

Joana de Caldas Gomes

Relação entre Hábitos de Vida e Tensão Arterial em Adultos Jovens

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2014

Joana de Caldas Gomes

Relação entre Hábitos de Vida e Tensão Arterial em Adultos Jovens

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2014

Joana de Caldas Gomes

Relação entre Hábitos de Vida e Tensão Arterial em Adultos Jovens

Declaro que atesto a originalidade do trabalho:

(Joana de Caldas Gomes)

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de
Licenciatura em Enfermagem.

Resumo

A tensão arterial é um problema que afeta a população tanto a nível mundial como nacional. A prevalência de hipertensão em Portugal é de 42% (Instituto de Saúde Doutor Ricardo Jorge, referido no boletim epidemiológico, 2013). Os hábitos de vida são fatores relevantes para esta temática, pois influenciam os valores de tensão arterial. Adotar hábitos de vida saudáveis previnem o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

O presente estudo tem como objetivo principal compreender a relação entre os hábitos de vida e os valores da Tensão Arterial em adultos jovens de Ponte de Lima. Desta forma optou-se por realizar um estudo correlacional, pretendendo-se verificar se existe correlação entre os hábitos de vida e os valores da tensão arterial. O estudo foi direcionado aos adultos jovens do Concelho de Ponte de Lima. Como instrumento de colheita de dados optou-se pelo questionário construído a partir do questionário validado e cedido pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (SHEFMUP). Da amostra fizeram parte 123 adultos jovens que recorreram ao Largo de Camões no período entre 9 de Abril de 2014 e 30 de Maio de 2014.

Os principais resultados do estudo foram que os hábitos de vida dos jovens adultos não interferem nos valores da tensão arterial.

Abstract

Blood pressure is a problem that affects people both globally and nationally. The prevalence of hypertension in Portugal is 42% (Instituto de Saúde Doutor Ricardo Jorge, referido no boletim epidemiológico, 2013). Life habits are relevant to this subject factors, as they influence the values of blood pressure. Adopting healthy lifestyle habits prevent the risk of developing cardiovascular disease.

This study aims to understand the relationship between lifestyle and values of Blood Pressure in Young Adults that live in Ponte de Lima. Thus it was decided to perform a correlational study, in order to check whether a correlation exists between the lifestyle and values of blood pressure. The study was targeted at young adults in the small village of Ponte de Lima. As an instrument of data collection, we choose to do a questionnaire constructed from a validated and given by the Department of Hygiene and Epidemiology, Faculty of Medicine, University of Porto (SHEFMUP). From the sample were part 123 young adults who had been at Largo de Camões in the period between April 9, 2014 and May 30, 2014.

The main results of the study were that the habits of young adults do not interfere with blood pressure values.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer aos meus progenitores, por todo o esforço que fizeram para eu poder integrar na Licenciatura de Enfermagem, bem como todo o acompanhamento que me deram ao longo dos quatro anos. Sem eles não seria possível a concretização deste sonho.

Quero também agradecer aos meus avós maternos que sempre contribuíram para a minha educação e sempre me mimaram muito!

De grande importância são as amigas que construí no decorrer de todo o percurso académico, levo dele 4 grandes amigas. Obrigada ao grande quinteto fantástico que se juntou, originando uma bela amizade.

Não posso deixar de agradecer ao meu namorado, por toda a paciência, calma e apoio que me deu.

É com carinho que agradeço a todos os meus amigos de Melgaço, foram sempre fonte de muita força. Especialmente às amigas. Um muito obrigada pela confiança que depositaram em mim bem como todas as alegrias que partilhamos.

Quero agradecer também à Universidade Fernando Pessoa e aos professores do curso por me terem proporcionado momentos de aprendizagem, por me terem apoiado e ajudado a chegar ao final desta etapa.

Não é por ser a última que tem menos importância, muito pelo contrário, é com muito apreço e gratidão que enuncio a professora Manuela Pontes, não apenas por se tratar da orientadora deste trabalho mas também pela grande amiga que se revelou. Sem esta ilustre pessoa não seria possível a concretização desta fase da minha aprendizagem.

Índice

0. Introdução.....	1
I. Fase Conceptual	3
1. Tema: escolha e justificação.....	3
2. Enquadramento teórico.....	4
i. Adulto jovem	5
ii. Hábitos de vida	5
iii. Tensão Arterial.....	10
iv. Papel do Enfermeiro.....	17
3. Problema de investigação	18
4. Pergunta de partida	18
5. Objetivos do estudo	19
i. Objetivo geral	19
ii. Objetivos específicos	19
6. Variáveis.....	20
II. Fase metodológica.....	21
1. Considerações éticas.....	21
2. Tipo de estudo	22
3. População e Amostra.....	23
4. Instrumento e método de colheita de dados.....	25
5. Pré – teste	26

III.	Fase Empírica	27
1.	Apresentação das variáveis atributo	28
2.	Apresentação das variáveis independentes.....	34
3.	Apresentação da variável dependente.....	40
4.	Apresentação dos dados correlacionais entre as variáveis (independentes e a variável dependente).....	40
IV.	Conclusão	50

Bibliografia

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

Anexo 2 – Questionário

Índice de Quadros

Gráfico 1 - Género.....	28
Gráfico 2 - Idade.....	29
Gráfico 3 - Estado Civil.....	29
Gráfico 4 - Habilitações literárias.....	30
Gráfico 5 - Profissão.....	31
Gráfico 6 - Doenças.....	32
Gráfico 7 - Tipos de doenças.....	32
Gráfico 8 - Medicação.....	33
Gráfico 9 - Hábitos Atividade Física.....	34
Gráfico 10 - Tipo de atividade física.....	34
Gráfico 11 - Hábitos tabágicos.....	35
Gráfico 12 - Quantidade de tabaco consumido por dia.....	36
Gráfico 13 - Hábitos alcoólicos.....	36
Gráfico 14 - Tipo de bebida consumida.....	37
Gráfico 15 - Hábitos cafeínicos.....	38
Gráfico 16 - Valores de Tensão Arterial.....	40
Tabela 1 - Hábitos alimentares.....	39

Índice de Siglas e Abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

HTA – Hipertensão

DGS – Direção Geral da Saúde

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

0. Introdução

O presente projeto de investigação insere-se no plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Unidade de Ponte de Lima.

O tema abordado foi Relação entre Hábitos de Vida e Tensão Arterial em adultos jovens.

Optou-se por esta temática pois a tensão arterial é um tema abordado mundial e nacionalmente. Trata-se de um tema da atualidade, por ser o fator precipitante das principais causas de morte no mundo – as doenças cardiovasculares – segundo a OMS.

A tensão arterial tem “aliada” vários fatores que fazem com que esta aumente em dimensões patológicas. Os hábitos de vida, nomeadamente os hábitos de atividade física, os hábitos tabágicos, os hábitos alcoólicos, os hábitos cafeínicos e os hábitos alimentares, influenciam os valores da tensão arterial.

O presente tema é também de grande importância no que diz respeito ao papel do Enfermeiro, pois é através das consultas de enfermagem que este pode prevenir a doença e promover a saúde.

Para estudar esta temática a população escolhida foi constituída pelos habitantes de Ponte de Lima, mais especificamente os adultos jovens, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade, segundo Farah e Sá (2008, p.74). Escolheu-se uma amostra desta população, pois estudá-la na totalidade seria impossível dado ao tempo disponível.

Depois de pesquisado o tema, surgiu o objetivo geral: Compreender a relação entre os hábitos de vida e os valores de Tensão Arterial em adultos jovens de Ponte de Lima.

Partindo deste objetivo geral foi possível também selecionar os objetivos específicos, com o propósito de, através do estudo de investigação os concretizar, são eles:

- Estimar a relação entre os hábitos de atividade física e de tensão arterial.
- Calcular a relação entre hábitos tabágicos e a tensão arterial.
- Determinar a relação entre os hábitos alcoólicos e a tensão arterial.
- Conhecer a relação entre o consumo de café e a tensão arterial.
- Avaliar a relação entre os hábitos alimentares e a tensão arterial.

Para além dos objetivos acima referidos, o investigador apresentou também motivações de caráter pessoal e académico para levar a cabo o presente estudo. Como motivações académicas, estas visam o crescimento a nível de conhecimento científico, abrangendo uma temática de interesse público e pertinente em relação ao âmbito de ação de enfermagem, possibilitando o desenvolvimento de competências na realização de um trabalho deste caráter. Como motivações pessoais, e não menos importantes, estas tiveram por base o ensino clínico de Saúde Comunitária que consciencializaram o investigador – para este foco de atenção, suscitando-lhe interesse, pois trata-se de um tema que se não for alvo de estratégias de prevenção pode ter repercussões graves a longo prazo na saúde da população.

Os resultados obtidos com o presente estudo revelaram que os hábitos de vida não têm influência nos valores de tensão arterial, o que pode suscitar muitas interrogações que poderão ser estimuladoras de novos processos de investigação para além de levantar a necessidade de refletir nas limitações deste estudo condicionado a uma amostra não aleatória acidental, logo não representativa da população da mesma faixa etária de Ponte de Lima.

Espera-se que o leitor compreenda todos os passos descritos ao longo do documento, uma vez que este se encontra dividido em três partes: fase concetual, fase metodológica e fase empírica onde é apresentada a análise e a discussão dos resultados.

I. Fase Conceptual

A investigação científica é um processo rigoroso desenvolvido através de métodos sistemáticos que tem por base a aquisição e exploração de conhecimentos, podendo servir para a formulação de novos conceitos e por vezes a teorias que enriquecem a ciência em múltiplas áreas.

“A ciência é realizada através da investigação.” (Ribeiro, 2010, p.15)

A investigação avança através da elaboração do projeto de investigação, onde o investigador inclui o que pensa realizar, de que modo o vai fazer e a que conclusão chegou. (Ribeiro, 2010, p.33)

Assim sendo, e tendo por orientação a autora Fortin, o presente estudo será constituído por três fases, devidamente fundamentadas ao longo do documento, sendo elas a fase concetual, a fase metodológica e a fase empírica. Na fase empírica estará presente o tratamento, a análise e a discussão dos resultados obtidos.

O investigador inicia o processo de investigação pela fase conceptual, que consiste em definir os elementos de um problema. Através da elaboração de conceitos, formulação de ideias, recolha de documentação sobre o tema, com o objetivo de chegar a uma conceção clara do problema. (Fortin, 2009, p.49)

1. Tema: escolha e justificação

Como em qualquer estudo que se pretende realizar, o investigador avança, definindo a temática escolhida para ser estudada.

Marconi e Lakatos (2007, p.25) definem que “tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar. (...) O assunto escolhido deve ser exequível e adequado em termos tanto dos fatores externos quanto dos internos ou pessoais.”

O tema deve ser atual e do interesse de quem investiga. Segundo estes pressupostos o tema do presente estudo é: “Relação entre Hábitos de Vida e Tensão Arterial em adultos jovens”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no dia mundial de saúde 2013 referem que a hipertensão é o principal fator de risco de morte no mundo, mencionando que morrem 17 milhões de pessoas afetados por doenças cardiovasculares a cada ano.

De acordo com o Instituto de Saúde Doutor Ricardo Jorge, referido no boletim epidemiológico (2013) cita que em Portugal, a prevalência de hipertensão arterial é muito elevada, cerca de 42%.

Em Portugal quase metade dos portugueses desconhece que é hipertenso, apenas 40% está sob tratamento e só 11% destes tem a pressão arterial controlada. (Carmona J., 2009)

Os hábitos de vida que contribuem para a hipertensão arterial são: o baixo nível de atividade física, a obesidade, o consumo excessivo de sal, o abuso do álcool e o tabagismo. (Mallette, 2006, p.32)

Considerando a importância social dos hábitos de vida, pretendeu-se estudá-los analisando a sua relação com os valores de tensão arterial.

2. Enquadramento teórico

Tendo bem presente a relevância e a importância social do tema em estudo considerou-se de máxima importância a realização de uma revisão bibliográfica envolvendo os conteúdos das variáveis utilizadas no presente estudo.

A partir de várias pesquisas, leitura de artigos científicos, consultas bibliográficas, foi possível selecionar a informação mais pertinente e adequada ao tema como suporte teórico.

Segundo Fortin (2009, p. 89), “a revisão inicial da literatura tem por objetivo colher informações sobre a atualidade de um dado tema, consultando diversas obras de referência”.

O domínio da literatura publicada em determinada área de estudos constitui o ingrediente necessário para uma boa pesquisa. (Hulley et alii, 2008, p.36)

i. Adulto jovem

O adulto jovem ou início da fase adulta compreende o período entre os 18 aos 40 anos de idade. (Farah e Sá, 2008, p. 74)

O adulto jovem é caracterizado por ser perfeito, completo, dono de si, das suas vontades e do seu corpo, encontrando-se no auge do seu funcionamento. (Farah e Sá, 2008, p. 77)

As autoras (2008, p.77) referidas anteriormente, definem ainda, adulto jovem como um ser indestrutível, inatingível por seres patogênicos e doenças. São seres mais ativos e apresentam menos doenças que os outros grupos etários, tem tendência para ignorar sintomas físicos e adiam o tratamento médico.

Considerando o exposto optou-se por investigar os jovens adultos do Conselho de Ponte de Lima, bem como os seus estilos de vida.

ii. Hábitos de vida

Os hábitos de vida são os estilos adotados por cada indivíduo de forma a ter uma vida saudável ou não.

Adaptar um estilo de vida saudável é recomendado para fortalecer a saúde do coração e proporcionar uma vida mais duradoura. Maus hábitos de saúde são o maior contributo para as doenças cardiovasculares. (Ahmed H. et alii, 2012)

Mallette (2006, p.100) afirma que para se ter uma vida mais saudável é necessário,

“(...) deixar de fumar, manter um peso saudável, moderar o consumo de álcool (...), aumentar a atividade física, reduzir os efeitos negativos do stress, adotar uma alimentação fraca em matérias gordas saturadas e rica em frutos e legumes e diminuir a entrada de sódio.”

- Hábitos de atividade física

É de salientar que atividade física e exercício físico são conceito diferentes.

O relatório do Surgeon General on Physical Activity and Health cit in Patrick, K et alii (2002, p.20) define atividade física “como qualquer movimento decorrente da ação muscular pelo corpo induzindo um aumento de energia despendida da acima do nível basal”.

Os mesmos autores consideram ainda que o exercício físico é uma subcategoria da atividade física. Caracteriza-se por um plano pré-estruturado e repetitivo com a finalidade de melhorar um ou mais componentes da aptidão física. O nível apropriado de atividade física procede das necessidades e dos objetivos individuais.

O exercício físico é aconselhado para a prevenção, tratamento e controle de várias doenças. (Brandão et alli, 2006, p.30)

A atividade física faz parte do tratamento e da prevenção da hipertensão, funcionando como um treino para o coração. (Mallette, 2006, p.135)

O autor anterior afirma ainda que “o exercício regular permite que as artérias coronárias, que alimentam o coração, se dilatam melhor, o que contribui para um melhor funcionamento do órgão.”

Segundo Ruivo J. e Ancântra P. (2011), recomenda-se a prescrição de exercício físico no tratamento da hipertensão, principalmente para o treino cardiovascular, 20-60 minutos, 3-5 dias por semana.

Os mesmos autores afirmam ainda que:

“onde há uma maior monitorização da resposta evolutiva, motiva os doentes para a alteração do estilo de vida levando não apenas a maior diminuição da PA, mas também a melhoria do perfil metabólico global”.

- Hábitos tabágicos

O consumo de tabaco é definido como uma ingestão controlada de nicotina, sendo assim uma adição. (Ferreira-Borges, C., 2004, p.17)

Ferreira-Borges, C. (2004, p51) afirma que o tabaco é o inimigo de primeira linha do coração, e que 30% da população portuguesa é fumadora.

O tabaco é um agressor do coração e dos vasos sanguíneos, portanto este hábito é considerado um fator de risco de doença cardíaca de grande importância. (Carmona J, 2009, p. 33)

O monóxido de carbono que vem do fumo do cigarro reduz o transporte de oxigénio para o sangue, levando a um aumento da frequência cardíaca. A nicotina estreita os vasos sanguíneos dificultando a passagem de sangue e de oxigénio, aumentando ainda a quantidade de depósitos que se acumulam na parede interna das artérias, por sua vez fazendo subir a tensão arterial. (Malette, 2006, p.43)

Em cada cigarro fumado é produzido um efeito de contração dos vasos que faz com que a tensão arterial nos primeiros 15 minutos aumente. Quando um fumador deixa de fumar os valores tensionais, normalmente aumentam, fator relacionado com o aumento de peso.(Carmona J, 2009, p.33)

Mallette (2006,p.43-44) afirma que,

“(...) os hipertensos são fortemente aconselhados a deixar produtos que contem nicotina (...) recomenda-se aos hipertensos que reduzam a sua exposição ao fumo de terceiro.”

- Hábitos alcoólicos

Hábito alcoólico é referente à quantidade de bebidas alcoólicas que um indivíduo ingere diariamente. O nível de segurança do consumo de bebidas alcoólicas não deve exceder os dois copos no caso dos homens e um copo no caso das mulheres. Quando o consumo ultrapassa o estipulado a tendência para a tensão arterial aumentar é potenciada. (Beevers, D., 2010, p.52)

O autor referido anteriormente afirma que, em Portugal as recomendações de consumo de álcool referem que o consumo não deve exceder as duas bebidas (37gramas de álcool por dia) nos homens com menos de 65 anos e de uma bebida (14gramas de álcool por dia) para as mulheres e todos os adultos com mais de 65 anos. (Beevers D. 2010, p. 53)

O consumo de álcool leva ao aumento da pressão arterial. (Brandão A. et alii, 2006, p.30) Este fenómeno vai condicionar fortemente a saúde do coração e dos vasos sanguíneos.

Mallette (2006, p.44) afirma que o álcool,

“Contribui para a subida da tensão, favorecendo uma redução do calibre dos vasos sanguíneos, ligada a aumento da sensibilidade às substâncias que facilitam a contração das artérias.

“Devido às suas características químicas, o álcool difunde-se rapidamente por todo o organismo, a acumulação deste no corpo depende do fluxo sanguíneo, atingindo maior concentração nos órgãos mais irrigados.” (Borges e Silva, 2008, p. 178)

Sheldon M.D. (2012), afirma que o álcool contém calorias e pode contribuir para o ganho de peso indesejado, sendo este um fator de risco para a hipertensão arterial. Pode interferir também para potenciar os efeitos secundários de alguns medicamentos.

A abstinência alcoólica conduz muitas vezes a uma normalização da tensão arterial. (Malette, 2006, p.45)

- Hábitos cafeínicos

A cafeína é considerada a droga mais consumida em todo o mundo. Apresenta efeitos simpaticomiméticos (efeito que se obtém quando se estimula o sistema nervoso simpático), que fazem contrair os vasos e aumentar a tensão arterial nas três horas seguintes. Metade dos consumidores de café desenvolve tolerância a este efeito fazendo com que o seu efeito se atenua ao longo do tempo. (Carmona J., 2009, p.36)

Malette (2006, p.132) cita que,

“A redução de um consumo excessivo de café deve ser aconselhada aos hipertensos. (...) O café aumenta a excreção urinária do potássio, leva a uma perda de cálcio e suspende a ação dos elementos nutritivos que se encontram no sumo e no leite. (...) Sugere-se não beber mais do que quatro chávenas de café por dia.”

- Hábitos alimentares

Uma alimentação saudável e considerada preventiva para o desenvolvimento de patologias deve ser constituída por: menos sal, menos gordura animal, mais peixe e mais fruta e vegetais. (Beever, D., 2010, p.80)

Uma boa alimentação institui um dos primeiros cuidados a ter para prevenir e tratar a hipertensão arterial. (Malette, 2006, p.101)

Malette, (2006, p. 102) defende que,

“Uma alimentação equilibrada, rica em produtos lácteos, em frutos e em legumes, teria no seu teor elevado de vitaminas, de fibras alimentares e de minerais (...) os nutrientes associados a uma tensão arterial saudável.”

Segundo as recomendações da 57ª Assembleia Mundial de Saúde (2004), devem seguir-se as seguintes diretrizes:

- Obter um equilíbrio e um peso normal;
- Limitar a ingestão energética procedente das gorduras, substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e tratar de eliminar os ácidos gordos;
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças, assim como de legumes, cereais integrais e frutas secas;
- Limitar a ingestão de açúcares livres;
- Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado

“No que diz respeito à pressão arterial, o sódio seria um fator favorável à hipertensão enquanto que o potássio contribui para uma diminuição da pressão sanguínea.”
(Malette, 2006, p.104)

A DGS (2013) estabeleceu uma meta de redução global no consumo de sal na dieta, a ingestão média de sal na população deve ser menor ou igual a 5 g / dia, com o objetivo de reduzir o consumo de sal em 30% até 2025, e desse modo diminuir a prevalência da hipertensão na população.

iii. Tensão Arterial

A tensão arterial é a força existente nos grandes vasos sanguíneos quando o coração força o sangue a circular pelo corpo. (Beevers, 2010, p.8)

O processo inicia quando o sangue vai buscar oxigênio aos pulmões do ar que respiramos. Depois de oxigenado o sangue entra no coração e é bombeado através de vasos sanguíneos chamados artérias, para alimentar os tecidos. Assim que o oxigênio é depositado nas células, o sangue desoxigenado regressa ao coração pelas veias para oxigenar novamente. Aquando de cada batimento cardíaco o músculo do coração contrai exercendo pressão nas paredes das artérias - este mecanismo designa-se de tensão arterial. (Mallette, 2006, p.11-13)

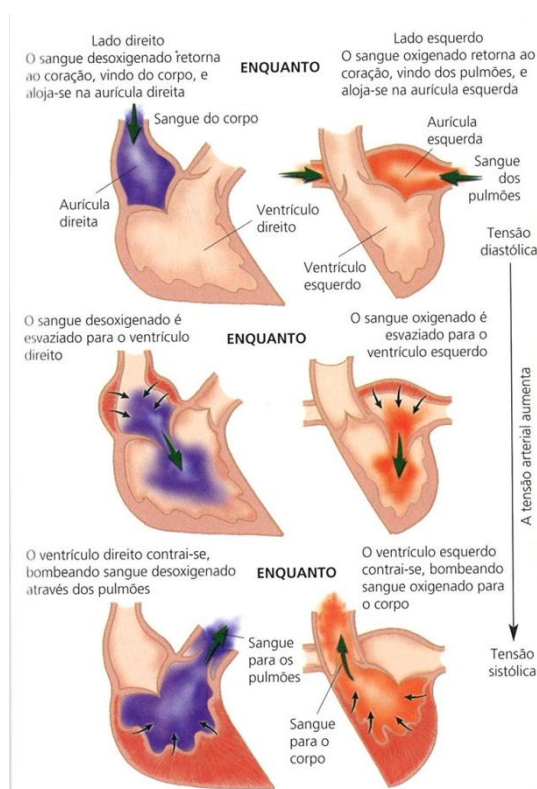


Figura: Sequência que origina um batimento cardíaco

Fonte: Beevers. D (2010, p. 11)

Para compreender a oscilação dos valores da tensão arterial é necessário conhecer a fisiologia da hipertensão.

Segundo Beevrs D. (2010, p.9),

“A tensão produzida pelo coração é máxima quando ele se contrai, sendo conhecida como tensão sistólica. Depois o músculo do coração relaxa antes da contração seguinte e a tensão está no nível mínimo sendo designada por tensão diastólica.”

Os valores tensionais são considerados normais até aos valores de pressão arterial sistólica de 120-129 mmHg e pressão arterial diastólica de 80-84 mmHg. (Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG).

A hipertensão é a condição em que o paciente se encontra quando tem uma pressão sanguínea mais elevada que a considerada normal. (Clayton, 2000, p.890)

“A hipertensão arterial (...) define-se como a elevação persistente, em diferentes ocasiões, da tensão arterial sistólica (...) e/ou da tensão arterial diastólica.” (Cruz-ferreira, Loureiro e Pimentel, 2012, p.33)

- Fisiopatologia da HTA

Existem várias causas que alteram a pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias, quando essa pressão aumenta é desencadeada a hipertensão.

O coração é um órgão que bombeia 7.200 litros de sangue por dia numa rede de 100.000 quilómetros de veias e artérias, apenas repousa mas nunca pára. (Mallette, 2006, p.14)

Quanto mais elevada for a pressão exercida dentro das artérias, maior é a possibilidade do seu interior estar danificado. (Carmona J., 2009, p.2)

As artérias que transportam o sangue desde o coração têm de resistir às tensões com que o sangue é bombeado para fora do coração. Quando a tensão arterial é elevada durante muitos anos, como no caso da hipertensão não tratada, as veias acabam por ficar

danificadas. O revestimento das artérias torna-se mais tortuoso e espesso, acabando por fazer com que elas estreitem e se tornem menos flexíveis do que antes, este processo designa-se arteriosclerose. Isto faz com que o sangue não consiga passar adequadamente e a parte do corpo que depende dessa artéria e do seu fornecimento de sangue fique privada de sangue e de oxigénio, essenciais. Quando a artéria estreita há maior tendência para desenvolver coágulos, o que pode provocar bloqueio da artéria e consecutivamente levar a morte do corpo servido por essa artéria. (Beevers D., 2010, p.29-30)

- Etiologia da HTA

Existem vários fatores que podem contribuir para a hipertensão arterial. A hereditariedade e o estilo de vida são dois deles. A tensão arterial tende também a aumentar com a idade, pois as pessoas tornam-se menos ativas, ganhando peso. (Beevers D., 2010, p.39)

O autor referido anteriormente afirma ainda que os fatores de risco de hipertensão podem ser modificáveis e não modificáveis. Sendo os modificáveis: o tabagismo, o colesterol elevado, a diabetes, a obesidade, o stress, a falta de exercício físico, uma dieta rica em sal e o consumo de bebidas alcoólicas. Os não modificáveis são os fatores genéticos, o género a idade e o historial étnico.

O risco de desenvolver hipertensão é maior se os fatores genéticos estiverem implícitos, embora nem todas as pessoas que tem antecedentes familiares da doença a venham a desenvolver, pois nem todas as pessoas que tem tensão arterial elevada partilham da mesma base genética ou familiar. O ecossistema onde cada individuo está inserido também tem influência. Os fatores genéticos não podem ser alterados, mas o estilo de vida adaptado por cada indivíduo sim. (Carmona J., 2009, p.28)

- Epidemiologia da HTA

A OMS (*cit in* Carmona J., 2009, p.24) afirma que existem 972 milhões de hipertensos, sendo 26,4% população adulta mundial.

Atualmente a prevalência de hipertensão em Portugal é de 42%. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2013, p.1)

- Diagnóstico da HTA

O diagnóstico de hipertensão arterial é definido pela avaliação em consultório, da elevação em várias medições e em diversas ocasiões da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140mmHg e da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg. As medições devem ser realizadas em diferentes consultas com o intervalo mínimo de uma semana, para verificar se a pressão arterial se mantém elevada. (Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG)

A DGS classifica a HTA em três graus: grau 1 corresponde a hipertensão arterial ligeira, grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave (apresentados valores na figura que se segue). Esta classificação é válida apenas para pessoas com idade superior a 18 anos que não esteja sob tratamento farmacológico anti-hipertensor, não apresente patologia aguda nem se encontre grávida.

Relação entre Hábitos de Vida e Tensão Arterial em Adultos Jovens

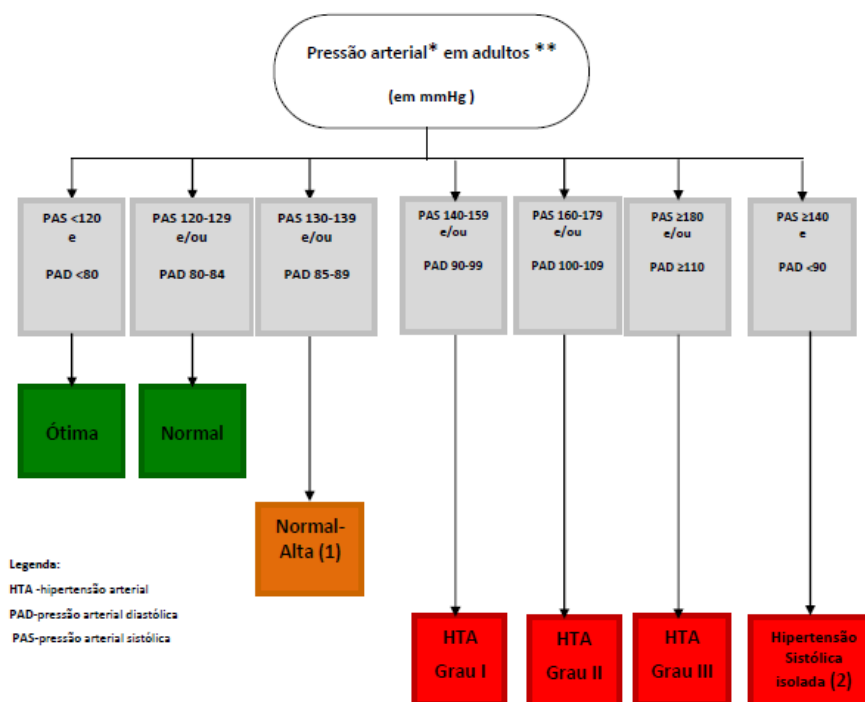


Imagem ilustrativa 1 - Algoritmo clínico segundo a DGS (Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG)

Para realizar um diagnóstico de hipertensão é necessário que a avaliação da pressão arterial obedeça às seguintes regras, segundo a DGS (Circular normativa, nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG):

- Efetuada em ambiente acolhedor;
- Realizada sem pressa;
- Com o doente sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos;
- Com a bexiga vazia;
- Não ter fumado nem ingerido estimulantes (café por exemplo) na hora anterior;
- Com o membro superior desnudado;
- Usando braçadeira de tamanho adequado;
- Medição sistemática no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da PA na primeira consulta.

As pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial precisam de testes de rotina: análise à urina, análise ao sangue e de realizar um ECG. O médico examina também o coração, o peito, a barriga e aos tornozelos, para detetar se os rins e o coração foram afetados. (Beevers D., 2010, p.65)

- Manifestações clínicas

A hipertensão não apresenta sintomas, não sendo assim diagnosticada durante anos até a altura em que a pessoa apresenta provas subtis no coração, no cérebro e nos rins. A pessoa recorre ao médico por se ter sentido mal. (Beevers D., 2010, p.59)

A hipertensão arterial é designada como a assassina silenciosa. (Carmona J.. 2009, p.40)

Mallette (2006, p.18) afirma que efetuar frequentemente visitas ao médico permite despistar o diagnóstico de hipertensão, bem como orientar no sentido de tratamento quando se confirma o mesmo.

Apesar de se considerar a hipertensão assintomática o autor anteriormente referido, enuncia alguns sintomas relacionados com a hipertensão arterial:

- Dores de cabeça localizadas a nível da nunca
- Tonturas e desequilíbrio quando estão de pé ou a caminhar
- Dificuldade respiratória
- Problemas de visão,
- Fadiga (sonolência),
- Zumbidos nos ouvidos ou palpitações.
- Na grávida manifestar-se-á edema das pernas ou na presença de proteínas na urina
- Adormecimento e formigueiro nas extremidades dos membros
- Edema dos pés.

- Tratamento

O tratamento da hipertensão divide-se em tratamento farmacológico e não farmacológico. (Beevers, 2010, p.76)

Mallette (2006, p.67) “refere que é essencial baixar a tensão arterial se desejamos proteger os órgãos alvo e diminuir, assim, a mortalidade e a morbidez cardiovasculares.” Este autor acrescenta ainda que a luta contra a hipertensão se faz em duas vertentes, sendo elas as alterações do modo de vida e os medicamentos.

A dieta e o estilo de vida quando ajustados, através dos conselhos do médico de família, podem surtir um efeito positivo fazendo com que a tensão arterial volte ao normal sem necessidade de tratamento farmacológico. (Beevers, 2009, p.76)

Segundo Damasceno A (2011)

“A HTA, na maior parte dos casos, não tem cura. Os medicamentos utilizados para tratar estes doentes baixam a sua pressão arterial, mas se forem suspensos, a pressão arterial volta a subir. Assim, uma vez instituído um tratamento, este deve ser feito até ao fim da vida do doente.”

iv. Papel do Enfermeiro

É de referir que a população deve ser informada e consciencializada acerca da gravidade da hipertensão. (Carmona J. 2009, p.XXVI)

O papel do enfermeiro é de auxiliar a evitar e a diagnosticar a hipertensão, incentivando as pessoas a verificar periodicamente a pressão sanguínea e o significado dos valores. Estimular mudanças do estilo de vida como a redução da ingestão de sódio, conservação de um peso normal e a praticando exercício. Deve ainda Incentivar a os pacientes hipertensos a submeterem-se a exames clínicos regulares, cooperar com o tratamento clínico receitado. (Clayton (2000, p. 891)

Segundo o Regulamento do exercício profissional do enfermeiro REPE,

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Neste âmbito o enfermeiro tem como papel criar estratégias que estimulem as pessoas a desenvolverem hábitos de vida saudáveis.

3. Problema de investigação

A formulação do problema de investigação consiste em fazer a síntese de um conjunto de elementos de informação sobre o tema. (Fortin, 2009, p.52)

Abordar um tema como a hipertensão é pertinente, isto porque não afeta apenas Portugal, mas também é preocupante a nível mundial.

A OMS, no dia Mundial de Saúde, 2013, reconhece a Hipertensão arterial como importância ímpar e o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, principal causa de mortalidade precoce e incapacidade em todo o mundo.

Relativamente ao referido acima pelo investigador, este decidiu relacionar os hábitos de vida dos adultos jovens de Ponte de Lima com sua a tensão arterial.

4. Pergunta de partida

A pergunta de partida é a forma como o investigador exprime o que procura saber, elucidar e compreender melhor, servirá assim de fio condutor da investigação. (Quivy-e-Campenhoudt, 2008, p.44)

Deste modo, para o presente estudo surgiu a seguinte pergunta: Qual a relação entre os Hábitos de Vida dos adultos jovens de Ponte de Lima e os valores de Tensão Arterial?

5. Objetivos do estudo

Após ser enunciada a questão de investigação seguem-se os objetivos da investigação. Representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação. (Ribeiro, 2010, p.34)

i. Objetivo geral

O objetivo explicita o problema, aumentando os conhecimentos sobre o tema. (Marconi e Lakatos, 2007, p.24)

Os mesmos autores (2007,p.34) afirmam ainda que, o objetivo da ciência não é somente aumentar o conhecimento, mas o de aumentar as nossas possibilidades de continuar aumentando o conhecimento.

Como objetivo geral enumera-se o seguinte:

- Compreender a relação entre os hábitos de vida e os valores de Tensão Arterial dos adultos jovens de Ponte de Lima.

ii. Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- Estimar a relação entre os hábitos de atividade física e de tensão arterial.
- Calcular a relação entre hábitos tabágicos e a tensão arterial.
- Determinar a relação entre os hábitos alcoólicos e a tensão arterial.
- Conhecer a relação entre o consumo de café e a tensão arterial.
- Avaliar a relação entre os hábitos alimentares e a tensão arterial.

6. Variáveis

A análise dos objetivos permite a visualização das variáveis que se pretende estudar.

As variáveis da investigação são o elemento central, sendo à volta delas que se estrutura a investigação. Caracterizam-se por variar, distribuindo-se por diversos valores ou qualidades, é de diferentes tipos e é o oposto a uma constante. (Ribeiro, 2010, p.36)

Do presente estudo fazem parte as variáveis atributo, a variável dependente e as independentes.

“As variáveis atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo.” (Fortin, 2009, p.172)

No que diz respeito às variáveis atributo fazem parte: o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão e os antecedentes pessoais de doença.

A variável independente é considerada a causa do efeito produzido na variável dependente. (Fortin, 2009, p. 171)

Fazem parte do estudo como variáveis independentes: atividade física, hábitos tabágicos e alcoólicos, consumo de café e hábitos alimentares.

Segundo Fortin (2009, p. 48), “a variável dependente sofre o efeito da variável independente e produz um resultado.”

Como variável dependente neste estudo selecionou-se a Tensão Arterial.

Esta variável será apresentada através dos valores da pressão arterial sistólica (PAS) e da pressão arterial diastólica (PAD).

II. Fase metodológica

Para o investigador obter um estudo exequível é importante delinear a metodologia relativa aos objetivos que quer seguir e abranger.

A fase metodológica é um conjunto de meios e atividades singulares para responde às questões de investigação, ou para averiguar hipóteses desenvolvidas durante a fase conceptual. (Fortin, 2009, p.211)

“Os desenhos e os métodos de investigação constituem uma das partes nobres de qualquer estudo.” (Ribeiro, 2010, p.51)

Os procedimentos que definem o caminho de todo o processo de investigação devem ser orientados por princípios éticos, especialmente porque se trata de investigação com seres humanos.

1. Considerações éticas

Todo e qualquer estudo rege-se por um código, neste caso, por um código ético, com a finalidade de agir corretamente dentro das conformidades com a população que se disponibiliza a participar na investigação.

Os aspetos éticos são de grande importância em investigação, pois sem código de ética que imponha limites e oriente a investigação, a mesma é posta em causa. (Ribeiro, 2010, p.155)

Como afirma Hulley et alii (2008, p.243)

“As pesquisas envolvendo seres humanos geram preocupações éticas, pois voluntários aceitaram riscos e inconveniências com o objetivo de fazer avançar o conhecimento científico e beneficiar os outros.”

O autor referido anteriormente enuncia três princípios éticos nas pesquisas com seres humanos, sendo eles : o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça, sendo que,

“O princípio do respeito à pessoa exige que os investigadores obtenham um consentimento informado, protejam aqueles que participam com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade. (...) O princípio da beneficência exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios. (...) O princípio da justiça requer que os benefícios e os ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa.”

Para cumprir os princípios expostos foi entregue o consentimento informado devidamente documentado, com linguagem de fácil compreensão para os participantes. Os mesmos leram e assinaram o documento de consentimento informado. (Anexo - 1). Relativamente ao princípio da beneficência não houve qualquer tipo de risco para os participantes, foi-lhes medida a tensão arterial, mas esta foi efetuada após o consentimento e autorização dos mesmos.

No que diz respeito ao princípio da justiça todos os participantes foram informados de igual modo acerca do questionário e do que este envolvia em relação à metodologia utilizada e a finalidade académica dos resultados.

Foram também transmitidos os resultados dos valores da tensão arterial recebendo orientações em relação à sua situação pessoal.

2. Tipo de estudo

Neste estudo o método de investigação utilizado foi o quantitativo que se caracteriza pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos. (Fortin, 2009, 27)

“A investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas.” (Fortin, 2009, p.29)

Assim optou-se pelo estudo correlacional, pois implica relações entre variáveis e uma explicação destas relações. (Fortin, 2009, p.242)

Assim pretende-se relacionar as variáveis independentes com a variável dependente para verificar se existe correlação entre elas.

3. População e Amostra

A população possibilita limitar grupos homogêneos ou obter dados de pessoas tendo em conta o tema em estudo. (Fortin, 2009, p. 70)

Segundo Marconi e Lakatos (2007, p.41) a “população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.”

Na impossibilidade de estudar toda a população utiliza-se a população acessível, ou seja a que se encontra num determinado lugar. (Fortin, 2009, p.70)

Para dar cumprimento a esta orientação foram seleccionados os habitantes de Ponte de Lima como população alvo.

Marconi e Lakatos (2007, p. 41) afirmam que amostra é: (...) uma porção ou parcela, convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo”.

Recorreu-se a uma amostra da população por esta ser extensa, ou seja, de 43.498 habitantes, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, Censos 2011) e por ser difícil objetivar concretamente o número de adultos jovens integrados nesta população e também aceder de forma aleatória a eles.

A amostragem é o método que reduz as amostras. (Marconi e Lakatos, 2008, p.284)

O tipo de amostragem utilizado no presente estudo é não probabilístico pois “não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra. (...)” (Fortin, 2009, p.321)

Trata-se de uma amostragem acidental pois os indivíduos podem não ser representativos da população. (Fortin, 2009, p.321) Segundo esta orientação participaram na colheita de dados todos os adultos jovens que se encontravam no Largo de Camões no período de 9 de Abril de 2014 e 30 de Maio de 2014 e que aceitaram livremente participar no estudo.

O meio onde os dados foram colhidos foi considerado natural porque segundo Fortin um meio natural não é um lugar com controlo rigoroso como em laboratório (Fortin, 2009, p.217)

Para além do carácter acidental que determinou a aproximação dos participantes no estudo, tornou-se necessário a definição de critérios que aferissem características necessárias para a efetiva participação no estudo.

Segundo Fortin, para definir uma população estabelecem-se critérios de seleção dos elementos que a compõem, são chamados critérios de inclusão. (Fortin, 2009, p.311)

Os critérios de inclusão utilizados foram:

- Saber ler e escrever.

Este critério possibilitou que todos os participantes pudessem ler e responder diretamente ao questionário.

Assim fizeram parte da amostra 123 adultos jovens do género feminino e masculino, residentes no Concelho de Ponte de Lima.

4. Instrumento e método de colheita de dados

É nesta etapa que se aborda o instrumento de colheita de dados que foi utilizado no estudo e o método de aplicação aos participantes no estudo.

O instrumento de colheita de dados utilizado para atingir os objetivos delineados foi o questionário.

Marconi e Lakatos (2007, p.98) definem questionário como,

“um instrumento de colheita de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do investigador”.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi construído a partir do questionário validado e cedido pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (SHEFMUP).

No presente estudo para cumprir os objetivos de investigação foi necessário suprimir questões redimensionando a sua abrangência e deste modo poder responder às exigências da investigação que se realizou.

O instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em sete partes, nomeadamente: dados pessoais, tensão arterial, antecedentes pessoais da doença, atividade física, hábitos alcoólicos e tabágicos, consumo de café e hábitos alimentares. (Anexo- 2)

“A escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variáveis e dos instrumentos disponíveis”. (Fortin, 2009, p.368)

Deste modo o método de aplicação do questionário foi de administração direta, ou seja, cada participante respondeu às perguntas diretamente no documento referente ao questionário, exceto a tensão arterial que foi observada diretamente pelo investigador.

5. Pré – teste

Antes de ser utilizado definitivamente, o questionário necessita ser testado, sendo assim aplicado numa pequena população escolhida. (Marconi e Lakatos, 2007, p.100)

No período anterior à recolha de dados foi efetuado um pré-teste, de forma a verificar a adequação do instrumento de colheita de dados ao grupo em estudo.

O pré-teste foi realizado dois dias antes de proceder à colheita de dados, no Concelho de Ponte de Lima a 7 de Abril de 2014, a 10 indivíduos com as mesmas características da amostra pretendida. Estes dados não foram contabilizados para a colheita de dados.

Após a aplicação do pré – teste não foi necessário proceder a alterações pelo que se passou a recolher os dados para o estudo.

III. Fase Empírica

Depois de aplicados os questionários e reunidos os resultados obtidos, tornou-se fundamental organizá-los para que se tornassem vantajosos, tanto para o investigador como para o leitor. Esta organização foi orientada metodologicamente por Fortin, pois segundo este autor a fase empírica consiste no tratamento, análise e interpretação de resultados. (Fortin, 2009, p.57)

Nesta fase o investigador deve ter por base os objetivos específicos enunciados na fase concetual. Sendo eles os seguintes:

- Estimar a relação entre os hábitos de atividade física e de tensão arterial.
- Calcular a relação entre hábitos tabágicos e a tensão arterial.
- Determinar a relação entre os hábitos alcoólicos e a tensão arterial.
- Conhecer a relação entre o consumo de café e a tensão arterial.
- Avaliar a relação entre os hábitos alimentares e a tensão arterial.

Para concretizar a realização dos mesmos surge a necessidade de descodificar os dados obtidos de forma a desenvolver uma análise e discussão dos resultados através dos conhecimentos adquiridos aquando de todas as pesquisas efetuadas no âmbito do enquadramento teórico.

Para a concretização desta fase, os dados obtidos foram tratados através do programa IBM SPSS Statistics.22.

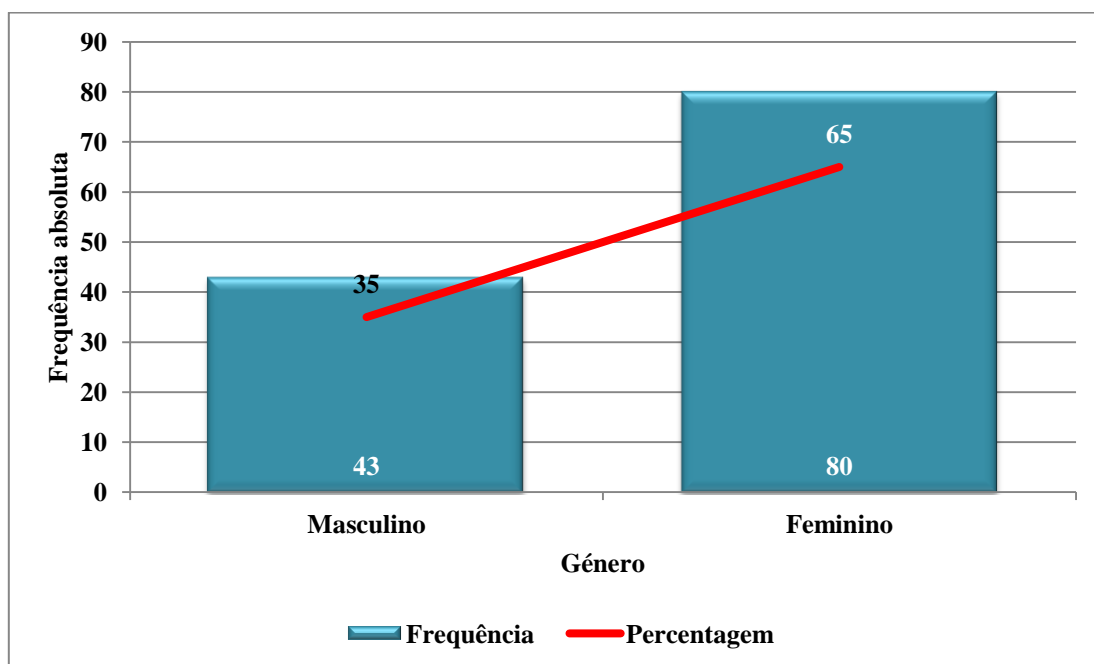
Para facilitar a leitura dos resultados as variáveis serão apresentadas através de gráficos e tabelas.

Esta apresentação está estruturada em quatro grupos, sendo eles, o das variáveis atributo, para caraterizar os participantes no estudo, o das variáveis independentes e da variável dependente e, por fim, dos dados correlacionais entre as variáveis,

(independentes e a variável dependente) a fim de facilitar a visualização dos resultados que permitem a concretização dos objetivos do estudo.

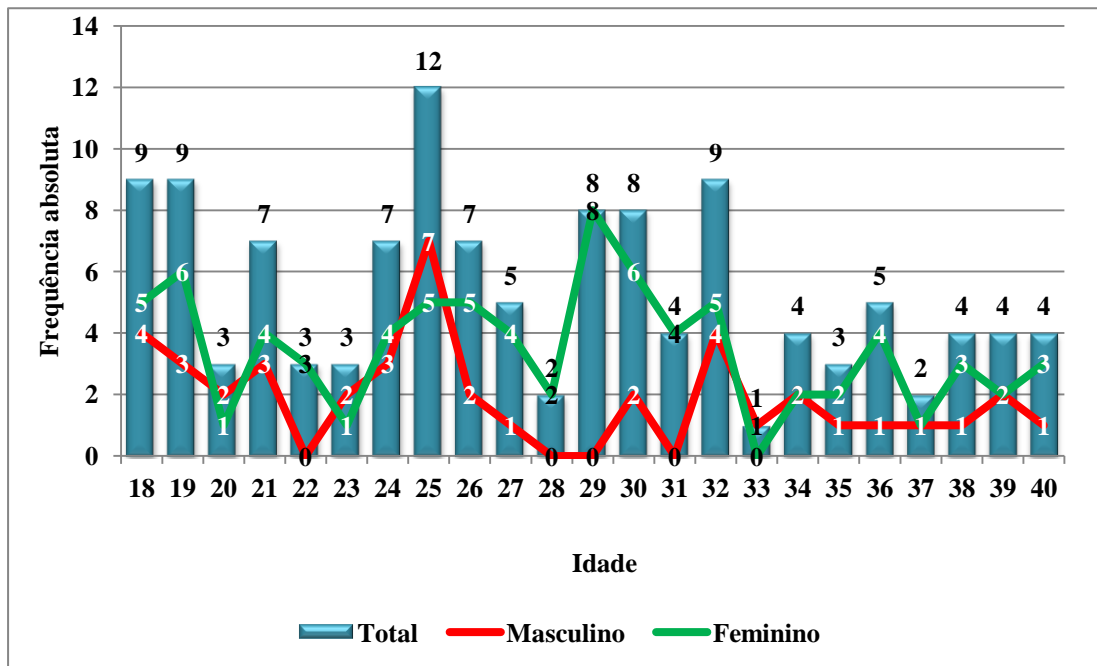
1. Apresentação das variáveis atributo

Gráfico 1 - Género



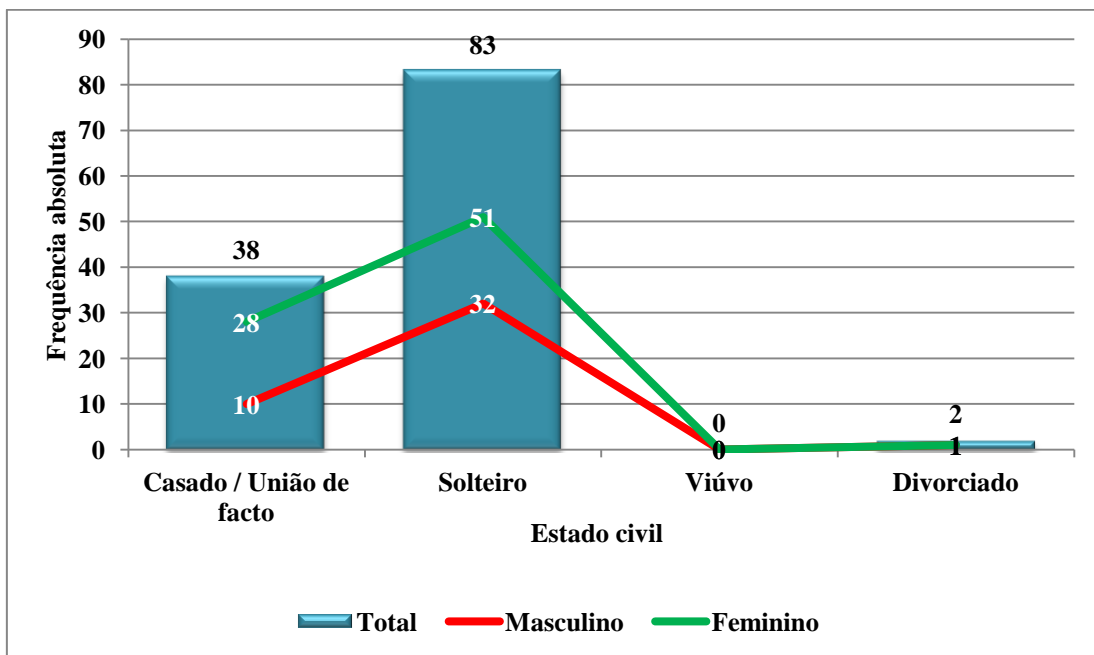
Considerando o gráfico acima pode-se referir que a amostra é constituída por 65% (n=80) indivíduos do género feminino e 35% (n=43) indivíduos do género masculino. Pode-se concluir assim, que a amostra é composta maioritariamente por indivíduos do género feminino.

Gráfico 2 - Idade



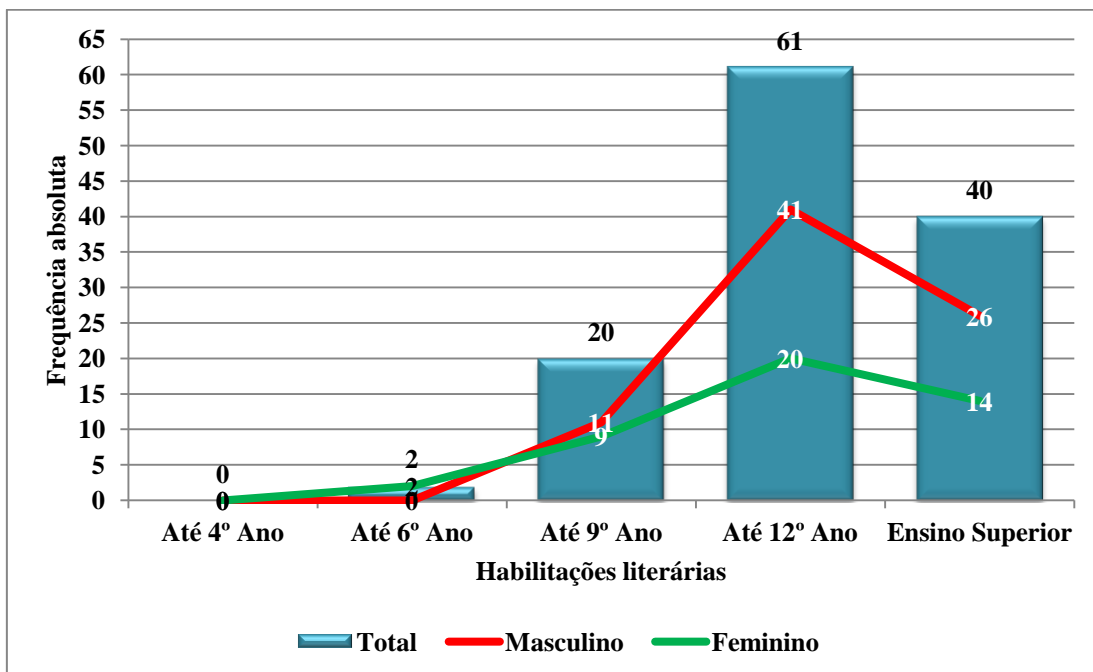
Analisando o gráfico acima apresentado observa-se a amplitude das idades, que varia entre os 18 e os 40 anos. Apontando uma média das idades de 27,61. O desvio padrão, ou seja, o valor de discrepância entre as idades é de 6,44. A idade verificada com mais frequência (moda) são os 25 anos de idade.

Gráfico 3 - Estado Civil



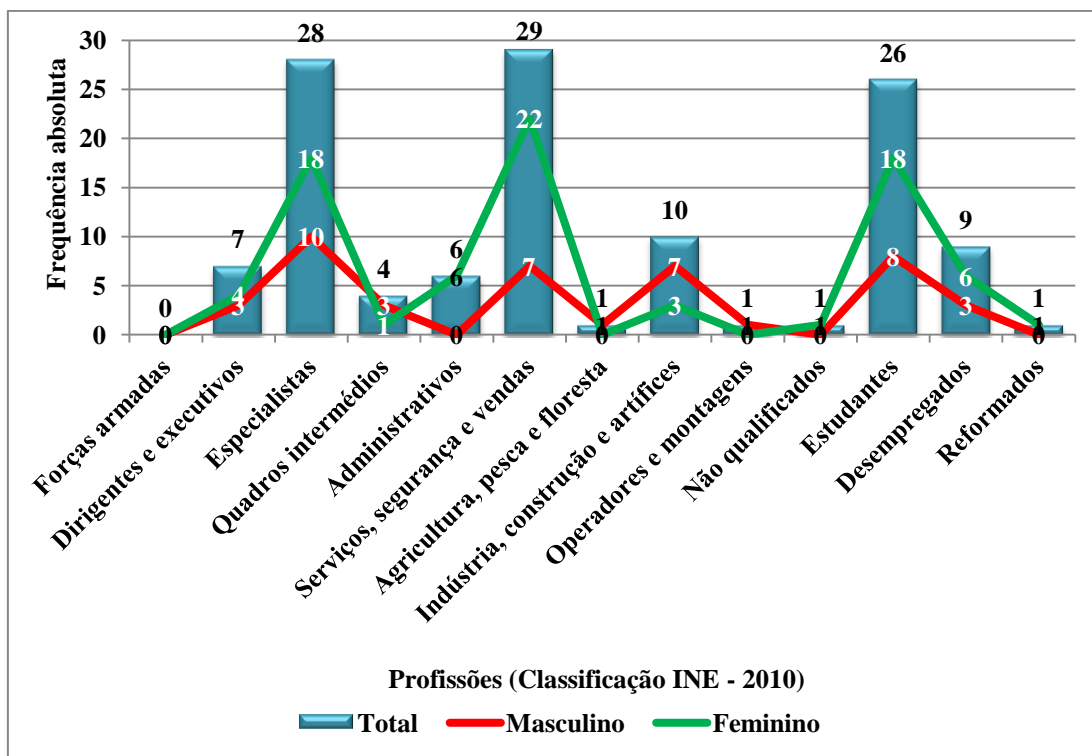
Observando o gráfico acima descrito pode-se concluir que relativamente ao estado civil 83 dos indivíduos são solteiros, 38 dos indivíduos são casados ou vivem em união de fato e 2 dos indivíduos são divorciados ou separados. A maior incidência corresponde ao grupo de indivíduos solteiros.

Gráfico 4 - Habilitações literárias



Considerando o presente gráfico relativo às habilitações literárias é de notar que 61 dos indivíduos tem estudos até ao 12ºano, 40 dos indivíduos possui ensino superior, 20 dos indivíduos tem habilitações até ao 9ºano e 2 dos indivíduos tem estudos até ao 6ºano. O grupo com mais indivíduos pertence aos que têm até o 12ºano.

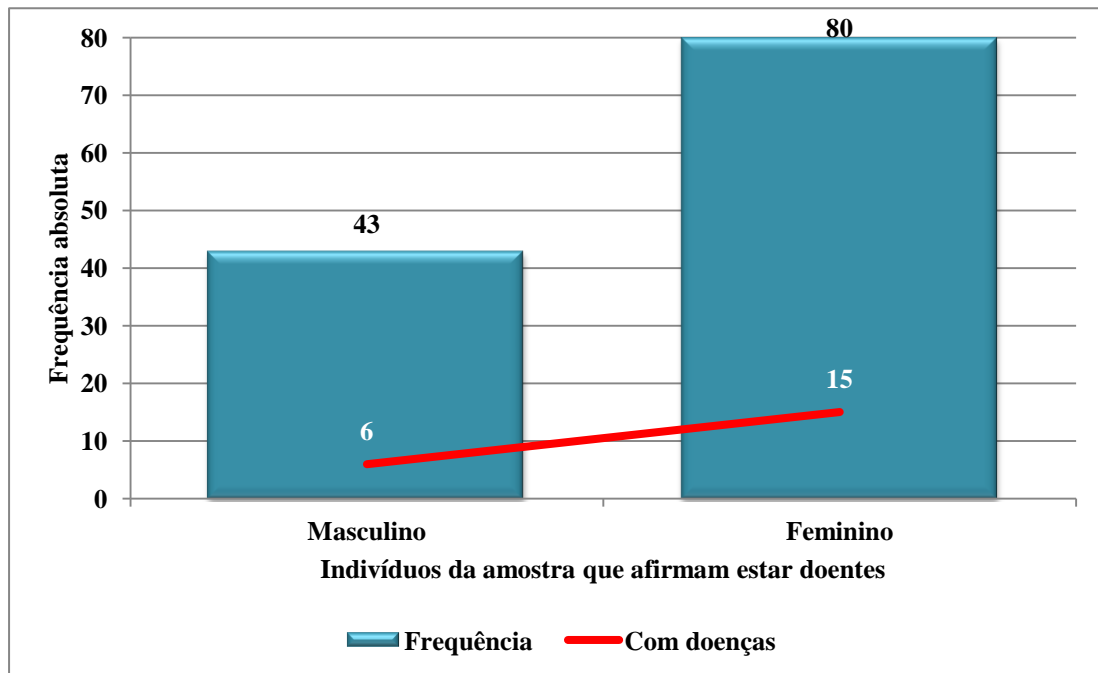
Gráfico 5 - Profissão



A classificação das profissões foi efetuada através da classificação do INE 2010.

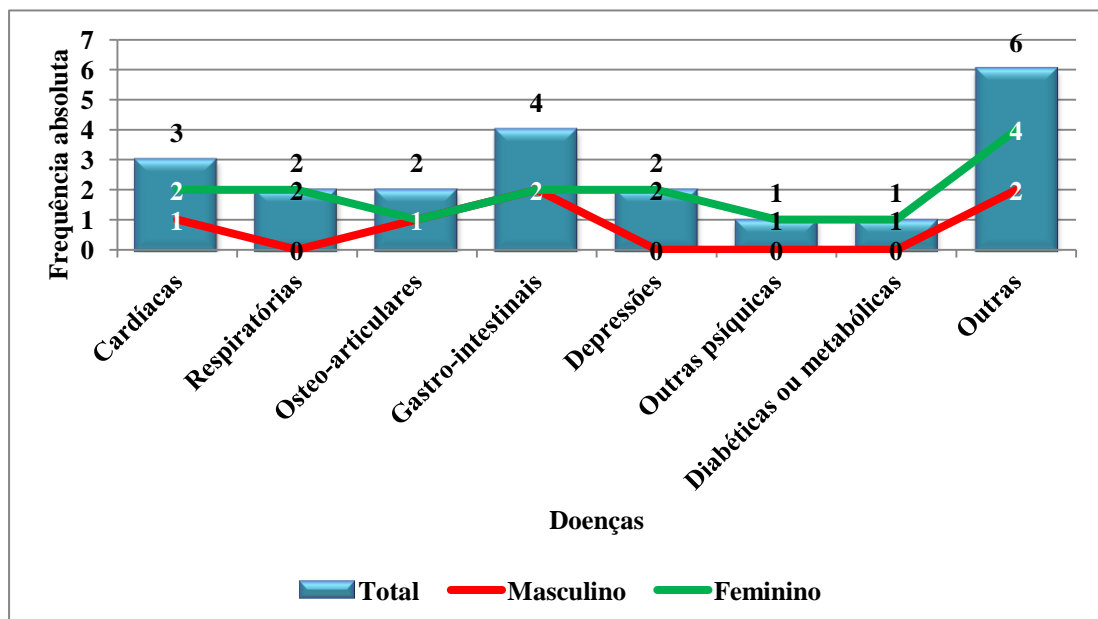
Considerando o gráfico representado conclui-se que 7 dos indivíduos pertencem ao grupo dos dirigentes e executivos, 28 pertencem ao grupo dos especialistas, 4 ao grupo dos quadros intermédios, 6 referem-se ao grupo de administrativos, 29 fazem parte do grupo de serviços, segurança e vendas, 10 reportam-se ao grupo da indústria, construção e artífices, 1 pertence ao grupo dos operadores e montagens, 1 é referente ao grupo de não qualificados, 26 dos indivíduos são estudantes, 9 são desempregados e apenas 1 é reformado. O grupo que possui mais indivíduos é o dos serviços, segurança e vendas.

Gráfico 6 - Doenças



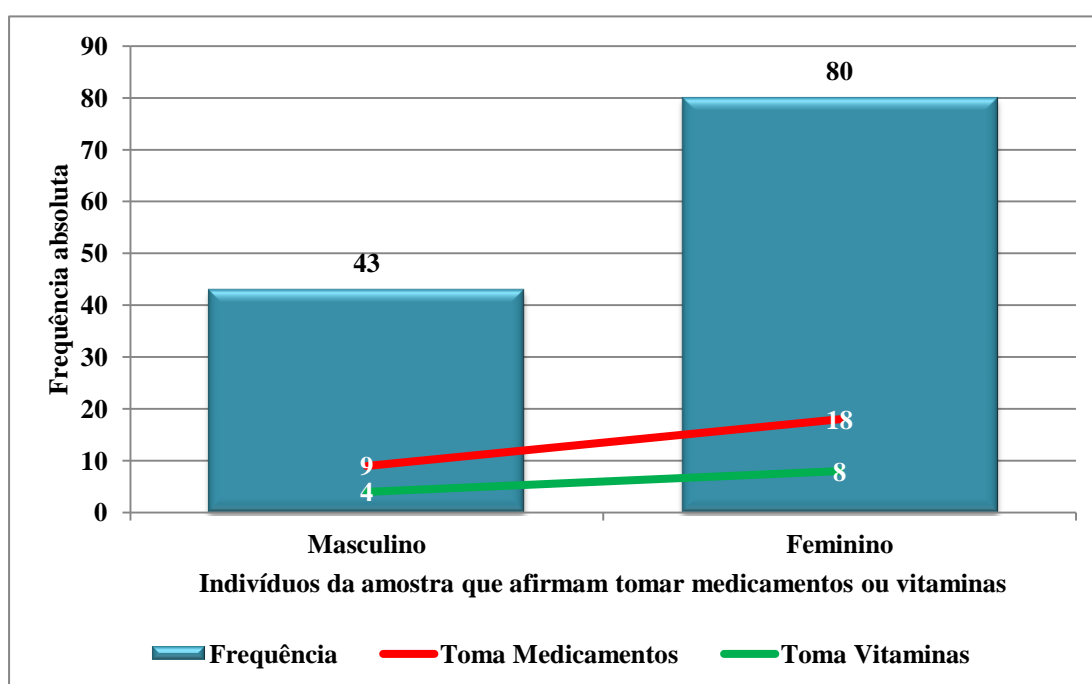
Analisando o gráfico apresentado pode-se concluir que 15 dos indivíduos são do gênero feminino e são portadores de doenças e que 6 dos indivíduos são do gênero masculino e são igualmente portadores de doenças.

Gráfico 7 - Tipos de doenças



Observando o gráfico acima apresentado conclui-se que 3 indivíduos são portadores de doenças cardíacas, 2 indivíduos são portadores de doenças respiratórias, 2 são possuidores de doenças osteo-articulares, 4 são possuidores de doenças gastro - intestinais, 2 são detentores de depressões, 1 é portador de outras doenças psíquicas, 1 possui doenças diabéticas ou metabólicas e 6 dos indivíduos possuem outras doenças que não especificaram. Verifica-se uma maior incidência de indivíduos relativamente às doenças gastro - intestinais.

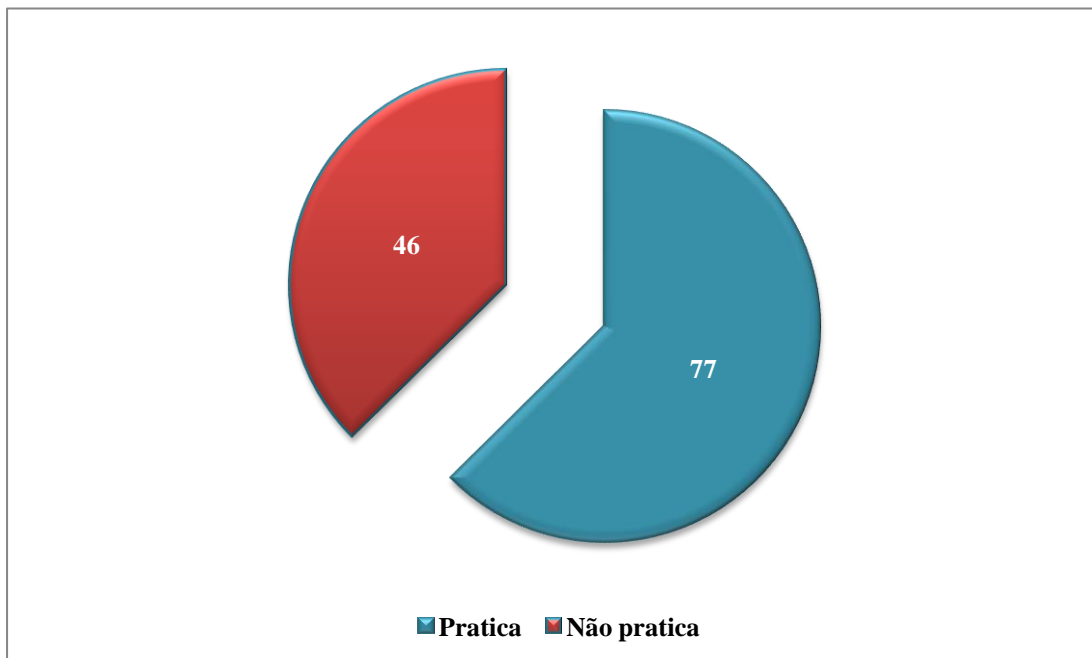
Gráfico 8 - Medicação



Observando o presente gráfico pode-se afirmar que, no que diz respeito ao gênero feminino, 18 das inquiridas toma medicação habitualmente e 8 tomam vitaminas. Relativamente ao gênero masculino 9 dos inquiridos toma medicação habitualmente e 4 toma vitaminas. Tanto a nível de medicação como consumo de vitaminas a maior incidência corresponde ao gênero feminino.

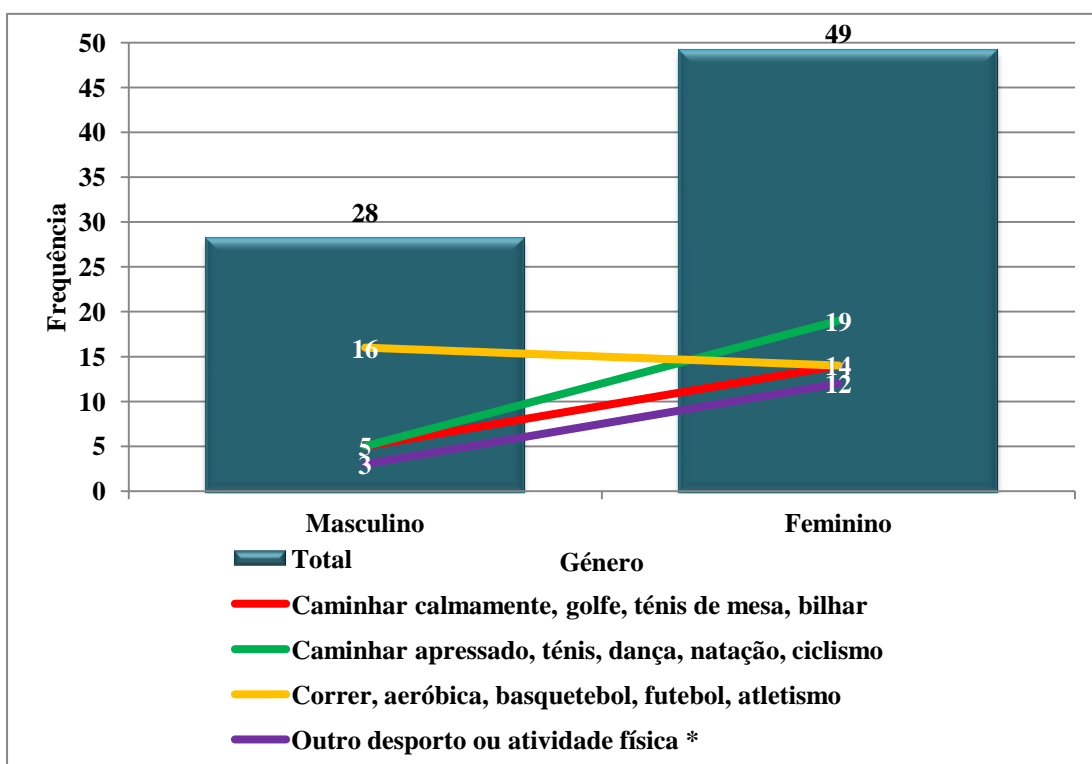
2. Apresentação das variáveis independentes

Gráfico 9 - Hábitos Atividade Física



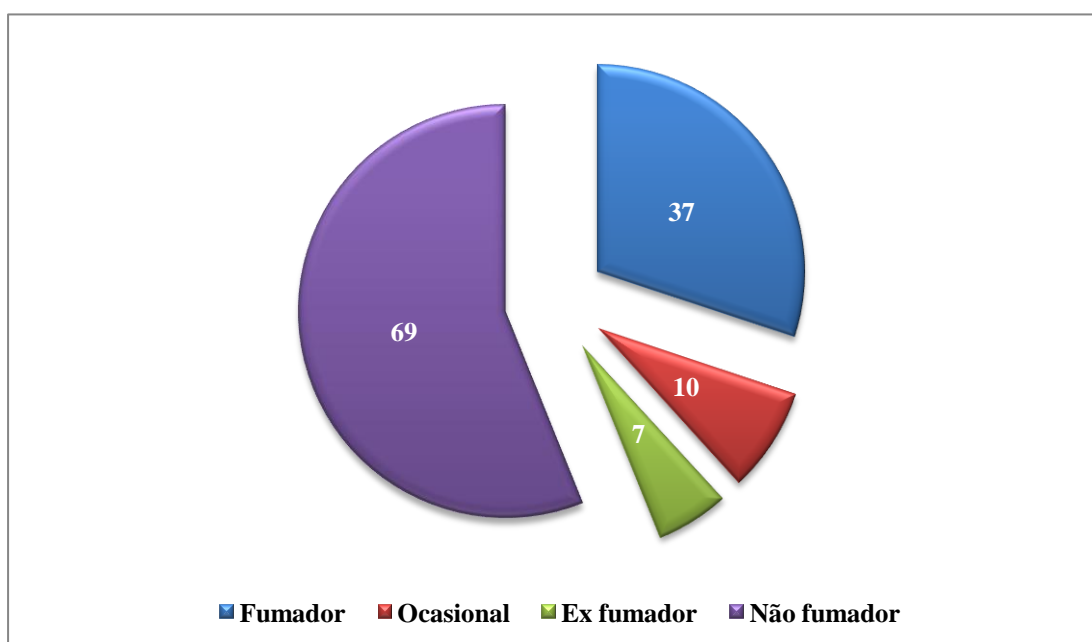
Observando o presente gráfico conclui-se que 77 indivíduos praticam atividade física e 46 indivíduos não praticam atividade física.

Gráfico 10 - Tipo de atividade física



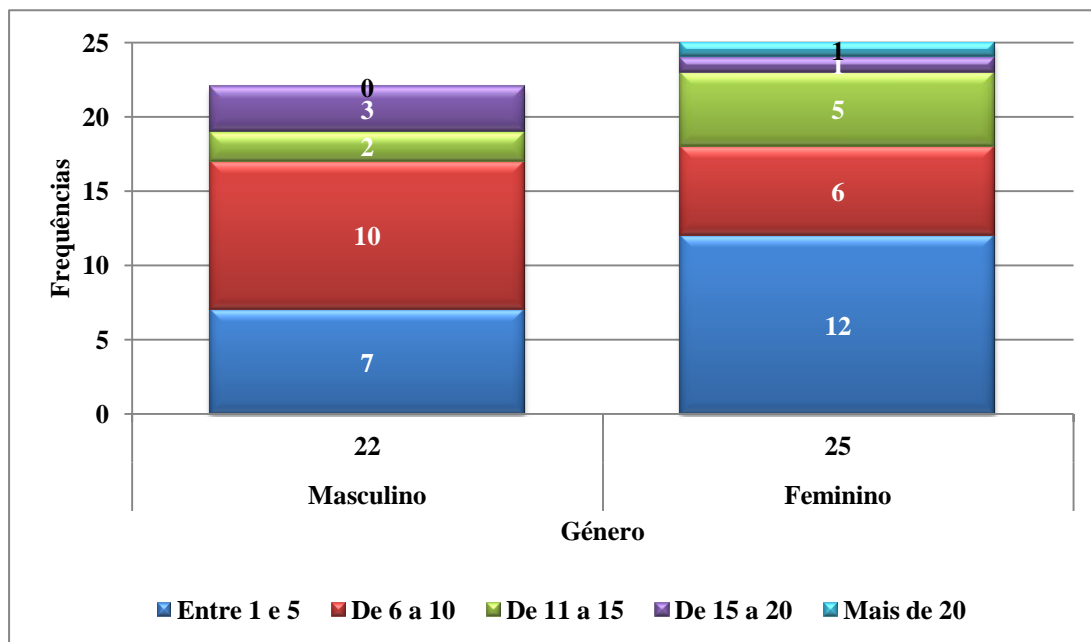
Descrevendo o gráfico acima representado acerca do tipo de atividade física determina-se que dos 77 indivíduos que praticam atividade física, 30 indivíduos correm, praticam aeróbica, basquetebol, futebol e atletismo, 24 indivíduos caminham apressados, praticam tênis, dança, natação e ciclismo, 19 indivíduos caminham calmamente, praticam golfe, tênis de mesa e jogam bilhar, 15 indivíduos praticam outro tipo de desporto ou atividade física. Existem indivíduos que praticam mais do que uma atividade física.

Gráfico 11 - Hábitos tabágicos



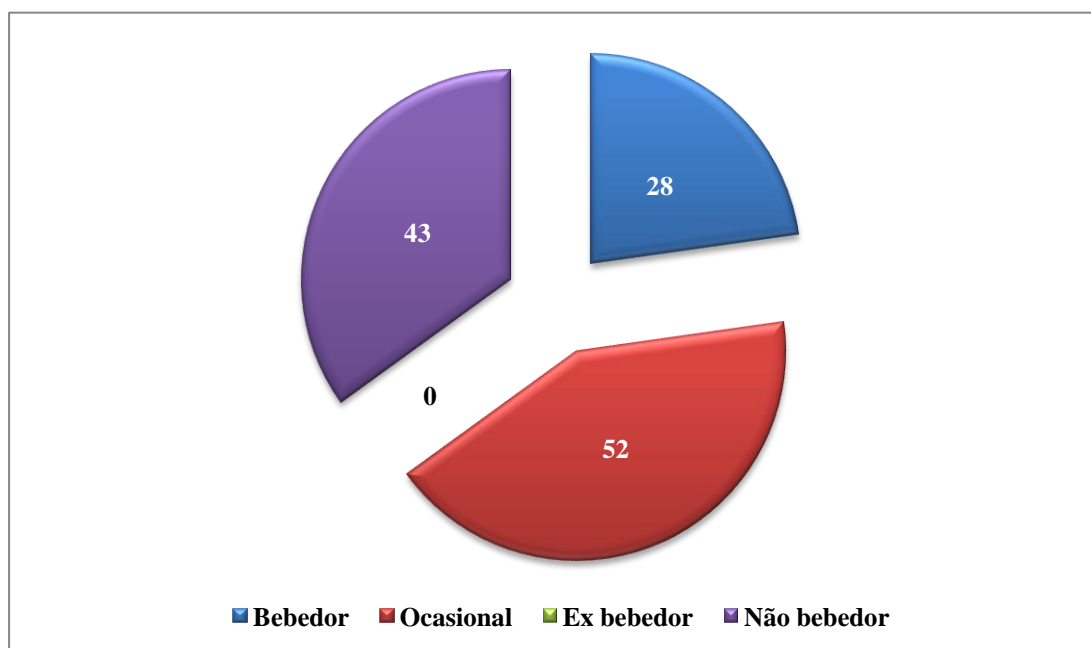
Analisando o gráfico apresentado verifica-se que 69 indivíduos não são fumador, 37 indivíduos são fumadores, 10 indivíduos são fumadores ocasionais e 7 indivíduos são ex fumadores.

Gráfico 12 - Quantidade de tabaco consumido por dia



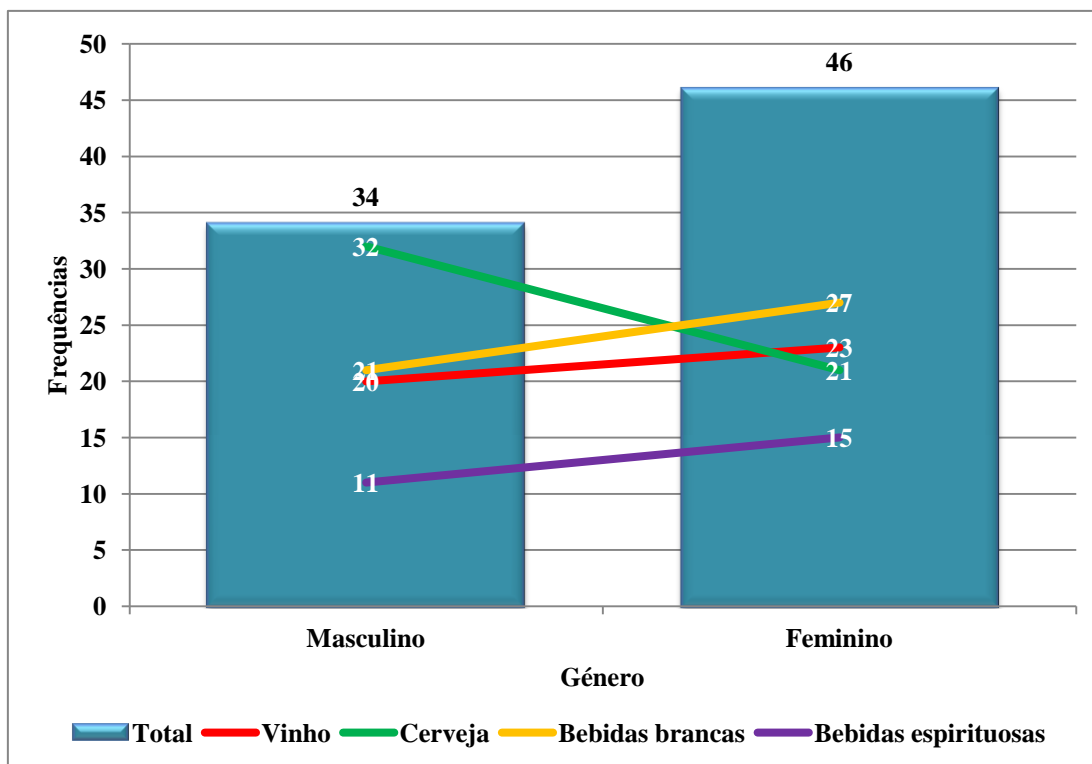
Observando o gráfico acima apresentado pode-se concluir que 19 indivíduos fumam de 1 a 5 cigarros por dia, 16 indivíduos fumam de 6 a 10 cigarros por dia, 7 indivíduos fumam de 11 a 15 cigarros por dia, 4 indivíduos fumam de 15 a 20 cigarros por dia e apenas um indivíduo fuma mais de 20 cigarros por dia.

Gráfico 13 - Hábitos alcoólicos



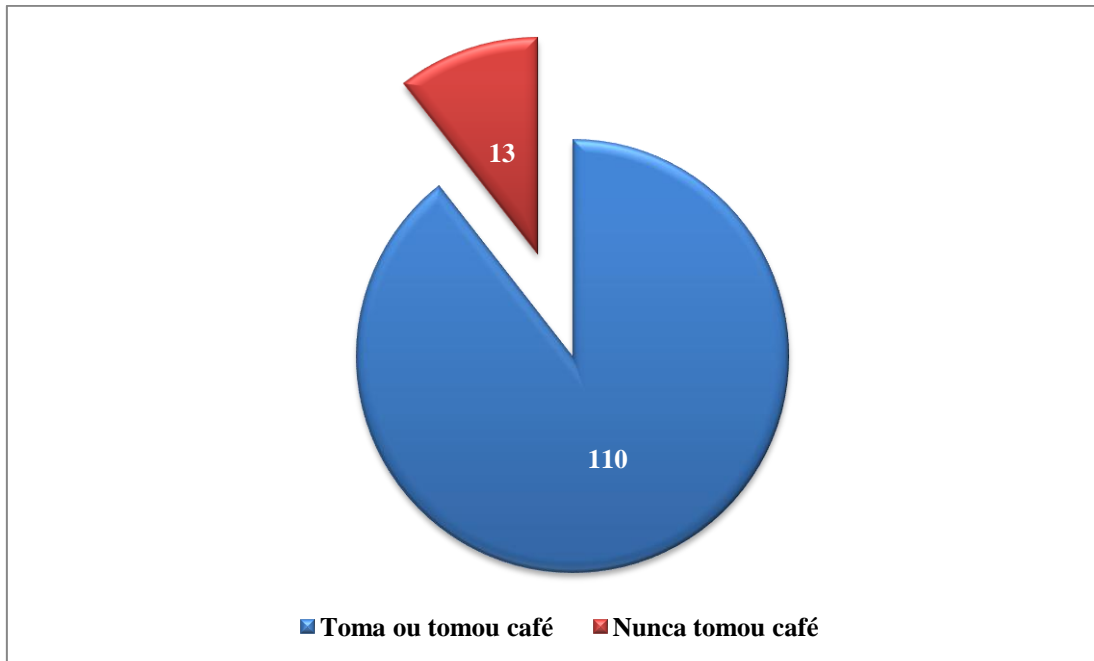
Analisando o presente gráfico verifica-se que 52 indivíduos são bebedores ocasionais, 43 indivíduos não bebem álcool e 28 indivíduos são bebedores.

Gráfico 14 - Tipo de bebida consumida



Examinando o gráfico acima representado 53 indivíduos bebem cerveja, 48 indivíduos bebem bebidas brancas, 43 indivíduos bebem vinho e 26 indivíduos bebem bebidas espirituosas. Existem indivíduos que consomem mais de um tipo de bebidas alcoólicas.

Gráfico 15 - Hábitos cafeínicos



Considerando o presente gráfico conclui-se que 110 indivíduos tomam ou já tomaram café 13 indivíduos não tomam e nunca tomaram café.

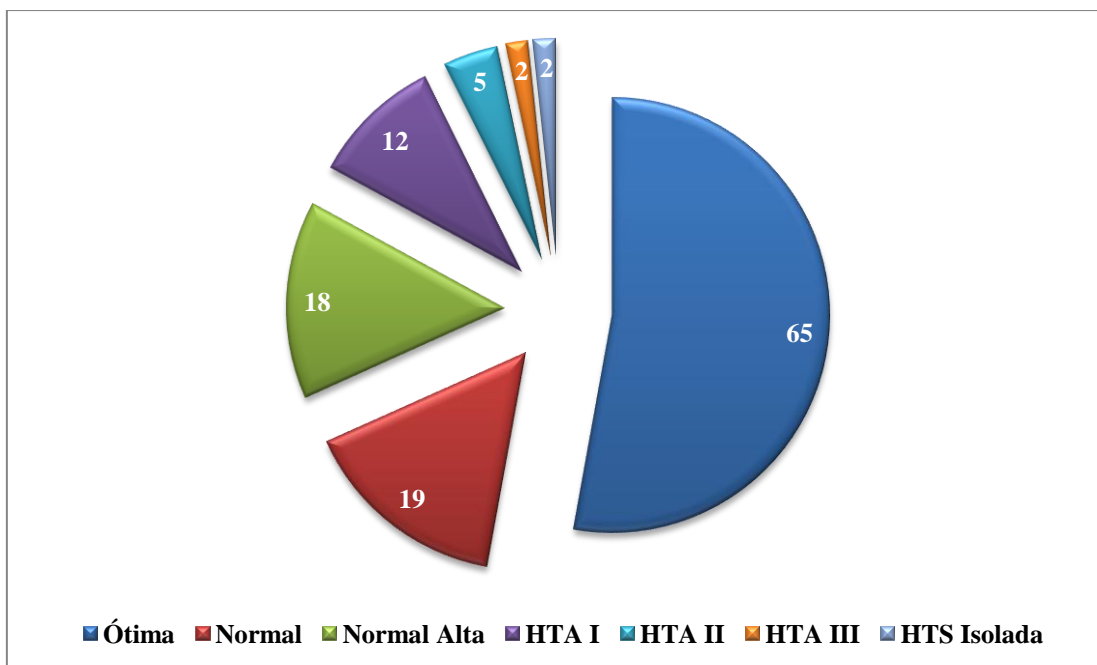
Tabela 1 - Hábitos alimentares

	Nunca ou -1/mês	1 a 3/mês	1/semana	2 a 4/semana	5 a 6/semana	1/dia	2 a 3/dia	4 a 5/dia	6 ou +/dia	Sazonal
Produtos lácteos	9	2	4	7	18	37	34	4	6	2
Ovos	12	23	61	19	3	2	1	0	2	0
Carnes	3	1	5	44	21	36	7	3	3	0
Peixes	8	3	20	49	15	22	3	1	2	0
Óleos e gorduras	9	13	16	28	13	29	11	1	3	0
Pão e cereais	2	2	3	9	11	49	31	10	5	1
Doces e pasteis	9	14	38	21	7	19	8	1	3	3
Legumes	2	5	3	20	19	33	32	2	5	2
Frutas	3	1	8	10	13	35	32	10	9	2
Água	3	0	1	3	2	14	34	25	35	6
Bebidas (sumos de fruta e refrigerantes embalados)	17	14	33	14	6	16	14	2	3	4
Enlatados, pizza, hambúrguer	45	35	24	10	4	2	0	0	1	2

Observando a tabela apresentada, 37 indivíduos consomem maioritariamente produtos lácteos 1 vez por dia, 61 indivíduos consomem maioritariamente ovos 1 vez por semana, 44 indivíduos consomem maioritariamente carne 2 a 4 vezes por semana, 49 indivíduos consomem maioritariamente peixe 2 a 4 vezes por semana, 29 indivíduos consomem maioritariamente óleos e gorduras 1 vez por dia, 49 indivíduos consomem maioritariamente pão e cereais uma vez por dia, 38 indivíduos consomem maioritariamente doces e pasteis 1 vez por semana, 33 indivíduos consomem maioritariamente legumes 1 vez por dia, 35 indivíduos consomem maioritariamente frutas 1 vez por dia, 34 indivíduos consomem maioritariamente água 2 a 3 vezes por dia, 33 indivíduos consomem maioritariamente (sumos de fruta e refrigerantes embalados) 1 vez por semana e 45 indivíduos consomem maioritariamente enlatados, pizza, hambúrguer, nunca ou uma vez por mês.

3. Apresentação da variável dependente

Gráfico 16 - Valores de Tensão Arterial



Analisando o gráfico acima apresentado pode-se concluir que a maioria, 65 indivíduos, apresentam valores de tensão arterial ótimos, 19 indivíduos apresentam uma tensão arterial normal, 18 indivíduos uma tensão normal alta, 12 indivíduos hipertensão de grau I, 5 indivíduos hipertensão de grau II, 2 indivíduos hipertensão de grau III e 2 indivíduos hipertensão sistólica isolada.

4. Apresentação dos dados correlacionais entre as variáveis (independentes e a variável dependente)

A correlação utilizada para medir o grau de correlação e a direção dessa correlação, entre duas variáveis de escala métrica, foi a correlação de Pearson.

Quer isto dizer que uma correlação é perfeita e positiva se a correlação for próxima de um. Se a correlação for negativa, e o valor for próximo a menos um trata-se de uma correlação perfeita. Se o valor obtido for igual ou próximo a zero significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra.

Os resultados obtidos foram também analisados através da significância estatística. O valor da significância é o limite que se tem por base para afirmar se um certo desvio é decorrente do acaso ou não. O valor considera-se significativo se for menor que 0,05, se for maior ou igual que 0,05 não tem significância estatística.

- Estimar a relação entre os hábitos de atividade física e de tensão arterial.

Relativamente à prática ou não de atividade física

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson têm os valores bastante próximos de 0, Sendo negativo para a TAS (-0,03) e positivo para a TAD (0,03). Os coeficientes bilaterais são muito próximos do valor nulo com significâncias entre os 0,72 e 0,78. Neste caso não se pode afirmar que a prática de atividade física tenha influência na tensão arterial.

Segundo Santos, M. et alii (2008, p.306), o exercício físico aumenta o fluxo sanguíneo sendo assim uma forma de tratamento e prevenção primária para a arteriosclerose. Os efeitos do exercício físico sobre a hipertensão arterial ocorrem por causa das adaptações cardiovasculares e respiratórias que o corpo humano sofre durante um período de tempo e exercício com a finalidade de que o organismo melhore o seu desempenho.

Contrariamente ao que se verificou aos resultados do investigador neste parâmetro, Smith e cols (1999), de acordo com os seus estudos afirmam que a prática de exercício físico é benéfica e funciona como prevenção das doenças cardiovasculares. Pate e cols (1995) afirmam também que o sucesso para a prevenção das doenças cardiovasculares é manter padrões de estilo de vida ativos durante todo o ciclo de vida. (Santos, M. et alii, 2008, p.306)

Relativamente ao tipo de atividade física

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson tem os valores bastante próximos de 0, tanto para a TAS como TAD. Os coeficientes bilaterais são muito próximos do valor

nulo com significâncias entre os 0,2 e 0,97. Neste caso não se pode afirmar que os diferentes tipos de atividade física tenham influência na tensão arterial.

A Associação Americana do Coração (American Heart Association – AHA) (2003, p.305), afirma que a partir dos 2 anos de idade, o incentivo à adoção de um estilo de vida ativo deve ser iniciado e mantido por toda a adolescência até a vida adulta. . As crianças saudáveis devem ser encorajadas a praticar atividade física, de forma prazerosa, no lazer ou sob a forma de exercícios físicos programados ou em atividades desportivas. Pois o sedentarismo é um fator de risco para as doenças cardiovasculares. (Santos, M., 2008, p.305)

Relativamente à duração da atividade física

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson tem os valores fracos e próximos de 0, tanto para a TAS como TAD. Os coeficientes bilaterais são muito próximos do valor nulo ou de valores bastante fracos, com significâncias entre os 0,19 e 0,95. Neste caso não se pode afirmar que a duração da atividade física tenha influência na tensão arterial.

Segundo a Associação Americana do coração (2003, p.305), conforme estudos realizados preconiza-se que a duração da atividade física seja de no mínimo trinta minutos por dia, três a quatro vezes por semana, para adquirir aptidão física e prevenir deste modo as doenças cardiovasculares. (Santos, M.. et alii, 2008, p.305) Estes dados contrariam o que se verificou no presente estudo, pois o que se verificou foi que a duração da atividade física não tem influência na tensão arterial.

- Calcular a relação entre hábitos tabágicos e a tensão arterial.

Relativamente a ser fumador ou não fumador

A correlação de Pearson tem os valores bastante próximos de 0, sendo positivo para a TAS (0,07) e negativo para a TAD (-0,03). Os coeficientes bilaterais são muito

próximos do valor nulo com significâncias entre os 0,47 e 0,76. Neste caso não se pode afirmar que o consumo de tabaco tenha influência na tensão arterial.

Gildler SS et alii (1997) cit in Rodriguez M. et alii (2003, p. 149) afirmam num estudo efetuado que existe uma maior resposta cardiovascular em mulheres fumadoras do que em homens fumadores. Concluíram também que não houve uma associação significativa no que diz respeito ao risco de hipertensão com o consumo de cigarros. Chegaram à conclusão que os valores tensionais estão relacionados com o índice de massa corporal e não com a quantidade de cigarros fumados, ou seja, o índice de massa corporal é mais baixo em indivíduos que fumam mais cigarros. Estes dados vão de encontro com o presente estudo onde se verificou que não existe relação entre o consumo de tabaco e a tensão arterial.

Relativamente à quantidade de tabaco (cigarros e/ou charutos)

A variável da quantidade de charutos consumidos não tem nenhuma relevância pois denota-se que não existe na amostra quaisquer indivíduos a consumir este tipo. Pelos resultados descritos, a correlação tem os valores bastante próximos de 0, sendo negativo para a TAS (-0,05) e positivo TAD (0,07). Os coeficientes bilaterais são muito próximos do valor nulo com significâncias entre os 0,47 e 0,59. Neste caso, pela amostra aqui representada, não se pode afirmar que a quantidade de tabaco fumado tenha influência na tensão arterial.

Brandão et alii (2006, p.159) refere que em cada 10 cigarros consumidos por dia há um aumento na mortalidade cardiovascular. Isto significa que se houver uma redução no tabagismo haverá um maior controlo dos valores tensionais. Estes dados não estão em conformidade com os do presente estudo.

- Determinar a relação entre os hábitos alcoólicos e a tensão arterial.

Beber álcool ou não

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é negativa e muito fraca para a TAS (-0,10) e tem o valor positivo e bastante próximo de 0 para a TAD (0,02). As significâncias estão entre os 0,26 e 0,87. Neste caso não se pode afirmar que o consumo de bebidas alcoólicas tenha influência na tensão arterial.

Para se achar o volume líquido da bebida, fez-se referência a medição da capacidade dos copos apresentados aquando dos inquéritos, tendo como pressuposto o seguinte: Vinho 20 centilitros, cerveja 20 centilitros, bebidas brancas 5 centilitros e bebidas espirituosas 6 centilitros.

O estudo *The Prevention And Treatment of Hypertension Study* (PATHS) investigou os efeitos da redução de consumo de álcool na PA. O grupo de intervenção teve uma maior redução de cerca de 1.2/0.7 mmHg na pressão arterial do que o grupo de controlo, no final do período de seis meses. (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2013, p.32)

Amoedo et alii (2005) cit in Stipp, M. (2007, p.583) de acordo com estudos referem que a diminuição do uso de álcool diminui a pressão sistólica aproximadamente 2-4 mmHg. A ocorrência de hipertensão secundária ao consumo de álcool varia de 5% a 11%, em estudos com diferentes populações, indicando a ideia de uma causa potencialmente tratável de hipertensão.

Os resultados obtidos pelos autores anteriores não vão de encontro com o presente estudo.

Goldfinger, TM at alii (2003) cit in Stipp, M. (2007, p.584) afirmam que o consumo moderado não está relacionado com o tipo de bebida alcoólica.

De acordo com o Sétimo Relatório da Reunião Nacional do Comitê sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (The JNC 7 Report) cit in Stipp, M. (2007, p.582), a ingestão moderada não deve ultrapassar mais de 2 bebidas por dia, o que corresponde a não mais de 30 ml de álcool etílico, de 720 ml de cerveja, de 300 ml de vinho e de 60 ml de uísque 100% puro. Para os homens e pessoas com

menor densidade corporal, como no caso das mulheres e indivíduos mais magros, estes seriam aconselhados a não ultrapassar 15 ml de álcool etílico diários. Atendendo a estes valores, o mesmo estudo, refere que a ingestão de álcool superior aos mesmos está associada ao aumento da tensão arterial.

A OMS (2003, p.92) afirma também que o consumo moderado de álcool não interfere no aumento da tensão arterial.

Tipo de bebida: vinho

Usou-se a correlação de Pearson, as variáveis das médias das tensões e do volume de vinho bebido são quantitativas. Pelos resultados descritos, a correlação tem os valores positivos para a TAS (0,09) e negativo para a TAD (0,1) bastante próximos de 0. Os coeficientes bilaterais são muito próximos do valor nulo com significâncias entre os 0,29 e 0,34. Neste caso, pela amostra aqui representada, não se pode afirmar que a quantidade de vinho bebido tenha influência na tensão arterial.

Tipo de bebida: cerveja

Pelos resultados descritos, a correlação tem os valores positivos muito fracos para a TAS (0,14) e positivo bastante próximos de 0 para a TAD (0,04). Os coeficientes bilaterais são muito baixos e próximos do valor nulo com significâncias entre os 0,13 e 0,66. Neste caso, pela amostra aqui representada, não se pode afirmar que a quantidade de cerveja bebida tenha influência na tensão arterial.

Tipo de bebida branca

Pelos resultados descritos, a correlação tem os valores positivos fracos para a TAS (0,3) e negativo bastante fraco para a TAD (-0,11). Os coeficientes bilaterais são muito baixos e fracos com significâncias entre os 0,22 e 0,59. Neste caso, pela amostra aqui representada, não se pode afirmar que a quantidade de bebidas brancas consumidas tenha influência na tensão arterial.

Tipo de bebida: espirituosas

Pelos resultados descritos, a correlação tem os valores positivos muito próximos do 0 para a TAS (0,02) e negativo muito fraco para a TAD (-0,15). Os coeficientes bilaterais são muito baixos e fracos com significâncias entre os 0,11 e 0,82. Neste caso, pela amostra aqui representada, não se pode afirmar que a quantidade de bebidas espirituosas consumidas tenha influência na tensão arterial.

- Conhecer a relação entre o consumo de café e a tensão arterial.

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é positiva para a TAS (0,002) e negativa para a TAD (-0,05) e muito próximas de 0. As significâncias estão entre os 0,62 e 0,98. Neste caso não se pode afirmar que o consumo de café tenha influência na tensão arterial.

As Sociedade Portuguesa de hipertensão (2013, p.32) relativamente à relação entre o consumo de café e a tensão arterial, após vários estudos recentes afirmam não haver uma ligação contra nem a favor, ou seja, não há estudos que afirmem que o café em quantidade moderada influencia a tensão arterial. Estes dados vão de encontro com o presente estudo.

Coca et alli (2010) refere que o excesso de consumo de cafeína aumenta a pressão arterial dependendo do tipo de café ingerido. Seis chávenas de café expresso por dia aumentam a pressão arterial enquanto que o descafeinado e o café de filtro não alteram a pressão arterial. O mesmo autor refere que não há recomendações seguras para o seu consumo.

- Avaliar a relação entre os hábitos alimentares e a tensão arterial.

Produtos lácteos

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é negativa para a Tensão arterial sistólica (TAS) (-0,17) e para a tensão arterial diastólica (TAD) (-0,10) e estas são fracas. As significâncias estão entre os 0,01 e 0,14.

Ovos e derivados

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é negativa e moderada fraca para a TAS (-0,42) e muito fraca para a TAD (-0,01) e próximas de 0. As significâncias estão entre os 0,54 e 0,99.

Carne

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é negativa e moderada para a TAS (-0,61) e muito fraca para a TAD (-0,04) e próxima de 0, não havendo correlação. As significâncias estão entre os 0,37 e 0,53.

Peixe

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é positiva forte para a TAS (0,83) e negativa muito fraca para a TAD (-0,02) próxima de 0, não existindo correlação. As significâncias estão entre os 0,23 e 0,76.

Óleos e gorduras

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é negativa para a TAS (-0,14) e para a TAD (-0,14) e fracas. As significâncias são de 0,05.

Pão e cereais

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é negativa para a TAS (-0,09) e para a TAD (-0,09) e próximas de 0. As significâncias estão entre os 0,18 e 0,21.

Doces e pastéis

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é positiva para a TAS (-0,03) e negativa para a TAD (0,01) e próximas de 0. As significâncias estão entre os 0,69 e 0,91.

Legumes

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é negativa e fraca para a TAS (-0,06) e para a TAD (-0,02) e próximas de 0. As significâncias estão entre os 0,40 e 0,77.

Fruta

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson é positiva para a TAS (0,09) e para a TAD (0,07) e próximas de 0. As significâncias estão entre os 0,21 e 0,32.

Água

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson são negativa para a TAS (-0,16) e positiva para a TAD (-0,13) e fracas. As significâncias são entre 0,02 e 0,06.

Bebidas (sumos de fruta e refrigerantes embalados)

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson são negativas para a TAS (-0,25) e positiva para a TAD (-0,08) e fracas. As significâncias são entre 0,02 e 0,06.

Enlatados

Pelos resultados descritos, a correlação de Pearson são negativas e fracas para a TAS (-,014) e para a TAD (-0,12). As significâncias estão entre os 0,14 e 0,17.

Segundo a OMS (2003, p.91) refere que o consumo de frutas e legumes é bom para a saúde, uma evidência relativa ao seu efeito protetor face às doenças cardiovasculares. Os efeitos na tensão arterial de um maior consumo de frutas e legumes associados a uma dieta pobre em gorduras reduzem eficazmente a mesma.

O *Joint National Committee* (2004) recomenda que “a estratégia inicial de tratamento para diminuição da pressão arterial sistêmica compreenda modificações no estilo de vida, entre elas a adoção da dieta DASH”. (Piper, V. et alii 2012, p.115)

A Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) preconiza o consumo de frutas, verduras, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixe, aves e nozes, ao mesmo tempo que incentiva um menor consumo de carne vermelha, doces e açúcares. Este consumo resulta em aumento na ingestão de potássio, magnésio, cálcio e fibras, que contribuem para redução dos níveis de tensão arterial. (Piper, V. et alii 2012, p.116)

A OMS (2003, p.92) refere que o consumo de peixe cerca de 40 a 60 gramas por dia, no mínimo consumo de duas vezes por semana está associado a um menor risco de doenças cardiovasculares e de menor mortalidade.

Estudos efetuados por Pereira (2001) cit in Cotta, R. et alii (2009) afirmam que o aumento da ingestão de potássio pelos alimentos ricos neste nutriente (banana, melão, papaia, feijão, lentilhas e vegetais de cor verde) previne o aumento da pressão arterial.

Segundo os estudos de Levy-Costa, R. et alii (2005) e Sartorelli, D. (2003) cit in Cotta, R. et alii (2009) a ingestão excessiva de açúcares, gorduras e produtos enlatados contribuem para doenças cardiovasculares.

Os resultados obtidos no presente estudo são contraditórios ao que os autores acima referem. Concluindo, o investigador pode afirmar, sobre os resultados obtidos, que os hábitos alimentares não tiveram grande impacto sobre a tensão arterial.

IV. Conclusão

Terminado o processo de análise e discussão dos resultados do presente Projeto de Graduação, considerou-se propício elaborar uma conclusão, com o objetivo de expor dados, resultados, sugestões, limitações bem como opiniões importantes que mostrem a natureza do trabalho.

Com o presente estudo, relativamente à amostra estudada, conclui-se que os hábitos de vida não influenciam a tensão arterial, isto porque as correlações foram de valor perto de zero.

Os valores obtidos podem ter sido relativos à amostra ser insuficiente, ou então, significar que os adultos jovens da amostra referiram ter hábitos de vida considerados saudáveis.

Como sugestões propõe-se que seja efetuado um novo estudo com uma amplitude maior da amostra, para que os dados possam ser mais conclusivos.

Pretende-se também desenvolver estratégias a fim de dar a conhecer à população os resultados da investigação.

Como o estudo incidiu sobre os adultos jovens de Ponte de Lima (entre os 18 e os 40 anos de idade), a colheita de dados tornou-se mais limitada. Deste modo a investigação abrangeu apenas um grupo da população presente no Largo de Camões aquando da colheita de dados.

Apesar dos dados inconclusivos em relação aos trabalhos de investigação científica atuais, pode-se concluir que a realização deste estudo foi muito produtiva, tanto a nível do conhecimento científico do problema de investigação como fator de crescimento pessoal, permanecendo a vontade de continuar a investigar fazendo sempre mais e melhor em prol do desenvolvimento da enfermagem.

Bibliografia

- 57ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE (2004). Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. 57ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE
- Ahmed H. *et alii* (2012) *Low-Risk Lifestyle, Coronary Calcium, Cardiovascular Events, and Mortality: Results From MESA*. Oxford. American journal of epidemiology
- Beevers, D. (2010). *Compreender a Tensão Arterial*. Porto. Porto Editora
- Borges, C. e Silva, P. (2008). *O Livro da Hipertensão – Conhecer, prevenir e tratar*. Lisboa, A Esfera dos Livros.
- Brandão, A. *et alii*.(2006). *Hipertensão*. Rio de Janeiro, Elsevier Editora.
- Carmona, J., Polónia, J. e Martins, L. (2009). *Hipertensão Arterial: o que todos precisamos saber*. Porto, Editora Lidel.
- Carrageta, M. (2010). *Como ter um coração saudável*. 1ªedição. Âncora
- Clayton, T. (2000) *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*. Brasil editora lusodidática
- Coca, A.*et alii* (2010). Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados – M. *RBCEH*. 7 (2), pp. 244-257.
- Cotta, R. *et alii* (2009). Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Revista de Nutrição*. 22 (6). Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000600004&script=sci_arttext > [Consultado em 28/06/2014]

- Damasceno A. (2011). *Normas para o Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial e outros Factores de Risco Cardiovasculares*. Moçambique, Ministério da Saúde
- DGS (2013). *Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*. Lisboa. DGS
- Direção Geral da Saúde (2013). *Circular Normativa – Hipertensão Arterial: definição e classificação*.
- Farah, O. *et alli*. (2008) *Psicologia Aplicada à Enfermagem*. Brasil, editora Manole LTDA
- Ferreira-Borges, C. e Filho, H. (2004). *Tabagismo: usos, abusos e dependências*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Hulley, S. *et alii*. (2008). *Delineado a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Editora Artmed.
- Instituto Nacional de Estatística. [em linha]. Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao>. [Consultado em 11/07/2014].
- Instituto Nacional de saúde Doutor Ricardo Jorge (2013). Dia Mundial da Saúde 2013: hipertensão arterial. *Observações – Boletim Epidemiológico*. (nº4 2ª série), p. 1
- Mallete, Y. (2006). *Hipertensão a assassina silenciosa*. Sintra, Editora Saber Viver.

- Manual de estilo. Disponível em: <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>>. [Consultado em 30/04/2014]
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2007). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo, Editora Atlas.
- Martinez, L. e Ferreira, A. (2007). *Análise de Dados com SPSS: Primeiros Passos*. Lisboa, Escolar Editora.
- Ministério da Saúde (2013). Hipertensão arterial: uma ameaça silenciosa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/ameaca+silenciosa.htm>> [Consultado em 07/07/2014].
- Núcleo de Exercício e Saúde, FMH e UTL. (2002). *Aconselhamento para a Actividade Física: Projeto PACE*. Faculdade de Motricidade Humana: Núcleo de Exercício e Saúde.
- OMS (2003.). *Dieta, Nutricion y Prevencion de enfermedades crónicas*. Disponível em < http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf?ua=1>. [Consultado em 29/06/2014]
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE: regulamento do exercício profissional do Enfermeiro. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>. [Consultado em 16/07/2014]
- Organização Mundial de Saúde e Organização Pan – Americana da Saúde. (2013). Dia Mundial da saúde destaca o controle da hipertensão. [Em linha].

Disponível em
<http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=205:dia-mundial-da-saude-2013-destaca-o-controle-da-hipertensao&Itemid=73&lang=pt>. [Consultado em 07/07/2014].

- Piper, V. *et alii.* (2012). Dieta DASH na redução dos níveis de pressão arterial e prevenção do acidente vascular cerebral. *Revista Scientia Medica*. 22 (2), pp. 113 – 118.
- Polit, D. e Hungler, B. (2000). *Investigacion cientifica en ciencias de la salud*. Mexico. Mcgraw-hill internamericana editores.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Editora Gradiva.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em psicologia da saúde*. 3ª Edição. Porto, Legis Editora
- Rodriguez, M. *et alii.* (2003). Reactividad cardiovascular y factores de riesgos cardiovasculares en individuos normotensos menores de 40 años. *Revista Espanhola de salud publica*. 77, pp. 143-150.
- Ruivo J, Alcântara P. (2012-2013). Hipertensão arterial e exercício físico. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Disponível em <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/artigo/hipertensao-arterial-e-exercicio-fisico-90094101>> [Consultado em 01/07/2014]
- Santos, M. *et alii.*(2008) Fatores de Risco no Desenvolvimento da Aterosclerose na Infância e Adolescência. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 90(4), pp. 301-308.

- Sheldon, G. Sheps, M. (2012). Diseases and Conditions High blood pressure (hypertension). [Em linha]. Disponível em <<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/expert-answers/blood-pressure/faq-20058254>>. [Consultado em 15/07/2014].
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2013). *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *ESH/ESC GUIDELINES*. 39, pp. 1-92.
- Stipp, M. *et alii* (2007). O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares – uma análise sob o olhar da enfermagem. *Revista de Enfermagem da escola Anna Nery*. 11 (4), pp. 581-585.

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

“Hábitos de Vida e Tensão Arterial”

Caro (a) Colaborador (a),

No âmbito do Projeto de Investigação eu Joana de Caldas Gomes Aluna da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da saúde- Unidade de Ponte de Lima, da Licenciatura em Enfermagem, pretendo efetuar um estudo sobre hábitos de vida e tensão arterial.

Para participar, apenas terá de preencher um questionário que se encontra dividido em sete partes: na primeira parte encontram-se os dados pessoais, segunda parte os antecedentes pessoais de doença, na terceira parte os hábitos alimentares na quarta parte a atividade física atual, na quinta parte os hábitos tabágicos e alcoólicos, uma sexta parte o consumo de café e por fim os dados antropométricos. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento sem que para isso lhe seja imposto qualquer prejuízo ou penalização. As suas respostas serão tratadas de forma anónima e análise dos dados será apresentada como um todo, salvaguardado a confidencialidade da informação. De referir também que a utilização dos dados recolhidos se destina exclusivamente para fins de Investigação.

Agradeço a sua disponibilidade.

**O Investigador:
Joana de Caldas Gomes**

Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, tomei conhecimento do objetivo da investigação e do que tenho de fazer para participar no estudo. Compreendi que tenho a possibilidade de recusar participar no estudo, sem que para isso necessite justificar a minha escolha. A informação dada para o estudo será apenas a que eu entender dar, com a garantia que será respeitada a confidencialidade dos dados no momento da divulgação dos resultados. Foi-me também transmitido o direito de interromper a minha participação a todo o tempo no estudo, sem que para isso possa ter qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicado o método e o instrumento proposto pelo investigador, para realização do respetivo estudo.

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

Data: ____/____/____

Anexo 2 – Questionário

QUESTIONÁRIO

ID

Nº ID do inquirido

DADOS PESSOAIS

1▪ Sexo

a. M

b. F

1a
1b

2▪ Idade _____ anos

2

3▪ Estado Civil

a. Casado/União de facto

b. Solteiro

c. Viúvo

d. Divorciado/Separado

3a
3b
3c
3d

4▪ Habilitações Literárias

a. 4º ano

c. 12º ano

e. Outro

b. 9º ano

d. Licenciatura

4a
4b
4c
4d

Qual? _____

4.e

5▪ Profissão atual

5.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

6▪ Peso Actual _____, _____ Kg

6

7▪ Estatura _____, _____ cm

7

8▪ Perímetros

a. Cinta _____, _____ cm

b. Anca _____, _____ cm

8a
8b

9▪ Tensão Arterial

a. Mínima - ___/___ - ___ Máxima - ___/___ - ___

b. Mínima - ___/___ - ___ Máxima - ___/___ - ___

c. Mínima - ___/___ - ___ Máxima - ___/___ - ___

9a
9b
9c

ANTECEDENTES PESSOAIS DE DOENÇA

10▪ Sofre actualmente de alguma doença que o obriga a cuidados médicos regulares, tratamentos, análises, consultas, etc.?

a. Sim b. Não

10a
10b

10.1▪ Se sim, qual ou quais?

a. Doença cardíaca b. Doença respiratória
c. Doença osteo-articular d. Doença gastro-intestinal
e. Depressão f. Outras doenças psíquicas
g. Diabetes ou outra doença metabólica h. Outras doenças
Qual: _____

10.1a
10.1b
10.1c
10.1d
10.1e
10.1f
10.1g
10.1h

11▪ No último ano quantas vezes consultou um médico? _____

11

12▪ E um dentista? _____

12

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

13▪ Toma habitualmente medicamentos (considere a medicação crónica no último ano)?

a. Sim b. Não

13a
13b

14▪ Toma habitualmente suplementos minerais e vitamínicos (considere os do último ano)?

a. Sim b. Não

14a
14b

ACTIVIDADE FÍSICA ACTUAL

. DORMIR/DESCANSAR

15▪ Quantas horas dorme em média por dia? _____

15

. NA PROFISSÃO

16▪ Quantas horas trabalha por semana? _____

16

17▪ Como se desloca para o emprego?

a. ___ A pé
b. ___ Carro ou transporte público
c. ___ Outro (especifique) _____

17a
17b
17c

18▪ Quanto tempo demora? _____

18

19▪ Que tipo de actividade tem no seu emprego?

a. ___ Está sentada a maior parte do tempo
b. ___ Está de pé e anda, mas sem outra actividade física
c. ___ Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objectos
d. ___ Tem actividade física pesada

19a
19b
19c
19d

20▪ Há quanto tempo exerce esta profissão? _____

20

. NO TRABALHO DOMÉSTICO

21▪ Costuma fazer trabalhos domésticos?

a. Sim ___ b. Não ___

21a
21b

21.1▪ Se sim, de que tipo e quanto tempo?

a. ___ Cozinhar, lavar a louça, passar a ferro _____ (tempo que gasta)

b. ___ Limpar a casa, fazer compras, tratar dos filhos, jardinagem
_____ (tempo que gasta)

c. ___ Polir o chão, bricolage, agricultura _____ (tempo que gasta)

d. ___ Outro (especifique) _____

21.1a
21.1b
21.1c
21.1d

NOS TEMPOS LIVRES

22▪ Quanto tempo passa por dia sentado, a ver televisão, ler, escrever, jogar cartas, etc.?
_____ (min/dia)

22

23▪ Costuma fazer algum desporto ou actividade física?

a. Sim ___ b. Não ___

23a
23b

23.1▪ Se sim, qual o tipo e a duração dessa actividade física?

a. ___ Caminhar calmamente, golfe, ténis de mesa, bilhar _____ (duração)

b. ___ Caminhar apressado, ténis, dança, natação, ciclismo _____ (duração)

c. ___ Correr, aeróbica, basquetebol, futebol, atletismo _____ (duração)

d. ___ Outro (especifique) _____

23.1a
23.1b
23.1c
23.1d

HÁBITOS TABÁGICOS E ALCOÓLICOS

24▪ Fuma ou alguma vez fumou?

a. ___ Fumador (pelo menos 1vez/dia)

b. ___ Fumador ocasional (menos de 1vez/dia)

c. ___ Não fumador

d. ___ Ex-fumador

24a
24b
24c
24d

24.1▪ a. ___ Cigarros b. Número por dia _____
c. ___ Charutos ou cigarrilhas d. Número por dia _____

24.1a
24.1b
24.1c
24.1d

24.2▪ Iniciou o consumo aos _____ anos

24.2

24.3▪ Se é ex-fumador, parou aos _____ anos

24.3

25▪ Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas?

a. ___ Bebedor (pelo menos 1 copo/semana)

b. ___ Bebedor ocasional (menos de 1 copo/semana)

c. ___ Não bebedor

d. ___ Ex-bebedor

25a
25b
25c
25d

26

26▪ Bebe vinho? _____

Se sim:

26.1▪ nº de copos _____

26.1

26.2▪ tipo de copo _____

26.2

26.3▪ Que tipo de vinho bebe mais frequentemente?

a. ___ Verde branco

b. ___ Verde tinto

c. ___ Maduro branco

d. ___ Maduro tinto

e. ___ Americano/Morangueiro

f. ___ Verde + Maduro

26.3a
26.3b
26.3c
26.3d
26.3e
26.3f

26.4▪ Iniciou o consumo de vinho aos _____ anos

26.4

26.5▪ Se é ex-bebedor, parou com quantos anos? _____

26.5

27▪ Bebe cerveja? _____

27

Se sim:

27.1▪ nº de copos _____

27.1

27.2▪ Tipo de copo _____

27.2

27.3▪ Que tipo bebe mais frequentemente?

a. ___ Com álcool

a. ___ Sem álcool

27.3a
27.3b

27.4▪ Iniciou o consumo de cerveja com quantos anos? _____

27.4

27.5▪ Se é ex-bebedor, parou com quantos anos? _____

27.5

28▪ Bebe bebidas brancas (aguardente, whisky, gin. vodka, etc.)? _____

28

Se sim:

28.1▪ nº de copos _____

28.1

28.2▪ Tipo de copo _____

28.2

28.3▪ Iniciou o consumo com quantos anos? _____

28.3

28.4▪ Se é ex-bebedor, parou com quantos anos? _____

28.4

29▪ Bebe outras bebidas espirituosas (vinho do porto, licores, etc.)? _____

29

Se sim:

29.1▪ Nº de copos _____

29.1

29.2▪ Tipo de copo _____

29.2

29.3• Iniciou o consumo com quantos anos? _____ 29.3

29.4• Se é ex-bebedor, parou com quantos anos? _____ 29.4

CONSUMO DE CAFÉ

30• Bebe ou alguma vez bebeu café? 30a
 a. Sim__ b. Não__ 30b

Se sim: Quantos bebe, de que tipo e desde que idade até que idade?

30.1• Expresso _____ (por dia) Desde os _____ até aos _____ anos 30.1

30.2• Descafeinado _____ (por dia) Desde os _____ até aos _____ anos 30.2

30.3• Saco/filtrado (100% café) _____ (por dia) Desde os _____ até aos _____ anos 30.3

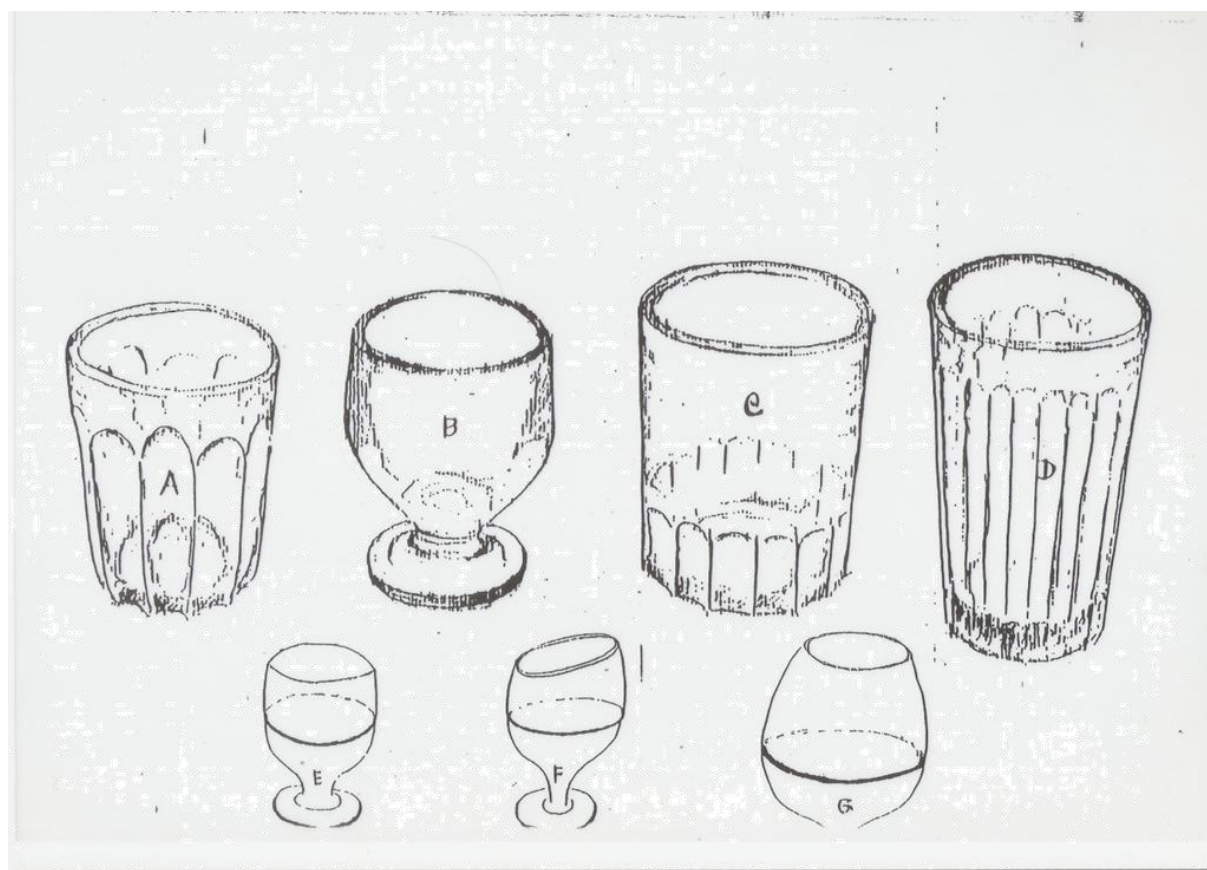
30.4• Saco/filtrado (mistura) _____ (por dia) Desde os _____ até aos _____ anos 30.4

HÁBITOS ALIMENTARES

Quantas vezes por dia, semana ou mês, em média, comeu cada um dos alimentos referidos.

Produtos	Frequência alimentar									
	Nunca ou menos de 1 por mês	1 a 3 por mês	1 por semana	2 a 4 por semana	5 a 6 por semana	1 por dia	2 a 3 por dia	4 a 5 por dia	6 ou mais por dia	S a z o n a l
Lácteos										
Ovos										
Carne										
Peixe										
Óleos e gorduras										
Pão e cereais										
Doces e pasteis										
Legumes										
Fruta										
Água										
Bebidas (sumos de fruta e refrigerantes embalados)										
Especifique outros alimentos: (enlatados, pizza, hambúrguer)										

Muito obrigado pelo tempo dispendido e pelo contributo que deu a esta investigação!



	Pesos
Copo A	125 g
Copo B	120 g
Copo C	220 g
Copo D	170 g
Copo E	40 g
Copo F	40 g
Copo G	120 g/ 40g