRICA**

A fase empírica é considerada a etapa da investigação onde efectua-se a colheita e organização dos dados para que seja possível uma posterior análise estatística dos mesmos, ou seja, “(...) inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados” (Fortin, 2003).

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

De acordo com Fortin (2003), “A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas (...)”, estas que vão

possibilitar caracterizar a amostra de que foram recolhidos os dados e ainda traçar os valores obtidos pela medida das variáveis.

Com vista a facilitar a interpretação dos resultados obtidos e possibilitar uma fácil comparação das questões de investigação foram utilizados gráficos, uma tabela e quadros com a respectiva descrição.

Como o estudo é de cariz quantitativo, foi procedido de uma elaboração descritiva, recorrendo-se à determinação da frequência absoluta e relativa e ainda medidas de tendência central, média, mediana e moda.

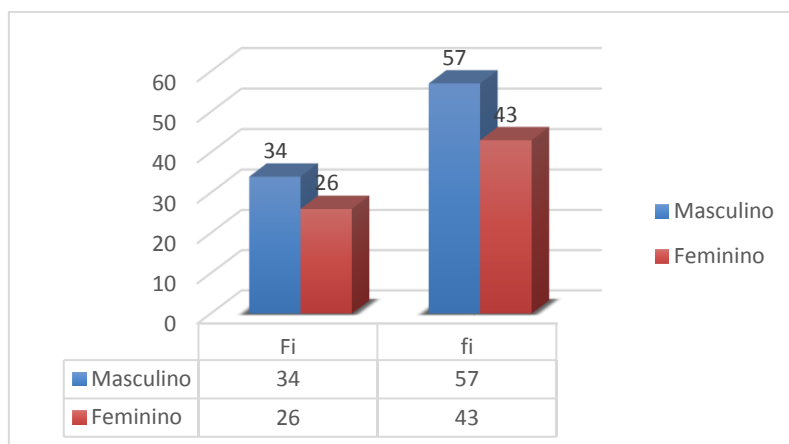
Os resultados apresentados serão relativos às respostas obtidas ao questionário respondido por 60 alunos da escola António Sérgio, com idades compreendidas entre os 14 a 18 anos.

## 2. Caracterização da amostra

O grupo I refere-se à caracterização da amostra através de dois gráficos e uma tabela e o grupo II à descrição das questões e os respectivos resultados da recolha de informação da amostra, em quadros.

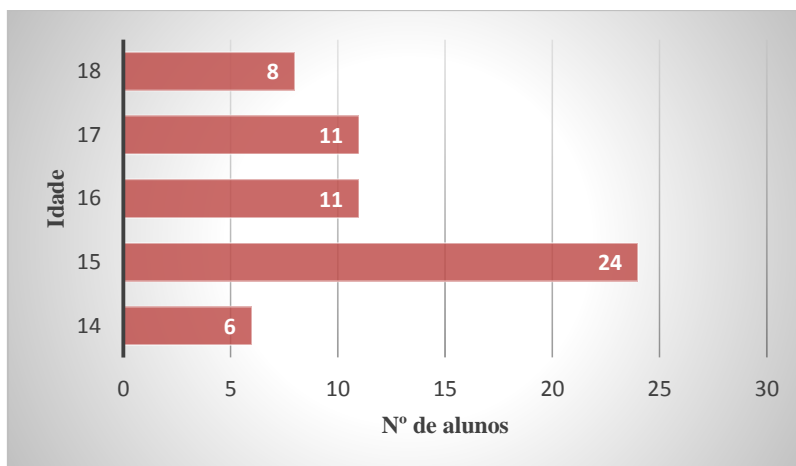
### Grupo I

**GRÁFICO 1.** Distribuição da amostra por Género



Com base no Gráfico 1, podemos constatar que a amostra em estudo é constituída por 60 alunos, sendo que há predominância do género masculino com uma frequência absoluta de 34 alunos ( $f_i = 57\%$ ) e do género feminino com frequência absoluta de 26 alunos ( $f_i = 43\%$ ).

**GRÁFICO 2.** Distribuição da amostra por Idade



Relativamente à distribuição da amostra por idade, podemos constatar segundo o Gráfico 2 que os alunos inquiridos tinham idade compreendida entre os 14 e 18 anos.

Dos 60 alunos, 6 têm 14 anos de idade, 24 têm 15 anos de idade, 11 têm 16 anos de idade, 11 têm 17 anos de idade e 8 têm 18 anos de idade.

**TABELA 1.** Distribuição nominal da idade dos alunos segundo a amostra

	<b>Moda</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>
<b>Idade</b>	15	15,85	15,5

Segundo a distribuição nominal da idade dos alunos, como podemos ver na Tabela 1, a moda é 15, a média é 15,85 e a mediana é 15,5.

## Grupo II

**QUADRO 1.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Já ouviu falar em doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	52	87%
<b>Não</b>	8	13%
<b>TOTAL</b>	60	100%

O Quadro 1 indica que 52 alunos inquiridos ( $fi = 87\%$ ), ou seja, a maioria já ouviu falar em DCV.

**QUADRO 1.1.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para as doenças cardiovasculares conhecidas pelos alunos inquiridos que responderam “sim” à Questão 1.

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Colesterol</b>	12	12%
<b>Enfarte</b>	13	13%
<b>Paragem cardíaca</b>	10	10%
<b>Diabetes</b>	4	4%
<b>AVC</b>	11	11%
<b>Cancro do coração</b>	4	4%
<b>Trombose</b>	8	8%
<b>Problemas do miocárdio</b>	3	3%

<b>Sopro do coração</b>	5	5%
<b>Hipertensão</b>	3	3%
<b>Tabagismo</b>	1	1%
<b>Sedentarismo</b>	3	3%
<b>Obesidade</b>	1	1%
<b>Entupimento das artérias</b>	1	1%
<b>Arritmias</b>	4	4%
<b>Doenças do coração</b>	2	2%
<b>ABC</b>	1	1%
<b>Ataque vascular cerebral</b>	1	1%
<b>Não sabe</b>	13	13%
<b>TOTAL</b>	100	100%

Segundo o que se observa no Quadro 1.1. podemos concluir que o Enfarte, Colesterol, AVC e a Paragem cardíaca foram os mais mencionados.

**QUADRO 2.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Sabe quais os factores de risco para o desenvolvimento de uma doença cardiovascular?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	49	82%
<b>Não</b>	11	18%
<b>TOTAL</b>	60	100%

O Quadro 2 indica que 49 alunos inquiridos ( $f_i = 82\%$ ), dizem saber quais os FR para o desenvolvimento de DCV.

**QUADRO 2.1.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para os factores de risco conhecidos pelos alunos inquiridos que responderam “sim” à Questão 2.

	<b>F<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>Má alimentação</b>	25	17%
<b>Tabaco</b>	23	16%
<b>Drogas</b>	9	6%
<b>Sedentarismo</b>	31	22%
<b>Álcool</b>	14	10%
<b>Obesidade</b>	12	8%
<b>Colesterol</b>	12	8%
<b>Hereditariedade</b>	7	5%
<b>Stress</b>	2	1%
<b>Falta de sono</b>	2	1%
<b>Anomalias genéticas</b>	1	1%
<b>Idade</b>	2	1%
<b>Diabetes</b>	1	1%
<b>Excesso de sal</b>	2	1%
<b>TOTAL</b>	143	100%

Segundo o que podemos observar no Quadro 2.1. os FR mais mencionados foram a Má alimentação e o Sedentarismo.

**QUADRO 3.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Sabe o que são factores de risco modificáveis e factores de risco não modificáveis?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	22	37%
<b>Não</b>	38	63%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Com base no Quadro 3, 38 alunos inquiridos ( $fi = 63\%$ ) referem não saber o que são FRM e FRNM, 22 alunos inquiridos ( $fi = 37\%$ ) referem saber o que são FRM e FRNM.

**QUADRO 4.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Os factores de risco modificáveis têm maior incidência do que os factores de risco não modificáveis no desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”, respondida apenas pelos alunos que responderam “sim” à Questão 3.

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	11	50%
<b>Não</b>	3	14%
<b>Não sei</b>	8	36%
<b>TOTAL</b>	22	100%

O Quadro 4 identifica que metade dos alunos que responderam afirmativamente à Questão 3 dizem que os FRM têm maior incidência do que os FRNM.

**QUADRO 5.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “As características hereditárias são factores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	45	75%
<b>Não</b>	3	5%
<b>Não sei</b>	12	20%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Segundo o Quadro 5, 60 alunos inquiridos ( $fi = 75\%$ ) consideram que as características hereditárias são FR para o desenvolvimento de DCV.

**QUADRO 6.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Ser fumador é factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	48	80%
<b>Não</b>	2	3%
<b>Não sei</b>	10	17%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Podemos averiguar que 48 alunos inquiridos ( $fi = 80\%$ ) consideram que ser fumador é um FR, 2 alunos inquiridos ( $fi = 3\%$ ) acham que não e 10 alunos inquiridos ( $fi = 17\%$ ) não sabem se ser fumador é um FR que contribui para desenvolver DCV.

**QUADRO 7.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Qual das seguintes situações considera factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Fazer exercício físico regularmente</b>	1	2%
<b>Ser sedentário</b>	59	98%
<b>TOTAL</b>	60	100%

O Quadro 7 demonstra que 59 alunos inquiridos ( $fi = 98\%$ ), ou seja, a grande maioria, não tem dúvidas de que ser sedentário é um FR para o desenvolvimento de DCV.

**QUADRO 8.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que comer alimentos ricos em gordura é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	58	97%
<b>Não</b>	0	0%
<b>Não sei</b>	2	3%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Podemos verificar segundo o Quadro 8 que 58 alunos inquiridos ( $fi = 97\%$ ) responderam que alimentos ricos em gordura são um FR para o desenvolvimento de DCV e apenas 2 alunos inquiridos ( $fi = 3\%$ ) tiveram dúvida sobre esta questão.

**QUADRO 9.** Distribuição da frequência absoluta e percentagem para a questão “Considera que comer alimentos ricos em ómega 3 (ex. salmão, sardinha, atum, nozes) é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	0	0%
<b>Não</b>	53	88%
<b>Não sei</b>	7	12%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Segundo o que podemos verificar no Quadro 9, a grande maioria dos inquiridos, ou seja 53 alunos ( $fi = 88\%$ ), não consideram que comer alimentos ricos em ómega é um FR para o desenvolvimento de DCV.

**QUADRO 10.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que ingerir alimentos ricos em açúcar é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	48	80%
<b>Não</b>	5	8%
<b>Não sei</b>	7	12%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Relativamente ao Quadro 10, este indica que 48 alunos inquiridos ( $fi = 80\%$ ) considera que ingerir alimentos ricos em açúcar é um FR para o desenvolvimento de DCV, apenas

5 alunos inquiridos ( $f_i = 8\%$ ) considera o oposto e 7 alunos inquiridos ( $f_i = 12\%$ ) não sabem.

**QUADRO 11.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que passar horas em frente ao computador ou televisão é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	39	65%
<b>Não</b>	13	22%
<b>Não sei</b>	8	13%
<b>TOTAL</b>	60	100%

O Quadro 11 demonstra que 39 alunos inquiridos ( $f_i = 65\%$ ) consideram que passar horas em frente ao computador ou televisão é um FR, 13 alunos inquiridos ( $f_i = 22\%$ ) não considera que seja um FR e 8 alunos inquiridos ( $f_i = 13\%$ ) não sabe se é ou não um FR para o desenvolvimento de DCV.

**QUADRO 12.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que beber café em excesso é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	26	43%
<b>Não</b>	9	15%
<b>Não sei</b>	25	42%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Relativamente à Questão 12, 26 alunos inquiridos ( $f_i = 43\%$ ) considera que beber café em excesso é um FR, apenas 9 alunos inquiridos ( $f_i = 15\%$ ) acha que não e 25 alunos inquiridos ( $f_i = 42\%$ ) não tem opinião formada se é ou não FR para o desenvolvimento de DCV.

**QUADRO 13.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que mesmo não sendo fumador mas se estiver num ambiente de pessoas fumadoras isso constitui um factor de risco?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	46	78%
<b>Não</b>	8	13%
<b>Não sei</b>	6	10%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Segundo o que podemos verificar no Quadro 13, 46 alunos inquiridos ( $f_i = 78\%$ ) consideram que mesmo não sendo fumador, caso frequentem um ambiente de pessoas fumadoras constitui um FR.

**QUADRO 14.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “A idade é obrigatoriamente um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	14	23%
<b>Não</b>	35	58%
<b>Não sei</b>	11	18%
<b>TOTAL</b>	60	100%

No que se refere à Questão 14, 35 alunos inquiridos ( $f_i = 58\%$ ) não consideram que a idade é obrigatoriamente um FR para o desenvolvimento de DCV.

**QUADRO 15.** Distribuição da frequência absoluta e frequência relativa para a questão “Considera que a falta de sono é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Sim</b>	24	40%
<b>Não</b>	16	27%
<b>Não sei</b>	20	33%
<b>TOTAL</b>	60	100%

O Quadro 15 indica que 24 alunos inquiridos ( $f_i = 40\%$ ) consideram que a falta de sono é um FR, 20 alunos inquiridos ( $f_i = 33\%$ ) não sabem e 16 alunos inquiridos ( $f_i = 27\%$ ) dizem que a falta de sono não contribui para o desenvolvimento de DCV.

**QUADRO 16.** Distribuição da frequência absoluta e percentagem para a questão “Concorda com a afirmação: “Ser sedentário e ter uma alimentação saudável não só previne que os jovens desenvolvam uma doença cardiovascular, mas também protege o coração de quem já tem o órgão comprometido.”

	<b>Fi</b>	<b>fi</b>
<b>Concordo</b>	14	23%
<b>Não Concordo</b>	46	77%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Relativamente à Questão 16, a maioria dos alunos inquiridos, ou seja, 46 alunos (fi = 77%) não concordam com a afirmação e apenas 14 alunos (fi = 23%) concordam.

### **3. Discussão de Resultados**

Após apresentados os resultados há a necessidade de interpretar a informação obtida, desta forma é apresentada uma discussão de resultados em que se pretende fazer uma relação com vista a fornecer uma ligação lógica entre o problema de investigação com a informação que foi recolhida.

Assim sendo, a investigadora considerou oportunos todos os dados analisados para responder às questões de investigação que inicialmente se propuseram, uma vez que todos os dados se complementam.

No grupo I e englobando assim o total de alunos inquiridos e tendo em conta os dados que foram recolhidos e apresentados é possível traçar o perfil da amostra, sendo que 34 (fi = 57%) alunos inquiridos são de sexo masculino e 26 (fi = 43%) alunos inquiridos são de sexo feminino, logo há prevalência do sexo masculino. No que se refere à faixa etária dos inquiridos, apurou-se que os alunos têm idade compreendida entre os 14 e os 18 anos, esta faixa etária que corresponde à adolescência, o período no qual uma criança se transforma em adulto, visto que não se trata apenas de uma mudança da altura e do peso, nas capacidades mentais e na força física, mas também, de uma grande mudança na forma de ser, atendendo a que há uma evolução da personalidade (Zagury, 2002). No que se refere ao período escolar, os alunos adolescentes frequentam o ensino secundário, isto é, 10º, 11º e 12º ano.

Relativamente às questões do grupo II e conforme o que se pode constatar, à excepção da questão 12 e 15, não existe grande disparidade na opinião e escolha da resposta correcta por parte dos alunos.

A maioria dos alunos inquiridos, ou seja, 52 alunos (fi = 87%) já ouviram falar nas DCV, contudo quando questionados sobre quais conhecem verifica-se alguma confusão no que consideram ser DCV, uma vez que a grande maioria das respostas dadas são

sobre factores de risco e sequelas. Unicamente 11 (fi = 11%) dos alunos inquiridos referiram AVC como DCV.

Segundo a DGS (2015):

Dentro das doenças do aparelho circulatório, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares é continuamente superior à das doenças isquémicas do coração (incluindo o enfarte agudo do miocárdio). Esta proporção é inversa da verificada na maioria dos países europeus e mesmo mediterrânicos, por razões não completamente esclarecidas.

Relativamente aos FR, também a maioria, isto é, 49 alunos inquiridos (fi = 82%) diz conhecer quais os FR para DCV e efectivamente referem com um valor de frequência relativa significativa, alguns dos mais importantes tais como a Má alimentação (fi = 17%), o Sedentarismo (fi = 22%), o Álcool (fi = 10%), o Tabaco (fi = 16%), entre outros. Este conceito foi introduzido em meados dos anos 60 (Faustinho *et alii*, 2004), como um conjunto de factores que aumentavam a probabilidade da ocorrência de um determinado evento, desta forma, levantou o importante desafio epidemiológico de descobrir quais as suas causas reais através de dados científicos correctos.

Quando se questiona se sabem o que são FRM e FRNM a maioria, ou seja, 63 (fi = 63%) dos alunos inquiridos responde que não e uma minoria de 22 alunos (fi = 37%) responde positivamente. Desta minoria, metade, ou seja, 11 (fi = 50%) respondem que os FRM têm maior incidência do que os FRNM no desenvolvimento de DCV. Estes valores comprovam que os alunos não estão cientes de que existem dois tipos de FR, uns que dependem do estilo de vida dos próprios e outros cuja possibilidade de serem mudados é impossibilitada devido à carga genética. Contudo quando confrontados com exemplos dos dois tipos, sabem de facto o que é ou não um FR o que conduz a que possamos concluir que embora saibam o que são FR para o desenvolvimento de DCV, não sabem diferenciar o que é um FRM e um FRNM.

Os principais factores de risco para as DCV podem ser divididos em duas classes: os FRNM, que incluem a idade, a hereditariedade (genéticos), o sexo e a etnia e os FRM, que são aqueles que se vão adquirindo com o passar do tempo e estão relacionados com o estilo de vida de cada individuo (Brotel, 2000), sendo estes, o tabagismo, o

sedentarismo, a obesidade, a hipertensão arterial, o etilismo (álcool), os maus hábitos alimentares, a Diabetes mellitus e o uso de drogas.

Chegou-se a esta conclusão uma vez que nas seguintes questões abordou-se alguns FR, FRM e FRNM respectivamente, assim como não FR com o intuito de perceber se os alunos tinham conhecimento do que de facto é ou não um FR e segundo os dados obtidos verificou-se que em praticamente todas as questões, à excepção da questão 12 e da 15, não houve grande disparidade na escolha da resposta.

De forma mais específica, 35 (fi = 58%) alunos inquiridos afirmam positivamente que a idade não é obrigatoriamente um FR para o desenvolvimento de DCV. Pelo contrário, 45 (fi = 75%) alunos inquiridos afirmam que as características hereditárias são um FR, assim como consideram que ser fumador ou mesmo que não seja mas que frequente um ambiente de fumadores é igualmente um FR, tendo sido estas questões respondidas pelos alunos inquiridos com uma Fi afirmativa de 48 (fi = 80%) e 46 (fi = 78%) respectivamente.

Esta última questão levanta algumas reflexões pertinentes, atendendo ao facto de que cada vez mais a nível nacional há jovens fumadores (WHO, 2008), sendo assim não se torna concordante a relação existente entre o facto de eles saberem que fumar é um FR e existir na mesma cada vez mais jovens fumadores. O que se torna um problema nacional, pois embora saibam das consequências que podem advir deste hábito, não deixam de adoptar este uso.

O problema não consiste na falta de informação, mas sim de uma dependência que praticamente é adoptada como sinónimo de juventude sem preocupação das consequências futuras, uma vez que se torna numa doença que infelizmente causa dependência física, psicológica, emocional, comportamental e também social, marcada por um curso crónico com tendência para a recidiva (APA, 2002).

Tal como segundo José Pedro Boléo-Tomé (2016), Coordenador da Comissão da Tabagismo da SPP afirma “Sabe-se que a maior parte dos jovens inicia o consumo por

curiosidade e influência de amigos ou de grupos. Trata-se de uma forma de afirmação e integração em grupos que se querem evidenciar pela ousadia ou rebeldia de fumar (...)”.

Outras questões que merecem a nossa reflexão foram a questão 7 e a 16, a primeira em que foi questionado entre qual das duas opções, fazer exercício físico regularmente e ser sedentário, era a que contribuía para o desenvolvimento das DCV e praticamente a totalidade dos alunos, ou seja, 59 (fi = 98%) alunos inquiridos respondeu que ser sedentário era a resposta correcta. A segunda referente a uma afirmação em que teriam que optar por concordar ou não concordar, sendo que a afirmação referia que mesmo sendo sedentário caso mantivessem uma alimentação saudável, a integridade cardiovascular não ficaria afectada assim como quem já tivesse comprometimento do sistema cardíaco, este iria ser protegido, ao qual a maioria 46 alunos inquiridos (fi = 77%) não concordaram com a afirmação.

Tal como na questão anterior, a maioria e a assertividade conjugadas só possibilitam concluir que não é a falta da informação que leva aos estados de morbidade e mortalidade cada vez mais elevados em Portugal, mas sim à dependência criada pelos jovens que apesar de saber quais os hábitos que contribuem para o desenvolvimento de patologias fatais, continuam a adoptar estilos de vida menos saudáveis, a prova disso mesmo é o elevado número de obesos que cada vez mais tende a aumentar a nível nacional (Lissau, 2004).

Segundo a DGS (2005):

É considerada como a epidemia do século XXI. Cerca de 20% da população europeia é obesa, o que se torna preocupante, no plano da Saúde Pública, sobretudo quando se considera a sua incidência na população infantil (...) Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de obesidade infantil (...)

De encontro à questão anterior, os alunos inquiridos demonstraram saber também que alimentos ricos em gordura e açúcar são um FR, com uma Fi afirmativa de 58 (fi = 97%) e 48 (fi = 80%) respectivamente, ao contrário dos alimentos ricos em ómega 3 em que 53 (fi = 88%) alunos inquiridos referem não ser um FR.

Segundo Rabelo (2001), a dislipidemia, caracterizada pela alteração dos níveis de lipídios ou de lipoproteínas circulantes, é causada pelas alterações na produção e/ou no catabolismo, em consequência de factores genéticos e/ou ambientais, dieta inadequada e/ou sedentarismo. A hipercolesterolemia, em particular o aumento do LDL, é o principal preditor das DCV, atendendo a que as partículas de LDL contêm 70% de colesterol no sangue.

Níveis séricos aumentados de HDL diminuem o risco relativo para a DCV, uma vez que este efeito protector ocorre pela habilidade de o HDL fazer o transporte reverso do colesterol, ou seja, de removê-lo das células e transportá-lo para o fígado para posterior excreção (Giullum, 2000).

No que se refere ao facto de passarem horas em frente ao computador ou televisão, referido na questão 11, também a maioria, isto é 39 (fi = 65%) alunos inquiridos considera como um FR. Sendo assim, esta também se torna outra questão que é pertinente ser reflectida, pois na actualidade designada como a era das tecnologias os jovens estão muito dependentes destas. Como comprovam diversos estudos realizados e estatísticas é possível observar que é elevado o número que contacta com as tecnologias, sendo que principalmente o computador e o acesso à internet entraram definitivamente na vida dos jovens, pois segundo dados do INE (2011), Lisboa e os Açores apresentaram proporções de agregados com acesso à Internet superiores à média do país, 68% e 59,6% respectivamente.

Mesmo estando elucidados deste facto, tais como de outros FR anteriormente mencionados os jovens continuam a despender tempo nas horas que gastam em frente às tecnologias, menosprezando desta forma as sequelas que podem advir deste hábito sedentário, conhecido por eles, como um dos principais FR desencadeadores de DCV.

Esculcas (2005) refere que os adolescentes têm uma grande componente de tempo livre não estruturado e que cerca de 40% deste poderia ser revertido em actividades físicas. Todavia, a maioria das actividades que os jovens fazem é de característica sedentária, tais como assistir televisão e jogar nas consolas electrónicas.

Esta crescente forma de lazer sedentário dos jovens de hoje em dia foi reportada por Silva (2000) como um meio barato e seguro de lazer, que favorece o aumento do quantitativo de horas de assistência à televisão e comportamentos sedentários.

Relativamente a beber excesso de café e á falta de sono como FR, ao contrário das outras questões houve uma maior disparidade na escolha da resposta que achavam correcta, assim sendo, 26 (fi = 43%) e 24 (fi = 40%) alunos inquiridos responderam respectivamente de forma positiva, às questões.

Segundo Louzada (2004), a discussão sobre os hábitos de sono é particularmente relevante para adolescentes porque as modificações corporais e emocionais próprias da puberdade também se manifestam na forma de alterações dos padrões de sono às quais, por sua vez, constituem crescente preocupação no âmbito da Saúde Pública e da Educação, atendendo ao facto de que enquanto a duração do sono nocturno diminui ao longo da adolescência, a sonolência diurna apresenta uma maior incidência, pois o decréscimo da duração de sono não corresponde a uma diminuição da necessidade de sono, mas reflecte um débito de sono. Este débito além de levar a um baixo rendimento escolar, constitui um FR importante no desenvolvimento de doenças graves, como as DCV.

No que se refere a cafeína, actualmente é uma das drogas mais consumidas em todo o Mundo (Maughan, 2004). Segundo Altimari (2001), afecta quase todos os sistemas do organismo. Sendo que, quando consumida em baixas dosagens provoca aumento do estado de vigília, diminuição da sonolência, alívio da fadiga, aumento da respiração, aumento na liberação de catecolaminas, aumento da frequência cardíaca, aumento no metabolismo e diurese. Em altas dosagens pode ser altamente prejudicial, levando ao nervosismo, insónia, ansiedade, tremores, desidratação, entre outros sintomas.

Como reflexão final desta discussão de resultados, é de salientar que deveria ser dado mais valor ao papel do enfermeiro em âmbito escolar, uma vez que a intensiva intervenção da enfermagem no contexto escolar possibilitaria trabalhar continuamente com os alunos e a escola, com vista apoiar na promoção da saúde.

Segundo Buss (2003), promover saúde significa “(...) capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Essa definição surge após a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, constando na Carta de Ottawa, produto dessa conferência.

Os requisitos de saúde são descritos pela Carta de Ottawa como provenientes de “(...) paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.” (Buss, 2003).

Assim sendo, há que destacar a educação para a saúde, uma vez que é uma acção passível de ser realizada por um enfermeiro. Este que através de práticas educativas pode disputer a reflexão crítica do indivíduo acerca das acções por ele desenvolvidas, de modo que promovam hábitos quotidianos favoráveis à saúde.

Por conseguinte, o enfermeiro deve cada vez mais actuar através de actividades de educação para a saúde e de práticas educativas, principalmente nas escolas.

Segundo Vaz (2003), práticas educativas:

Denotam ações que compreendem relações entre agentes sociais. Ocorrem em diferentes espaços, portam diferentes saberes, são práticas dialógicas, estratégicas, mediadas pela ação instrumental, apresentando-se de maneira formal ou informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos e privados.

Neste caso em concreto do conhecimento dos FR para o desenvolvimento das DCV, o papel do enfermeiro em âmbito escolar é essencial para dar a conhecer a doença e dar ênfase aos FRM alertando e apoiando os jovens para a adopção de estilos de vida mais saudáveis. O ênfase exaustivo dos FRM associado ao apoio dos alunos na tomada de certas atitudes iria sem sombra de dúvida promover a saúde e evitar o desenvolvimento da doença.

Por exemplo, no que se refere ao exercício físico o enfermeiro pode apoiar na capacitação da comunidade educativa para a percepção da extrema importância que este tem na melhoria da saúde, relativamente à alimentação pode dar apoio na promoção de

Conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares

comportamentos alimentares saudáveis assim como pode intervir na alteração do padrão de peso dos alunos.

Sendo assim e concluindo, não descurando a importância da família e da comunidade educativa no percurso de vida saudável de cada jovem, é de frisar o papel do enfermeiro, uma vez que toma um papel fundamental no âmbito escolar, dado que proporciona todas as condições para a aquisição de estilos de vida saudáveis e, por conseguinte, diminui a prevalência e incidência de FR.

#### **IV. Conclusão**

As DCV são doenças que trazem consequências nefastas e a sua expressão na taxa de morbilidade e mortalidade a nível nacional é muito elevada.

Apesar dos avanços a nível nacional na prevenção cardiovascular e no tratamento das DCV, é necessário reduzir as mortes prematuras e atrasar o desenvolvimento das mesmas. Para isso, é imprescindível continuar com a acção preventiva, sendo que é de extrema importância promover a educação para a saúde com enfoque nos estilos de vida e a monitorizar a evolução dos factores de risco e dos eventos cardiovasculares.

Como conclusão após a elaboração da presente monografia, pode-se constatar que esta contribui para aprofundar conhecimentos na realização de trabalhos científicos.

Embora não tenha sido uma tarefa fácil devido à inexperiência na realização de trabalhos científicos, através do interesse, empenho, dedicação e esforço impregnado nesta investigação foi possível alcançar as conclusões para as questões que inicialmente se haviam proposto como problemas desta investigação.

O objectivo da investigação que fora proposto inicialmente, foi atingido, uma vez que foi possível identificar qual o conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os FR para o desenvolvimento de DCV.

Foi ainda possível atingir os objectivos académicos, relativos ao aprofundar conhecimentos de investigação assim como compreender que a investigação pode ser considerada como um ensino de novos saberes tal como uma metodologia de trabalho.

Atendendo a que a intervenção em âmbito comunitário é um ramo bastante interessante para a investigadora assim como assuntos ligados ao foro cardiovascular têm bastante interesse para a mesma, a realização desta monografia possibilitou alargar de forma empenhada o conhecimento acerca das DCV.

Com a elaboração deste projecto de investigação pretende-se que este seja o primeiro de futuros trabalhos de investigação com o objectivo de aprofundar este e outros temas relacionados com a promoção da saúde e com a prevenção da DCV entre os grupos de jovens, pois isso ajudará de forma decisiva a prevenir a morbilidade comum a estas doenças.

Como sugestão vamos propor a apresentação dos resultados do trabalho na escola secundária onde realizamos a colheita de dados e a realização de uma palestra sobre prevenção de DCV entre os jovens, projecto que consideramos muito aliciente para quem começa uma profissão tão nobre como a Enfermagem.

## V. Referências Bibliográficas

Altimari, L.R., *et alii.* (2001). *Caféina: Ergogênico Nutricional no Esporte.* Revista Brasileira de Ciências e do Movimento. Brasília v. 9 n.3

Andersen, A., *et alii.* (2003). *Tracking drinking 80entilat from age 15 – 19 years.* pp.1505 – 1511

APA - American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4a Ed., texto revisto). Lisboa, Climepsi Editores

APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2016). Valores de referência. Portal da Diabetes. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia>>. [Consultado em: 19/05/2017].

Bourbon, M. (2008). *Fatores Genéticos e a Doença Cardiovascular.* Revista Portuguesa de Cardiologia, pp. 1559 – 1563

Botrel, TEA., *et alii.* (2000). *Doenças cardiovasculares: causas e prevenção.* Rev Bras Clin Terap

Buss, P M. (2003). *Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz

Blancher, G., Uzan, A. (2004). *L'obésité: une epidemie à maîtriser – Introduction.* Epidémiologie. Annales Pharmaceutiques Françaises

Carter M., *et alii.* (2007). *Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement.* Journal 167 of Adolescence

Direcção Geral de Saúde (DGS) (2005). Princípios – chave de prevenção e controle da obesidade - DGS. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/obesidade-uma-doenca-cronica-ainda-desconhecida-pdf.aspx>>.

[Consultado em: 26/05/2017].

Direcção Geral de Saúde (DGS) (2005). Plano Nacional de Combate à Obesidade. [Em linha]. Disponível em: <[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwjrvuyPxpjUAhVBbxQKHWiSAhkQFgg2MAM&url=http%3A%2F%2Fstatic.publico.pt%2Fdocs%2Fpesoemedia%2FPrograma\\_Nacional\\_De\\_Combate\\_Obesidade\\_2005.pdf&usg=AFQjCNGiIZ5B-pvDa3UOK4EgCfd6qCgdhQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwjrvuyPxpjUAhVBbxQKHWiSAhkQFgg2MAM&url=http%3A%2F%2Fstatic.publico.pt%2Fdocs%2Fpesoemedia%2FPrograma_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf&usg=AFQjCNGiIZ5B-pvDa3UOK4EgCfd6qCgdhQ)>. [Consultado em: 26/05/2017].

Direcção Geral de Saúde (DGS) (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. [Em linha]. Disponível em: <[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwismKyK1pzUAhVJ2BoKHW2bBigQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.leitaoosantos.pt%2Fsite%2Fupload%2FFile%2FDGS\\_DM\(1\).pdf&usg=AFQjCNEyKwPqc2ubqwIzq8GWuBVZt-Thow](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwismKyK1pzUAhVJ2BoKHW2bBigQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.leitaoosantos.pt%2Fsite%2Fupload%2FFile%2FDGS_DM(1).pdf&usg=AFQjCNEyKwPqc2ubqwIzq8GWuBVZt-Thow)>. [Consultado em: 19/05/2017].

Direcção Geral da Saúde (DGS) (2015). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>>.

[Consultado em: 19/05/2017].

Esculcas, C., Mota, J. (2005). *Actividade física e práticas de lazer em adolescentes*. Rev Port Ciências Desp

Faustinho, A., Santos, R., Herrero-Beaumont, G. (2004). *Osteoartrose: perspectivas actuais e futuras*. Vol. 9, pp.114 – 1124

Fogeholm, M., Kukkonen-Harjula, K. (2000). *Does physical activity prevent weight gain – a systematic review*. Obesity review, pp. 95 – 111

Conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para doenças cardiovasculares

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação. Da Concepção à realização*. 3ª Edição. Loures, Lusociência

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência

Giullum, RF. (2000). *Index of tissue distribution, apolipoproteins B and AI, lipoprotein, and triglycerides concentration in children age 4-11 years: The Third National Health and Nutrition Examination Survey*. J Clin Epidemiol.

Gonçalves, A. (2013). O conhecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos- um estudo exploratório. [Em linha]. Disponível em: <[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiNzd7ctZjUAhXF7hoKHUuIBGEQFggpMAE&url=http%3A%2F%2Fbdigital.ufp.pt%2Fbitstream%2F10284%2F4029%2F1%2FMonografia%2520Ana%2520Gon%25C3%25A7alves%2520Final.pdf&usg=AFQjCNFfM1JPmBQ4G919Ps\\_JekWX-OT7NA](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiNzd7ctZjUAhXF7hoKHUuIBGEQFggpMAE&url=http%3A%2F%2Fbdigital.ufp.pt%2Fbitstream%2F10284%2F4029%2F1%2FMonografia%2520Ana%2520Gon%25C3%25A7alves%2520Final.pdf&usg=AFQjCNFfM1JPmBQ4G919Ps_JekWX-OT7NA)>. [Consultado em: 11/02/2017].

González, M., *et alii*. (2005). *Obesidad. Pan Actual Medicamento*. pp. 259 – 271

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Sociedade da Informação e do Conhecimento, Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

Kissela, B., *et alii*. (2004). *Stroke in a biracial population: the excess burden of stroke among blacks*. Stroke.

Kumanyika, S. (2007). *The obesity epidemic: looking in the mirror*. American Journal of Epidemiology

Khoury, J. C., *et alii*. (2013). *Diabetes mellitus: A risk factor for ischemic stroke in a large biracial population*. Stroke, vol. 44, pp. 1500 – 1504

Lissau, I., *et alii.* (2004). *Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States.* Arch Pediatr Adolesc Med.

Louzada, F., Menna-Barreto, L. (2004). *Relógios biológicos e aprendizagem.* São Paulo, Edesplan

Mariath, AB., *et alii.* (2007). *Obesidade e factores de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição.* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, pp. 897 – 905

Maughan, R.J., Burke, L.M., (2004). *Nutrição esportiva.* Porto Alegre: Artmed. pp. 139 – 141

Michael, K., Ben-Zur, H. (2007). *Risk-taking adolescents: Associations with social and affective factors.* Journal of Adolescence.

Opperman, *et alii.* (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2013). Parecer nº14 – Programa Nacional de Saúde Escolar. [Em linha]. Disponível em: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP\\_Parecer\\_14\\_2013\\_Plano\\_de\\_Saude\\_Escolar.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf)>. [Consultado em: 26/05/2017].

Peters, S., Huxley, R., Woodward, M. (2014). *Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775 385 individuals and 12 539 strokes.* Lancet, vol. 383, pp. 1973 – 1980

Petrea, R.E., *et alii.* (2009). *Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the framingham heart study.* Stroke, vol. 40, pp. 1032 – 1037

Plano Nacional de Saúde Escolar (2005). [Em linha]. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica-pdf.aspx>>. [Consultado em: 30/04/2017].

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª edição, Gradiva

Rabelo, LM. (2001). *Factores de risco para doença aterosclerótica na adolescência*. Jornal Pediátrico

Reppold, C., Pacheco, J., Hutz, C. (2005). *Comportamento agressivo e práticas disciplinares parentais*. In Hutz C. *Violência e risco na infância e adolescência: Pesquisa e Intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp.9 – 42

Ribeiro, J. L.P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde (2.ª ed.)*. Coimbra: Quarteto Editora

Rosen, J. E. (2004). *Adolescent health and development (AHD): resource guide for WorldBank operations staff and government counterparts*. Health, Nutrition and Population Health (HNP), discussion paper.

Santos, M. C. (2010). *Vivência parental da doença crónica. Estudo sobre a experiência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Lisboa: Edições Colibri

Saris, WH., *et alii*. (2003). *How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain?*. Outcome of IASO 1st Stock Conference and Consensus Statement, Obesity Review, pp. 101 – 114

Silva, RCR., Malina, RM. (2000). *Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói*. Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública

Tomé, J. (2016). Comissão de tabagismo da sociedade portuguesa de pneumologia e corpo nacional de escutas lutam pelo abandono da “chupeta”. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.sppneumologia.pt/noticias/noticia/comisso-de-tabagismo-da-sociedade-portuguesa-de-pneumologia-e-corpo-nacional-de-escutas-lutam-pelo-abandono-da-chupeta-31052016>>. [Consultado em: 25/05/2017].

Tukman (2000). *Manual de Investigação em Educação*. 3ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Vaz, M R. (2003). *Educação e produção da saúde: um estudo da Enfermagem de saúde coletiva no extremo sul do Brasil*. Revista Texto e Contexto de Enfermagem

World Health Organization (WHO) (2006). What can I to avoid a heart attack or stroke?. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.who.int/features>>. [Consultado em: 10/02/2017].

World Health Organization (WHO) (2004). Global status reporto on alcohol. [Em linha]. Disponível em: < <http://www.who.int/features> >. [Consultado em: 10/02/2017].

World Health Organization (WHO) (2008). Report on the Global Tobacco Epidemic 2008. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>>. [Consultado em: 11/02/2017].

World Health Organization (WHO) (2008). Obesity and overweight. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. [Consultado em: 11/02/2017].

World Health Organization (WHO) (2009). Global Health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.who.int/features>>. [Consultado em: 11/02/2017].

World Health Organization (WHO) (2017). Constitution of the World Health Organization: Principles. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.who.int/about/mission/en/>>. [Consultado em: 11/02/2017].

World Health Organization (WHO) (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). [Em linha]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>>. [Consultado em: 11/02/2017].

World Health Organization (WHO) (2017). Adolescents: health risks and solutions. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>>. [Consultado em: 11/02/2017].

Zagury, T. (2002). *O adolescente por ele mesmo*. Rio de Janeiro, Record

## ANEXOS

### ANEXO I

## **Autorização do Encarregado de Educação**

Exmo. Sr. Encarregado de Educação

Sou a Patrícia Teixeira aluna da Universidade Fernando Pessoa e encontro-me a realizar a licenciatura em Enfermagem. No âmbito da minha monografia preciso de efectuar uma recolha de informação que tem como objectivo saber qual o conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre os factores de risco para as doenças cardiovasculares, que hoje em dia são uma das principais causas de mortalidade, na idade jovem, em Portugal.

A recolha de informação será efectuada durante o presente ano lectivo na escola António Sérgio, tendo já sido autorizada pelo respectivo Conselho Directivo. Para o efeito, solicito a sua autorização de modo a que o seu educando possa responder a um inquérito referente ao objectivo da minha monografia.

Na expectativa de uma resposta favorável subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

A aluna da Universidade Fernando Pessoa,

Patrícia Teixeira

---

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_ Encarregado de Educação  
do aluno \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ da turma  
\_\_\_\_\_ autorizo que a aluna da Universidade Fernando Pessoa de nome Patrícia Teixeira,  
recolha a informação do meu educando, no âmbito da investigação que me foi dada a conhecer.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2016

Assinatura:

---

## ANEXO II



## Questionário

O meu nome é Patrícia Teixeira, sou aluna da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e estou a realizar o meu projecto de graduação com o título “Conhecimento dos alunos do ensino secundário sobre factores de risco relacionados com a doença cardiovascular.”. Para obter dados sobre o conhecimento dos alunos sobre os factores de risco relacionados com a doença cardiovascular, elaborei este questionário para o qual solicito preenchimento.

A pertinência deste assunto pretende-se com o facto de actualmente as doenças cardiovasculares serem a primeira causa de morte em Portugal, sendo importante a sua prevenção nesta faixa etária onde há enorme incidência de factores de risco que contribuem para o desenvolvimento de doenças associadas ao sistema cardiovascular, que vão influenciar a sua saúde futura.

Agradeço a colaboração de todos os alunos que aceitaram responder aos questionários. Os dados recolhidos são tratados de forma anónima e confidencial.

A aluna:

# Questionário

Não há respostas certas ou erradas, apenas a que entende estar correcta. As respostas serão posteriormente tratadas de forma anónima e confidencial.

## I. Dados pessoais

1- Idade? \_\_\_\_\_ anos

2- Ano de escolaridade? 10ºano  11ºano  12ºano

3- Sexo? Feminino  Masculino

## II. Conhecimento sobre factores de risco relacionados com doenças cardiovasculares

1- Já ouviu falar em doenças cardiovasculares?

Sim  Não

1.1 – Se respondeu sim, diga o nome das que conhece.

---

---

---

2- Sabe quais os factores de risco para o desenvolvimento de uma doença cardiovascular?

Sim  Não

2.1 – Se respondeu sim, indique quais os que conhece.

---

---

---

3- Sabe o que são factores de risco modificáveis e não modificáveis?

Sim  Não

**Se respondeu sim**, responda à questão 4, se respondeu **não** passe para a questão 5.

4- Os factores de risco modificáveis têm maior incidência do que os factores não modificáveis no desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

5- As características hereditárias são factores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

6- Ser fumador é factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

7- Qual das seguintes situações considera factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Fazer exercício físico regularmente  Ser sedentário

8- Considera que comer alimentos ricos em gordura é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

9- Considera que comer alimentos ricos em ómega 3 (ex. salmão, sardinha, atum, nozes) é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

**10-** Considera que ingerir alimentos ricos em açúcar é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

**11-** Considera que passar horas em frente ao computador ou da televisão é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

**12-** Considera que beber café em excesso é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

**13-** Considera que mesmo não sendo fumador mas se estiver num ambiente de pessoas fumadoras isso constitui um factor de risco?

Sim  Não  Não sei

**14-** A idade é obrigatoriamente um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

**15-** Considera que a falta de sono é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares?

Sim  Não  Não sei

**16-** Concorda com a afirmação: “Ser sedentário e ter uma dieta saudável não só previne que os jovens desenvolvam uma doença cardiovascular, mas também protege o coração de quem já têm o órgão comprometido.”

Concordo  Não concordo

**Obrigada pela tua colaboração!**