

Ana Isabel Sequeiros de Matos Lima

**Relação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a variação dos níveis de
Pressão Arterial nos adultos de Ponte de Lima**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2016

Ana Isabel Sequeiros de Matos Lima

**Relação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a variação dos níveis de
Pressão Arterial nos adultos de Ponte de Lima**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2016

Ana Isabel Sequeiros de Matos Lima

**Relação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a variação dos níveis de
Pressão Arterial nos adultos de Ponte de Lima**

(Ana Isabel Sequeiros de Matos Lima)

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

Resumo

O presente Projeto de Investigação teve como principal objetivo conhecer a relação entre os valores de Índice de Massa Corporal (IMC) e a variação dos níveis de Pressão Arterial (PA) nos adultos de Ponte de Lima.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2014), a hipertensão arterial (HTA) tem vindo a ser descrita como o fator de risco mais relevante para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, nomeadamente o Enfarte agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral, as quais se encontram entre as mais importantes causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo.

A obesidade é uma doença crónica, associada a múltiplos riscos para a saúde. É considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a epidemia do século XXI. Teles (2008, pág.23)

Para se proceder a concretização do objetivo geral do presente estudo optou-se pela realização de um estudo descritivo correlacional direcionado a 58 adultos de Ponte de Lima que passaram pelas instalações da Clínica de Coluna e Cirurgia Serviços Médicos e Podologia – Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda (CCC) em Ponte de Lima - no período e 11 de Agosto a 11 de Setembro de 2015 de forma a perceber se existe relação entre os valores de IMC e PA com a idade e género.

Os instrumentos de colheita de dados selecionados para o presente trabalho foram o questionário construído pelo próprio investigador e aplicado diretamente aos participantes e de uma grelha de observação para orientação e registo da observação direta do Peso, Estatura e Pressão Arterial.

Após a análise dos resultados obtidos no presente estudo conclui-se que existe relação entre os valores de IMC e a variação dos níveis de PA, quando se relacionou as variáveis entre si e quando se associou o comportamento do IMC e PA com a idade e género.

Summary

This research project aimed to know the relationship between body mass index values (BMI) and the variation in levels of blood pressure (BP) in adults of Ponte de Lima.

According to the National Institute of Health Dr. Ricardo Jorge. (2014), arterial hypertension (AHT) has been described as the most important risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases, including acute Myocardial Infarction and stroke, which are among the most important causes of morbidity and mortality worldwide.

The obesity is a chronic disease associated with multiple health risks. It is considered by the World Health Organization (WHO) as the epidemic of the XXI century. Teles (2008, pág.23)

To make the achievement of the overall objective of this study was chosen for conducting a correlational descriptive study aimed to 58 adult Ponte de Lima who passed through facilities Clínica de Coluna e Cirurgia Serviços Médicos e Podologia – Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda (CCC) in Ponte de Lima - the period and 11 August to 11 September 2015 in order to understand if there is a relationship between BMI and BP values with age and gender.

The data collection instruments selected for this study was a questionnaire constructed by the investigator himself and applied directly to the participants and an observation grid for orientation and registration of direct observation of weight, height and blood pressure.

After analyzing the results obtained in this study it is concluded that there is a relationship between BMI and changes in BP levels when related variables to each other and when joined BMI of behavior and PA with age and gender.

Dedicatória

Aos meus pais, António Matos Lima e Maria da Conceição Sequeiros de Matos Lima, por me terem dado a oportunidade de me licenciar no curso de Enfermagem, curso com o qual sempre ambicionei e sonhei, sem eles este momento não seria hoje possível de concretizar.

Aos meus avós maternos que sempre sonharam com este dia, mas que infelizmente já partiram, mas que eu sei que estejam onde estiverem estão muito orgulhosos de mim por todo percurso e trabalho realizado.

A minha irmã, também ela estudante de Enfermagem.

A minha orientadora de Projeto de Investigação, Prof.^a Doutora Manuela Pontes.

A Clínica de Coluna de Cirurgia Serviços Médicos e Podologia – Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda. e seus respetivos representantes, Doutora Sandra Amorim e Doutor José Carlos Amorim.

Ao meu namorado, Hélder Soares.

A toda minha família, amigos e colegas de licenciatura.

A todas as pessoas que fizeram parte do meu longo percurso enquanto estudante de Enfermagem.

A Banda Musical de São Martinho da Gandra.

A Spetuna e a Universidade Fernando Pessoa pela excelente formação prestada.

Agradecimentos

Em primeiro lugar queria agradecer a minha orientadora de Projeto de Investigação, Prof.^a Doutora Manuela Pontes, por toda disponibilidade, incentivo, atenção e motivação para a realização do mesmo.

Aos meus pais, por todo, apoio e confiança que depositaram em mim ao longo de todo este percurso.

Ao meu namorado, Hélder Soares, que se mostrou sempre disponível colaborando e apoiando-me em todos os momentos que mais precisei, sem a sua motivação, carinho e paciência hoje não teria chegado onde cheguei.

A Universidade Fernando Pessoa e seus respetivos docentes pela aprendizagem de qualidade que nos prestou ao longo desta longa caminhada.

À Mestre Teresa Guerreiro e Enfermeiro José Teixeira, obrigado por todas as palavras que proferiram ao longo desta caminhada de forma a ajudarem-me a atingir aquele que foi sempre o meu objetivo, ser Enfermeira.

Doutora Sandra Amorim e Doutor José Carlos Amorim representantes da Clínica de Coluna de Cirurgia Serviços Médicos e Podologia – Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda. pela oportunidade e confiança que depositaram em mim ao me permitirem realizar a colheita de dados para o presente estudo de investigação nas suas instalações e por serem os amigos maravilhosos que são, sem o vosso apoio nada disto seria possível.

Por último mas não menos importante, agradecer aos meus afilhados académicos, e aquele grupo de amigos insubstituível que esteve sempre presente apoiando-me e transmitindo confiança nos momentos mais difíceis, obrigado, Ana Margarida Filipe, Sara Palma, Márcia Castro, Sara Mota, Rosa Rodrigues, José Dantas, Hélder e Mikael, sem a vossa presença, incentivo, companhia e alegria seria muito mais difícil chegar até aqui.

“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 símbolos

- **IMC** – Índice de Massa Corporal
- **UFP** – Universidade Fernando Pessoa
- **HTA** – Hipertensão Arterial
- **CCC** – Clínica de Coluna e Cirurgia Serviços Médicos e Podologia – Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda
- **DGS** – Direção Geral de Saúde
- **OMS** – Organização Mundial de Saúde
- **PAS** – Pressão Arterial Sistólica
- **PAD** – Pressão Arterial Diastólica
- **PA** – Pressão Arterial
- **DCV** – Doenças Cardiovasculares
- **Kg** – Quilograma
- **m** – Metro
- **CV** – Cardiovascular
- **g** – Grama
- **cm** – Centímetro
- **SAM** – Sistema de apoio ao Médico
- **SAPE** – Sistema de apoio a prática de Enfermagem
- **AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- **min** – Minuto
- **ml** – Mililitro
- **pág**–Página

Índice

0- Introdução	1
I- FASE CONCETUAL	4
1-Tema: Escolha do tema e justificação.....	5
2-Enquadramento Teórico	7
i-Adulto: Definição e Classificação	8
ii-Obesidade.....	11
iii-Índice de Massa Corporal	15
iv-Pressão Arterial	18
3-Problema de Investigação	23
4-Pergunta de Partida	23
5-Objetivos do estudo	24
i – Objetivo Geral	24
ii– Objetivos Específicos.....	24
6-Variáveis	24
II- FASE METODOLOGICA.....	26
1-Considerações éticas	26
2-Tipo de estudo	29
3-População e Amostra	29
4-Instrumentos e métodos de colheita de dados	30
5-Método e Instrumento de tratamento de dados	31
6-Pré-Teste	31
III FASE EMPIRICA	32
1-Apresentação e análise das variáveis Atributo	33
2-Apresentação das variáveis em estudo.....	39
3-Discussão dos resultados obtidos	46
IV- Conclusão.....	55

Referências Bibliográficas

Anexos

Anexo 1 – Declaração Consentimento Informado

Anexo 2 – Questionário

Anexo 3 - Guia de Observação

Anexo 4- Autorização para colheita de dados e divulgação do nome da clínica

Índice de Imagens

Imagem 1 – Algoritmo Clínico/árvore de decisão- Fonte: Adaptação do Algoritmo Clínico/ árvore de decisão – Norma da Direção Geral de Saúde número 20 de 2011 de 28 de Setembro de 2011 atualizada a 19 de Março de 2013. 21

Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – Idade e Género	33
Gráfico nº2 – Estado Civil	34
Gráfico nº3 – Habilitações Literárias.....	35
Gráfico nº4 – Profissão Atual.....	36
Gráfico nº5 – Antecedentes Pessoais de Doença.....	37
Gráfico nº6 – Medicação Diária no Último Ano	38
Gráfico nº7 – Índice de Massa Corporal.....	42
Gráfico nº8 – Pressão Arterial	42

Índice de Tabelas

Tabela nº1 – Classificação IMC	17
Tabela nº2 – Peso, Estatura e Cálculo do IMC da amostra.....	40
Tabela nº3 – Relação entre Índice de Massa Corporal, classe etária e género.....	43
Tabela nº4 – Relação Pressão Arterial, classe etária e género	44
Tabela nº5 – Relação entre Índice de Massa Corporal e Pressão Arterial em função do Género	45

0- Introdução

No plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Unidade de Ponte de Lima, insere-se a realização de um projeto de investigação com o objetivo da obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Para este fim desenvolveu-se um processo de investigação em que se pretendeu saber se existe relação entre a Obesidade e a Pressão Arterial (PA) nos adultos de Ponte de Lima.

A escolha desta temática deveu-se ao facto da Obesidade e a Hipertensão Arterial (HTA), serem áreas de interesse do investigador devido à sua grande importância para a saúde pública. A seleção desta temática teve por base motivações a nível académico e pessoal das quais faziam parte, a nível académico alargar os conhecimentos científicos na área da HTA e Obesidade e a nível pessoal esteve o interesse pela área de Enfermagem de Saúde Familiar e Comunitária onde os enfermeiros têm um papel crucial na promoção da saúde e prevenção da doença através da educação contínua para a saúde que prestam aos seus utentes tendo em vista a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) as doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte, responsáveis por 32% do total dos óbitos. Mais especificamente em 2006, a mortalidade proporcional por doenças cerebrovasculares foi de 14%, por doença isquémica cardíaca 8% e por outras doenças do aparelho circulatório 11%. Acresce que, segundo o estudo português “The pap study”, 21% da população teme excesso de peso e 16% são obesos, 20% são fumadores e 42% têm HTA. Fonte: Norma da Direção Geral de Saúde número 20 de 2011 de 28 de Setembro de 2011 atualizada a 19 de Março de 2013.

Para a realização desta investigação a população escolhida foram os adultos, habitantes em Ponte de Lima que passaram pela Clínica de Coluna e Cirurgia Serviços Médicos e Podologia – Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda (CCC) em Ponte de Lima - no período de 11 de Agosto ao 11 de Setembro de 2015 a colheita de dados foi realizada neste local por ser um local acessível, havendo um duplo interesse uma vez que é objetivo da Clínica a promoção da saúde e a prevenção da

doença nos seus utentes. Neste sentido foi dada a autorização para colheita de dados e divulgação do nome da Clínica (Anexo 4).

Pretende-se que este estudo tenha como benefícios dar conhecimento sobre os valores do Índice de Massa Corporal (IMC) e da PA, e alertar para a situação de saúde dos participantes em relação a estes parâmetros, fazer educação sobre a situação de saúde e, caso existam riscos, encaminhar para os serviços de saúde especializados.

O objetivo geral desta investigação é compreender se existe relação entre os valores de IMC e a variação dos níveis de PA, e para tal foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos

- Identificar os valores de IMC em relação a idade e ao género.
- Conhecer a variação dos níveis da PA em relação a idade e ao género.
- Verificar a existência de relação entre os valores de PA e IMC.

Como métodos e instrumentos de colheita de dados, numa primeira parte foi utilizada a aplicação direta de um questionário para recolha de informação sobre as variáveis sociodemográficas e numa segunda parte, a observação direta da PA, Peso e Estatura (para posterior avaliação do IMC) e respetivo registo no Guia de Observação. A monitorização do peso, estatura e PA cumpriram as normas de orientação da DGS de avaliação antropométrica no adulto (DGS 2013).

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em três partes diferentes correspondendo a primeira parte a fase concetual, a segunda parte a fase metodológica e a terceira parte a fase empírica onde se vai realizar a análise e discussão dos resultados obtidos de acordo com os objetivos da investigação.

Após a realização do estudo conclui-se que existe relação entre os valores de IMC e a variação dos níveis de PA, quando comparamos as variáveis entre si e quando cruzamos o comportamento das variáveis IMC e PA com a idade e género.

Durante a realização do projeto de investigação existiram limitações tais como dificuldade na aplicação dos questionários devido a rejeição de alguns dos adultos abordados, a conjugação de outras atividades como os ensinos clínicos que limitou por vezes a organização do tempo disponível. A pouca prática da investigadora na realização deste tipo de estudos foi também um fator intercedente, mas que se transformou num estímulo motivador para insistir na pesquisa de modo a cumprir os objetivos propostos.

I- FASE CONCETUAL

Fazer perguntas é uma atividade especificamente humana, e desde os primeiros mórdios da história que o homem se preocupa por conhecer e compreender o mundo que o rodeia. Ou seja, sempre manifestou o gosto por investigar. (Coutinho, 2014, pág.5)

O mesmo autor (2014, pág.7), diz-nos que a investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de pesquisa e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras.

Seguindo a metodologia de Fortin (2009, pág.47), existem diversas formas de conceber o processo de investigação.

No decurso da fase concetual o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe informação sobre um tema preciso. (Fortin, 2009, pág.49)

Para Fortin (2009, pág.49), a fase concetual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema. O processo começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orientará a investigação.

A fase concetual reveste-se de uma grande importância porque dá à investigação uma orientação e um objetivo (Fortin, 2009, pág.49).

1- Tema: Escolha do tema e justificção

Para dar início à sua investigação, o investigador tem de começar por escolher um tema para investigar.

Segundo Coutinho (2014, pág.49), uma investigação envolve sempre um problema, seja ele (ou não) formalmente explicitado pelo investigador. De uma maneira geral, na investigação que adota uma metodologia de cariz quantitativo, a formulação de um problema faz-se geralmente numa fase prévia, seja sob a forma de uma pergunta (interrogativa), seja sob a forma de um objetivo geral (afirmação), no presente projeto de investigação vai ser colocada segundo a forma interrogativa.

Segundo a metodologia do mesmo autor (2014, pág.49), o problema de investigação é fundamental porque:

- Centra a investigação numa área ou domínio concreto;
- Organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência;
- Delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras;
- Guia a revisão da literatura para a questão central;
- Fornece o referencial para a redação do projeto;

Segundo Marconi e Lakatos (2007, pág.25), “Tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar”. Segundo o mesmo autor o assunto escolhido deve ser exequível e adequado em termos tanto dos fatores externos quanto dos internos ou pessoais.

Fortin (2009, pág.67) define que “ O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos.”

A escolha do tema de estudo é uma das etapas mais importantes do processo de investigação porque influencia o desenrolar das etapas seguintes. De um modo geral o investigador escolhe um tema de estudo relacionado com a sua disciplina ou a sua

profissão. Este está frequentemente ligado a preocupações clínicas, profissionais, comunitárias, psicológicas e sociais (Fortin, 2009,pág.67)

O investigador deve escolher um tema relativo a um problema geral que necessita de uma investigação sistemática, ou seja o tema escolhido deve ser um tema atual e do interesse do investigador. Por essa razão, o tema escolhido para este problema de investigação foi saber se existe relação entre a Obesidade e a PA nos adultos de Ponte de Lima.

A abordagem deste tema deve-se a vários fenómenos que se interligam com áreas importantes para o investigador. Em primeiro lugar surge o seu especial interesse pela disciplina de Enfermagem de saúde familiar e comunitária, seguindo-se o facto da Obesidade e a HTA serem doenças crónicas cada vez mais frequentes na sociedade atual, com uma prevalência que tem vindo a aumentar.

Durante a realização dos ensinamentos clínicos o investigador também se apercebeu que ainda há uma grande falta de conhecimentos na população sobre o que é a HTA e o excesso de peso, nomeadamente o que podem fazer para prevenir o seu aparecimento e as suas respetivas complicações.

Para Teles (2008, pág.23), a obesidade é uma doença crónica, associada a múltiplos riscos para a saúde. É considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a epidemia do século XXI.

Jorge Polonia (2006, pág.9), dizem-nos que a HTA constitui um dos mais importantes problemas atuais de Saúde Pública sendo a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral e coronária e da insuficiência cardíaca. Em Portugal esta asserção assume particular relevância uma vez que a prevalência da HTA na população adulta ultrapassa os 40% e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui a principal causa de morte. É por isso óbvia a importância de detetar tratar e controlar a HTA.

2- Enquadramento Teórico

De acordo com Fortin (2009, pág.87), uma revisão de literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Examinam-se estas publicações para levantar tudo o que se reporta com a questão de investigação e, dado o caso, para determinar os métodos utilizados e apreciar ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as conclusões. O exame profundo destas publicações permite obter a informação necessária para a formulação do problema de investigação.

A revisão inicial da literatura tem por objetivo colher informação sobre a atualidade de um dado tema, consultando diversas obras de referência. Fortin (2009, pág.89)

Conforme Coutinho (2014, pág.59), a revisão da literatura consiste na identificação, localização e análise de documentos que contêm informação relacionada com o tema de uma investigação específica. O objetivo da revisão bibliográfica é o de situar o estudo no contexto e, com isso, estabelecer um vínculo entre o conhecimento existente sobre o tema – o chamado estado de arte – e o problema que se pretende investigar (Cardoso, Alarcão & Celorico, 2010)

Uma boa revisão de literatura potencia a credibilidade da investigação ao relacionar e conetar a investigação prévia com o problema objeto da investigação. (Coutinho, 2014, pág.59)

Em harmonia com Coutinho (2014, pág.60), a literatura ajuda o investigador a elaborar o marco teórico/ concetual. Este marco constitui-se como o referencial para a investigação na medida em que dá sentido as atividades e procedimentos que vão ser postos em prática, assim como os resultados que se obtenham.

Com a revisão da literatura pretende-se identificar e localizar os estudos mais relevantes relacionados com o problema de investigação. (Coutinho, 2014, pág.60)

i- Adulto: Definição e Classificação

Para se proceder a realização deste estudo a população escolhida foram os adultos de Ponte de Lima.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001, pág.6), definem pessoa como, “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.” Gomes (2007, pág.10), acrescenta que “O conceito de pessoa é central no desenvolvimento de modelos de enfermagem.”

Vieira (2009, pág.129), acrescenta que “os enfermeiros desenvolvem com as pessoas a quem prestam cuidados uma experiência significativa que contribui para o desenvolvimento das pessoas envolvidas.

De acordo com o Dicionário Universal da Língua Portuguesa, adulto é aquele que saiu da idade da adolescência e atingiu a maioridade, que atingiu o seu pleno desenvolvimento, crescido que alcançou maturidade intelectual.

Segundo Farah (2008, pág.73), embora pesquisadores e estudiosos se tenham voltado de maneira significativa as pesquisas para o crescimento e desenvolvimento infantil e, mais recentemente, para o idoso, uma atenção maior está a ser dirigida aos processos que ocorrem na vida adulta, até porque é uma fase que evolui com velocidade e comportamentos extremamente individuais e abrange um longo período da vida.

De acordo com o mesmo autor, (2008, pág.74), alguns autores elencam três fases gerais:

- Adulto jovem ou início da fase adulta: compreende o período dos 18 aos 40 anos.

- Adulto intermediário, adulto médio ou adulto de meia-idade: compreende o período dos 40 aos 65 anos.
- Adulto idoso, adulto sênior ou adulto da terceira idade compreende o período de vida a partir dos 65 anos.

Para Sousa (2008),

O estudo da vida adulta encontra-se inscrito na bruma e na marginalidade porque exige um exercício de desconstrução para conceber o adulto fora da sua “normalidade” ou mesmo da sua “banalidade”. Esse exercício implica o questionamento quer do que, a nível social, é normalizado, imposto e proporcionado quer do que, a nível individual, se pensa, faz, projeta e ambiciona em relação à vida adulta. É possível que o receio e a “recusa de ser adulto” resultem do desconhecimento do que significa, nos dias de hoje, viver esta fase de vida, sabe-se que muita coisa mudou, mas não se compreende em que sentido.

Seguindo o mesmo autor, o modelo de transição que identifica a aquisição do estatuto de adulto com estabilidade (profissional, financeira e familiar) tem sofrido várias pressões sociais, por isso, o processo de ser adulto tem interessado, a partir dos anos 90, um maior número de estudiosos. As mudanças resultaram do crescimento das aspirações à mobilidade social, da mudança no sistema familiar e matrimonial, da possibilidade de se programar e adiar o momento da procriação, do aumento da esperança de vida, das mudanças nos modos de passagem à vida profissional (que conduzem menos frequentemente a um emprego estável), do prolongamento escolar, do incremento do consumo, da informação e da promoção do lazer e do hedonismo (Teixeira, 2001).

Ser adulto é entender que esta fase de vida implica especificidades, problemas e características próprias que devem ser objeto de atenção, de estudo e de intervenção política e social. É supor que “ser adulto” não é um estágio estanque, mas algo que experimenta a mudança de acordo com o contexto histórico e social em que se enquadra. Sousa (2008)

Conforme o mesmo autor, após a análise de um estudo realizado foi possível reduzir as 22 variáveis utilizadas para medir o que os inquiridos consideraram importante para “ser adulto em seis componentes: hedonismo protegido, conjugalidade e parentalidade, boa condição física, intelectual e emocional, reflexividade sobre a vida, independência e autonomia e rotina e salário adequado às suas necessidades de modo a garantir a sua saúde e qualidade de vida.

Os resultados do questionário aplicado em 2006 a uma amostra de 1571 indivíduos residentes em Portugal continental e com idades entre 25 e 54 anos (a média de idades é de 40 anos) mostraram que 55% dos inquiridos eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino, 63,1% com ensino até ao 3º ciclo do básico, 20,5% de indivíduos com ensino secundário e 16,4% com ensino médio e superior; 61,8% dos inquiridos residiam em meio classificado como predominantemente urbano (litoral do país) e 38,2% residiam em meio classificado como predominantemente rural (interior do país) (INE, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*cit in* Fonseca 1996), saúde é definida como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”.

Conforme Fonseca (1996),

Entendendo o conceito de saúde da OMS é possível encontrar alguns indicadores de saúde, nomeadamente indicadores sócio - culturais (nível socioeconómico, educativo, cultural) e indicadores psicossociais (concepções de saúde, expectativas a nível da saúde, avaliação das expectativas, grau de satisfação com a vida). Estes indicadores funcionam não apenas como consequências objetivas ou subjetivas de um estado de saúde, mas também como determinantes desse mesmo estado de saúde.

De acordo com o mesmo autor, os estados de mal-estar ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável. Torna-se assim necessário adotar comportamentos de

saúde no estilo de vida de cada indivíduo, para aumentar as hipóteses de alcançar um bom estado de saúde.

Segundo Fonseca (2008), de um modo geral os fatores determinantes dos comportamentos podem ser agrupados em duas categorias: fatores intrínsecos e extrínsecos.

Nos fatores intrínsecos, encontram-se os fatores sócio demográficos, personalidade, cognições e suporte social.

Nos fatores extrínsecos encontram-se as estruturas de incentivo (impostos, subsídios, sistemas de provisionamento de bens e serviços), e restrições legais.

O mesmo autor refere que,

numa revisão de estudos realizada por Odgen (1996) foi examinada a relação entre os comportamentos de saúde e o estado de saúde. Foi possível verificar uma relação entre a prática de alguns comportamentos de saúde e um baixo nível de mortalidade, e conseqüente aumento de tempo de vida. Os comportamentos identificados incluíam tomar o pequeno-almoço todos os dias, comer raramente entre as refeições, ter ou estar próximo do peso recomendado, não fumar, não consumir álcool ou consumir moderadamente e praticar atividade física regularmente (...) numa revisão de estudos realizada por Conner e Norman (1996), salienta-se o consumo de tabaco, o consumo de álcool, o não praticar atividade física, e uma má alimentação, como alguns dos percussores das doenças cardiovasculares e do cancro. Estas doenças constituem a principal causa de morte nos países ocidentais. Destaca-se assim a importância da promoção dos comportamentos de saúde como forma de evitar estes problemas.

ii- Obesidade

A obesidade é caracterizada por aumento do peso corporal além das necessidades físicas e das limitações ósseas do esqueleto, como resultado do acúmulo excessivo de gordura corporal. Fuchs (2006, pág.29)

De acordo com Teles (2008, pág.21), A obesidade é uma situação crónica, característica de parte da população dos países desenvolvidos. Por isso só constitui um fenómeno que pode causar doença e por isso deve ser tratada.

Segundo o mesmo autor, a obesidade foi considerada pela OMS como a epidemia do século XXI.

Em harmonia com Teles (2008, pág.23), a OMS definiu a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde, tanto mais que, uma vez instalada, tende a autoperpetuar-se, constituindo-se como verdadeira doença crónica.

A obesidade provoca muitas vezes doença física e sempre sofrimento psíquico, sendo por isso necessária uma abordagem, na maioria dos casos, multidisciplinar (endocrinologista, nutricionista, psiquiatra, psicólogo, cirurgião). Teles (2008, pág.21)

O mesmo autor (2008, pág.33), considera que a obesidade é uma síndrome complexa de origem multifatorial, em que fatores relacionados com o ambiente, nomeadamente a utilização crescente de alimentos ricos em gorduras e açúcares, o sedentarismo, o stress e as alterações do comportamento se interligam com fatores de ordem genética. Na prática, a obesidade resulta de um balanço energético positivo, motivado por um excesso de ingestão em relação aos gastos, em indivíduos geneticamente predispostos.

Teles (2008, pág.38), define o papel da obesidade como fator de risco independente para a doença coronária pode ser contestado, dada a sua associação com outros fatores de risco metabólicos. No entanto os resultados de estudo recentemente publicados permitem verificar que, dos nove fatores de risco que explicam 90% dos enfartes do miocárdio, sete estão relacionados com a pré-obesidade/ obesidade e podem ser beneficemente influenciados pelo emagrecimento. No que se refere à pressão arterial (PA), verifica-se habitualmente uma redução da pressão arterial sistólica (PAS) e da pressão arterial diastólica (PAD), com a diminuição do peso. Essa redução, para perdas de peso de 10kg, pode cifrar-se numa diminuição da PAD em cerca de 3.6 mmHg.

Reduções de 10% do peso inicial podem determinar decréscimo da PAD em cerca de 6 mmHg. Teles (2008, pág.39)

Em conformidade com Teles (2008, pág.59), A base da terapêutica da obesidade deve considerar a modificação do estilo de vida, isto é, modificação dos comportamentos sedentários e da atividade física formal.

O excesso de peso esta associado a alterações da função ventricular, sendo a disfunção diastólica a alteração mais precoce. Neste contexto, são particularmente importantes os efeitos das patologias frequentes associadas à obesidade: hipertensão arterial, diabetes tipo 2, doença coronária e síndrome de apneia do sono. Qualquer destas situações patológicas tem efeitos perversos sobre o funcionamento cardíaco, contribuindo para o aparecimento de insuficiência cardíaca e de arritmias potencialmente mortais.

Teles (2008, pág. 25), referencia que a gravidade da obesidade está ligada não só à classe como ao tipo morfológico da distribuição do tecido adiposo. Em relação à morfologia estabeleceram-se dois subgrupos:

- Obesidade ginóide, em que a gordura se distribui sobretudo na metade inferior do corpo, principalmente regiões glúteas e coxas.
- Obesidade androide, em que a gordura se acumula sobretudo na metade superior do corpo, principalmente no abdómen, estando frequentemente associada a um acréscimo da adiposidade visceral (obesidade visceral).

Para Teles (2008, pág.33), a prevalência de obesidade é elevada, em todos os países que foi estudada, e tem vindo a aumentar progressivamente em crianças e adultos. Na europa a prevalência de obesidade é de 10% a 25% na maioria dos países e, nalguns países da América atinge os 20% a 25%.

Seguindo o mesmo autor, num outro estudo realizado entre 1960 e 1990, em jovens de 20 anos de idade, durante a inspeção militar, verificou-se um aumento progressivo da prevalência do pré obesidade e da obesidade.

Conforme Fuchs (2008, pág.29),

A obesidade apresenta taxas crescentes e perfil epidémico em muitos países. Atualmente 65% dos indivíduos adultos americanos apresentam sobrepeso, e 31% são obesos. Além de frequente a obesidade associa-se a elevação de níveis de pressão arterial e outras doenças não transmissíveis. A associação entre obesidade e hipertensão arterial é reconhecida a muitos anos e tem sido demonstrada em estudos transversais e longitudinais.

Segundo o mesmo autor, a relação entre adiposidade e pressão arterial parece ser linear, mas a intensidade da associação varia entre diferentes etnias. A estimativa de risco a partir do estudo de Framingham (Framingham Heart Study, 2006) sugere que aproximadamente 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão atribuída diretamente a sobrepeso e obesidade.

Para Fuchs (2008, pág.30),

A hipertensão em indivíduos obesos, mais do que um caso particular deveria ser considerada a forma mais comum de hipertensão primária. Inúmeros estudos, mas não todos, sugerem que obesidade central está mais fortemente associada aos níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos obesos com acúmulo de gordura central frequente apresentam um agregado de fatores de risco para doença coronária, no qual se inclui a hipertensão, o que constitui a chamada síndrome metabólica (...) O ganho de peso esta fortemente associado ao aumento da pressão arterial, e este está diretamente relacionado com a magnitude do ganho de peso. O ganho de peso, mesmo que moderado este associado a maior risco de desenvolver hipertensão. Contudo, há considerável variabilidade na resposta pressórica ao ganho de peso, e nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. A perda de peso, por outro lado, acarreta redução da pressão arterial.

A obesidade pode causar ou associar-se a sentimentos de desvalorização pessoal, depressão, ansiedade, alteração de imagem corporal, perturbação da personalidade, comportamento bulímico e voracidade alimentar. A desaprovação social e consequente desadaptação torna-se evidente a nível dos afetos, oportunidades de instrução, emprego e interação social. Teles (2008, pág.43)

Em conformidade com o mesmo autor a prevenção da obesidade deve-se entender-se num contexto de prevenção primária global das doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente das metabólicas.

A alteração dos hábitos alimentares, a atividade física e uma imagem mais satisfatória de si próprio podem contribuir para uma mudança consistente do estilo de vida, que deve ser o objetivo principal do tratamento da obesidade. Teles (2008, pág.62)

iii- Índice de Massa Corporal

Conforme Navarro (2002, pág.185) o índice de Massa Corporal serve para avaliar a gravidade da obesidade.

Muitos especialistas consideram o IMC como o parâmetro mais preciso para avaliar a classe de peso. O IMC é a relação entre a estatura e o peso e reflete de forma mais correta as reservas totais de gordura no corpo da população em geral.

De acordo com a DGS (2013), Na avaliação antropométrica da pessoa adulta, com exceção da mulher grávida, o profissional de saúde efetua duas medições de cada parâmetro, no mesmo momento e preferencialmente de forma sequencial, e nos termos adiante definidos:

Peso

Segundo a DGS (2013),

Na avaliação do peso, a balança está previamente calibrada e colocada numa superfície plana e firme, com o ponteiro no zero, a pessoa descalça e apenas com roupa leve, mas sem qualquer acessório (como exemplos, relógio, cinto, colar, pulseira), procedendo o profissional de saúde da seguinte forma:

Relação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a variação dos níveis de Pressão Arterial

- Solicitar à pessoa que suba devagar para a plataforma e que fique parada, com os pés colocados em posição paralela, com o peso igualmente distribuído pelos dois pés no centro da plataforma;
- Solicitar à pessoa que mantenha posição vertical, imóvel, com a cabeça ereta, olhar fixo em frente e braços estendidos ao longo do corpo, com as palmas das mãos voltadas para dentro e que mantenha nessa posição;
- Realizar, sequencialmente, duas medições (idealmente, em balanças diferentes e calibradas; se na mesma balança, à pessoa solicita-se que saia e volte a subir para a plataforma a fim de se repetir o procedimento);
- Avaliar cada observação em quilogramas até à primeira casa decimal, se exequível (ex. 70,4 kg), ou seja, os 100 g mais aproximados (nota: no caso da balança utilizada não aferir esta precisão de valores, é avaliado ao 0,5-1,0 kg mais próximo);
- Calcular a média aritmética das duas avaliações efetuadas (exemplo: 75,2 kg na primeira avaliação e 75,4 kg na segunda, a média do peso avaliado é de 75,3 kg);
- Para cálculo final do peso a registar, subtrair sempre 0,5 kg à média citada no ponto anterior (correção do peso relativa ao uso de roupa leve);
- Registar no processo clínico o peso final apurado conforme o ponto anterior (o médico no SAM ou outro sistema informático utilizado e/ou enfermeiro no SAPE ou outro registo clínico), ou seja, com base no exemplo citado, o valor de 74,8 kg.

Estatura

Conforme a DGS (2013),

Na avaliação da estatura o estadiómetro está montado da forma correta (seja modelo de parede ou colocado na posição de pé) e assente numa superfície plana, com estabilidade máxima. O profissional de saúde solicita previamente à pessoa para remover o calçado e outros acessórios que influenciam a avaliação (chapéu, boné, lenço, laço, entre outros), procedendo da seguinte forma:

- Manter a pessoa numa posição vertical e imóvel, com os braços estendidos ao longo do corpo e com as palmas das mãos voltadas para dentro;
- Colocar a cabeça da pessoa no plano horizontal de *Frankfort* (linha imaginária que passa pelo bordo inferior da órbita e pelo bordo superior do meato auditivo externo) e manter um olhar fixo, em frente;
- Colocar os calcanhares ou joelhos da pessoa juntos e as pontas dos pés afastadas a 60°;
- Colocar os calcanhares, a região gemelar, a cintura pélvica, a cintura escapular e a região occipital em contacto com a parede ou com o metal do estadiómetro, e de forma a manter o equilíbrio;

Relação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a variação dos níveis de Pressão Arterial

- Solicitar à pessoa para inspirar e manter a posição ereta;
- Realizar a medida com a craveira do estadiómetro num ângulo de 90° em relação à escala, movimentando-a lentamente até comprimir o cabelo e tocar o vértex (ponto mais alto do crânio), sendo que o profissional de saúde deverá subir ou descer o necessário para que a sua observação da escala se efetue em posição rigorosamente perpendicular;
- Realizar, sequencialmente, duas medições (exemplo: 166,4 cm e 166,6 cm), registando cada medição até ao mais próximo valor de 0,1cm, isto é, a última linha que realmente consiga observar;
- Calcular a média aritmética (no exemplo citado, 166,4 cm e 166,6 cm, a média da avaliação da estatura é de 166,5 cm) e registar no processo clínico o valor apurado (pelo médico no SAM ou outro sistema informático utilizado e/ou pelo enfermeiro no SAPE ou outro registo clínico).

Em harmonia com a DGS na sua Orientação nº 017/2013 de 05/12/2013, a utilização de medições antropométricas é uma prática corrente nos cuidados de saúde quer como métodos auxiliares na avaliação clínica, quer nas avaliações e rastreios de âmbito populacional. A estatura e o peso da pessoa adulta é determinada também para permitir calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) e classificá-lo tal como preconizado pela OMS, em que:

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$$

Nesta observação as unidades a utilizar são:

- Peso, quilograma (Kg)
- Estatura, metro (m)

Designação	IMC (kg/m ²)	
		Classe de Baixo Peso
<i>Magreza Severa</i>	<16,00	III
<i>Magreza Média</i>	16,00-16,99	II
<i>Magreza Moderada</i>	17,00-18,49	I
<i>Normal</i>	18,50-24,99	Peso Normal
<i>Pré-Obesidade</i>	25,00-29,99	Pré Obesidade
		Classe de Obesidade
<i>Obesidade</i>	30,00-34,99	I
<i>Obesidade</i>	35,00-39,99	II
<i>Obesidade</i>	≥40,00	III

Tabela nº1: Classificação IMC

Fonte: Adaptado: Classificação IMC: DGS, Orientação nº 017/2013 de 05/12/2013

iv- Pressão Arterial

De acordo com Taylor (2007, pág. 574), A PA refere-se à força do sangue contra as paredes das artérias. Ocorre o máximo de pressão sobre elas quando o ventrículo esquerdo do coração empurra o sangue pela válvula aórtica para dentro da aorta, no início da sístole. A pressão eleva-se a medida que o ventrículo se contrai e baixa quando o coração relaxa. Essa ininterrupta contração e o relaxamento do ventrículo esquerdo geram uma onda de pressão que é transmitida através do sistema arterial. (Porth, 2002)

A pressão mais alta é chamada de pressão sistólica. Quando o coração repousa entre os batimentos durante a diástole, a pressão cai. A pressão mais baixa presente nas paredes arteriais nesse momento recebe o nome de pressão diastólica. A diferença entre ambas é chamada de pressão de pulso. Taylor (2007, pág.575).

Para Borges (2008, pág.19), os números da Hipertensão Arterial em Portugal mostram que:

- 42% dos Portugueses adultos tem valores anormais de pressão arterial.
- Cerca de metade da população caminha para a hipertensão.
- Mais de 3 milhões já são hipertensos.
- Perto de 50% dos homens tem a PA elevada.
- Entre as mulheres, 39% são hipertensas.
- Cerca de 1 milhão e meio de portugueses não sabem que são hipertensos.

Para o mesmo autor, estes números são ainda mais preocupantes por se saber que cerca de metade dos hipertensos desconhecem que estão doentes, ignoram que a sua PA está elevada.

De acordo com Borges (2008, pág.21), em Portugal o diagnóstico e o controlo da HTA é da maior importância já que é um fator de risco preponderante para a doença cerebrovascular – a primeira causa de morte e incapacidade entre nós. Se a hipertensão

estivesse controlada, seria bem menor o número de portugueses a morrer diariamente por AVC.

Conforme a DGS (2013) o diagnóstico de HTA define-se, em avaliação em consultório, como a elevação persistente, e várias medições e em diferentes ocasiões (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da (PAD) igual ou superior a 90 mmHg.

Segundo Jorge Polonia (2006, pág.9),

A HTA constitui um dos mais importantes problemas atuais de Saúde Pública sendo a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral e coronária e da insuficiência cardíaca. Em Portugal esta asserção assume particular relevância uma vez que a prevalência da HTA na população adulta ultrapassa os 40% e o AVC constitui a principal causa de morte. É por isso óbvia a importância de detetar, tratar e controlar a HTA.

De acordo com a DGS (2013) as doenças cardiovasculares continuam a ser em Portugal, a principal causa de morte e responsáveis por 32% do total dos óbitos. Segundo o estudo português “The PAP study”, 21% da população em Portugal tem excesso de peso e 16% são obesos, e 42% tem Hipertensão Arterial.

A HTA é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por consequência, apesar de ser simples o seu diagnóstico este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.

A HTA, como doença crónica que é, necessita de terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica, embora, num grande número de casos, a HTA evolua de uma forma benigna e seja fácil de controlar.

O coração lança 7200 litros de sangue por dia numa rede de 100 000 quilómetros de veias e artérias. Mallete (2006,pág.14)

Conforme Mallete (2006, pág.21),

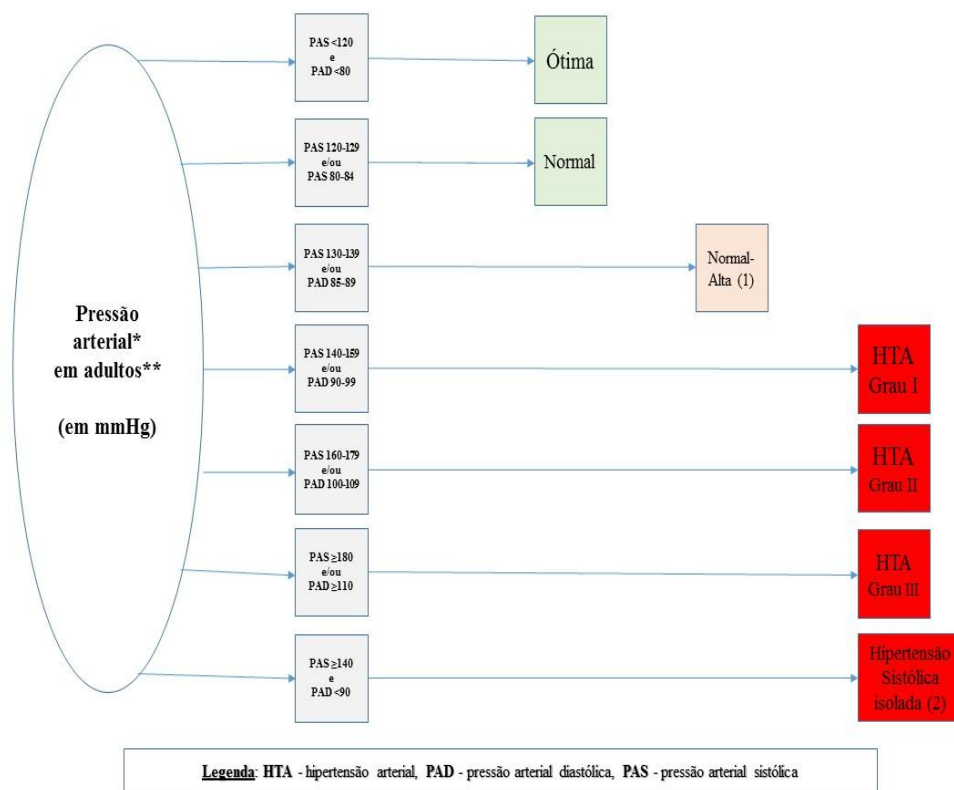
Uma pressão sanguínea muito alta pode causar dores de cabeça localizadas ao nível da nuca, manifestando-se muito cedo pela manhã. As pessoas que sofrem de hipertensão podem sentir tonturas e desequilíbrio quando estão de pé ou a caminhar. Podem sentir dificuldades respiratórias (sufocação demasiado rápida), problemas de visão, fadiga (sonolência), zumbidos nos ouvidos ou palpitações. (...) Os hipertensos podem sentir também adormecimentos e formigues nas extremidades dos membros. Pode ocorrer um inchaço dos pés, bem como abundantes hemorragias do nariz que não param.

Seguindo o mesmo autor (2006, pág.19), o médico pode pedir alguns exames simples no momento de diagnóstico para determinar se o paciente apresenta sintomas associados à HTA, como uma avaliação de rotina em laboratório, que compreendia análises sanguíneas para medir os eletrólitos, a creatinina e a glicemia em jejum, uma formula sanguínea completa, um balanço lípido, uma análise de urina e um eletrocardiograma.

De acordo com a DGS (2013), A hipertensão Arterial classifica-se em três grupos:

- Grau 1 – Hipertensão Arterial Ligeira
- Grau 2 – Hipertensão Arterial Moderada
- Grau 3 – Hipertensão Arterial Grave

Relação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a variação dos níveis de Pressão Arterial



Notas:

* Valores médios de duas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, após a detecção inicial de valores elevados de PA.

**Esta classificação é válida para adultos com 18 ou mais anos de idade que não estejam medicados com fármacos anti hipertensores e não apresentem nenhum processo patológico agudo concomitante. Quando as PAS e PAD estejam em diferentes categorias considera-se a categoria do valor mais elevado.

(1) - As pessoas com PA normal-alta têm risco CV mais elevado comparativamente às que apresentam uma PA ótima (risco relativo de 2.5 na mulher e 1.6 no homem).

(2) - Hipertensão sistólica isolada: classifica-se também em graus de 1 a 3, segundo os seus valores de PAS e com idênticos escalões aos da HTA.

Imagem 1 Algoritmo Clínico/árvore de decisão

Fonte: Adaptação do Algoritmo Clínico/ árvore de decisão – Norma da Direção Geral de Saúde número 20 de 2011 de 28 de Setembro de 2011 atualizada a 19 de Março de 2013.

Relação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a variação dos níveis de Pressão Arterial

De acordo com a DGS na (Circular normativa, nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013), a monitorização da PA deve obedecer as seguintes premissas:

- 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;

Em harmonia com a DGS, a adoção de estilos de vida saudáveis constitui um componente indispensável da terapêutica de todas as pessoas com HTA, podendo inclusivamente contribuir, em indivíduos suscetíveis, para a prevenção da sua ocorrência.

Seguindo a mesma fonte (2004) estas medidas, se suficientemente duradouras, poderão permitir, consoante os indivíduos, reduções da PA de 5 a 20 mmHg e redução do risco cardiovascular e incluem:

- Redução do peso em indivíduos obesos ou com excesso ponderal, idealmente para valores de IMC de 18.5 a 24.9 kg/m²;
- Adoção de uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas;
- Redução da ingestão de sal;
- Atividade física, como, por exemplo, exercício aeróbio, como caminhar 30 mim/dia, 5-7 dias/semana;
- Consumo moderado de álcool com um máximo 30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml/dia para as mulheres;
- Cessaçãõ do hábito de fumar, que é, sobretudo importante, numa perspetiva de redução global do risco cardiovascular;

3- Problema de Investigação

De acordo com Fortin (2009, pág.142), “a etapa da formulação do problema é crucial no processo de investigação. Ela situa-se no centro da fase concetual no decurso da qual se precisam as decisões relativas à orientação e aos métodos da investigação.

Formular um problema de investigação é fazer a síntese do conjunto dos elementos de informação, colhidos sobre o tema. É desenvolver uma ideia baseando-se numa progressão lógica dos factos, em observações e raciocínios relativos ao estudo que se deseja compreender. (Fortin, 2009, pág.52).

Assim sendo segundo Coutinho (2014, pág.49), o problema de investigação é fundamental porque:

- Centra a investigação numa área ou domínio concreto
- Organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência
- Delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras
- Guia a revisão da literatura para a questão central

Neste estudo o problema formulado foi perceber se existe relação entre os valores de IMC e a variação dos níveis de PA nos adultos de Ponte de Lima.

4- Pergunta de Partida

Conforme Quivy-e-Campenhoudt (2008, pág.44), 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.

Assim, e seguindo as orientações do autor, a pergunta de partida deste estudo é: Existe relação entre os valores de IMC e a variação dos níveis de PA nos adultos de Ponte de Lima?

5- Objetivos do estudo

Após a questão de investigação surgem os objetivos da investigação. Estes representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação. (Ribeiro, 2010, pág.34)

i – Objetivo Geral

Segundo Marconi e Lakatos (2007, pág.24), Toda a pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.

O objetivo geral desta investigação é conhecer se existe relação entre os valores de IMC e a variação dos níveis de PA nos adultos de Ponte de Lima.

ii – Objetivos Específicos

Os objetivos específicos desta investigação foram:

- Identificar os valores de IMC em relação a idade e ao género dos adultos de Ponte de Lima.
- Conhecer a variação dos níveis da PA em relação a idade e ao género dos adultos de Ponte de Lima.
- Verificar a existência de relação entre os valores de PA e IMC nos adultos de Ponte de Lima.

6- Variáveis

De acordo com Hulley (2006, pág.283), nos formulários de colheita de dados, cada variável deve receber um nome. O nome dessa variável será posteriormente usado para identifica-la na base de dados e nas análises.

As variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. (Fortin, 2009, pág.171).

Conforme Lakatos e Marconi (2007, pág.29): “Todas as variáveis que possam interferir ou afetar o objeto em estudo devem ser não só levadas em consideração mas também devidamente controladas, para impedir comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa.”

As variáveis atributo são características pré-existent dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra. (Fortin, 2009, pág.272)

As variáveis atributo do estudo são o sexo, a idade, o estado civil, as habitações literárias, a profissão atual, os antecedentes pessoais de doença e a medicação diária no último ano.

As variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular nem relações de causa e efeito a examinar. Fortin (2009, pág.171)

As variáveis em estudo são o IMC e PA.

A escolha destas duas variáveis deveu-se ao facto do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge I.P.ÁG. considerar que a HTA tem vindo a ser descrita como o fator de risco mais relevante para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, nomeadamente o Enfarte agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral, as quais se encontram entre as mais importantes causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo e porque segundo a OMS, a obesidade é reconhecida como um importante problema de saúde pública, afetando crianças, adolescentes e adultos.

II- FASE METODOLOGICA

Passa-se à fase metodológica após se ter feito a escolha do tema de estudo, de se ter formulado o problema de investigação e enunciado os objetivos. Fortin (2009,pág.207)

A fase metodológica reveste um caráter concreto, pois que comporta a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a utilização de instrumentos de medida fiéis e válidos, a fim de assegurar a credibilidade dos resultados (Fortin, 2009,pág.207).

De acordo com Fortin (2009,pág.214), a fase metodológica implica a escolha de um método e de uma técnica de colheita e análise de dados. A fase metodológica tem por objetivo precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação.

O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos. Fortin (2009, pág.214)

Segundo o mesmo autor (2009,pág.207), a fase concetual estabelece os fundamentos do estudo, a fase metodológica operacionaliza o estudo com vista a realizar a fase empírica (...) a fase metodológica consiste em especificar o género de estudo, em dar definições operacionais das variáveis e em determinar o meio onde serão colhidos os dados.

1- Considerações éticas

De forma a respeitar a população que participa no estudo este é regido por um código ético.

Conforme Queiroz (2007, pág.25), a preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos.

As pesquisas envolvendo seres humanos geram preocupações éticas, pois os participantes voluntários aceitam riscos e inconveniências com o objetivo de fazer avançar o conhecimento científico e beneficiar os outros. (Hulley, 2008, pág.243)

Hulley estabelece três princípios éticos norteiam as pesquisas com seres humanos. O princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência, e o princípio da justiça (Hulley, 2008, pág.243).

O princípio do respeito a pessoa exige que os investigadores obtenham consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade. Segundo esse princípio, os participantes de pesquisas, não são fontes passivas de dados, mas indivíduos cujos direitos e bem-estar devem ser preservados. (Hulley, 2008, pág.243)

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. Os riscos inerentes aos participantes incluem não somente danos físicos, mas também psicológicos tais como quebra de confidencialidade, estigmatização e discriminação. (Hulley, 2008, pág.243)

O princípio da justiça requer que os benefícios e os ônus de pesquisa sejam distribuídos de forma justa. Grupos vulneráveis, como aqueles com acesso reduzido aos serviços, com poder decisório limitado ou indivíduos institucionalizados, não possuem capacidade de decidir livremente se querem ou não participar de uma pesquisa. Tais pessoas podem ser atrativas especialmente quando o acesso e o acompanhamento são convenientes. No entanto grupos vulneráveis como esses não devem ser alvos de pesquisa quando outros grupos populacionais também forem apropriados à questão de pesquisa. O princípio de justiça também exige acesso equitativo aos benefícios da pesquisa. É importante ter isso em mente, pois tradicionalmente a pesquisa clínica tem sido considerada arriscada, e os seus participantes, vistos como cobaias que necessitam

de proteção contra intervenções perigosas de pouco ou nenhum benefício. (Hulley, 2008, pág.244)

De forma a se cumprirem os princípios éticos enunciados por Hulley, no que diz respeito ao princípio do respeito foi entregue uma declaração de consentimento informado a todos os participantes no estudo onde explicitava o objetivo principal da investigação, a sua finalidade e os benefícios do mesmo. Esta declaração foi construída com linguagem simples de fácil interpretação e compreensão. Esta declaração era lida e preenchida pelos participantes antes de participarem no preenchimento do questionário (Anexo 1).

No que diz respeito ao princípio da beneficência garantiu-se que os participantes não corressem qualquer tipo de risco ao participarem no preenchimento dos mesmos. A recolha de dados por observação direta onde era monitorizado o Peso atual, Estatura e PA, foi realizada também com autorização, através do consentimento informado dos participantes e foram garantidas as normas dos procedimentos de acordo com a DGS.

No que diz respeito ao princípio da justiça foi transmitido a todos os participantes no estudo a finalidade do estudo, do questionário e da colheita dos respetivos dados, foram também transmitidos os valores de Peso Atual, Estatura e PA dos mesmos. Durante a colheita destes dados foram retiradas as dúvidas que os participantes apresentavam e após a colheita foram também realizados alguns ensinamentos que se focavam principalmente sobre o que era HTA e quais as principais complicações que poderiam ocorrer. Aproveitou-se também para incentivar os participantes a adotar hábitos de vida mais saudáveis de forma a prevenir o aparecimento da doença em indivíduos saudáveis ou então ajudar a controlar a doença nos indivíduos que já apresentavam sinais da patologia.

2- Tipo de estudo

O tipo de estudo presente neste trabalho de investigação é descritivo correlacional segundo Fortin (2009, pág.244). Esta autora considera que o estudo descritivo correlacional tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las. O estabelecimento de relações entre as variáveis permite circunscrever o fenómeno estudado.

3- População e Amostra

Para Fortin (2009, pág.70), a população é um grupo de pessoas ou de objetos, tendo características comuns.

Segundo Hulley (2008, pág.43), População é um conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características.

A população escolhida foram os adultos de Ponte de Lima.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007, pág.41), a Amostra é uma proporção ou parcela convenientemente selecionada do universo (população), é um subconjunto do universo.

Para Hulley (2008, pág.43), a Amostra é um subconjunto da população.

O tipo de amostra é uma amostra não probabilística accidental ou seja participaram na colheita de dados todos os adultos passaram pela CCC no período de 11 de Agosto de 2015 a 11 de Setembro de 2015 e que aceitaram livremente participar no estudo.

Segundo Ribeiro (2010, pág.42), é uma amostra não probabilista, porque a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecido.

Amostras acidentais são amostras simples constituídas por indivíduos que acidentalmente participaram no estudo. (Ribeiro, 2010, pág.42).

Através desta metodologia de abordar todas as pessoas adultas, de ambos os sexos, que se deslocavam acidentalmente à CCC onde o investigador se encontrava participaram no estudo 58 adultos de livre e espontânea vontade certificada pelo consentimento informado, no período de 11 de Agosto de 2015 a 11 de Setembro de 2015

4- Instrumentos e métodos de colheita de dados

Fortin (2009,pág.368), considera que a escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis.

Segundo o mesmo autor, no momento da escolha do método de colheita de dados é preciso procurar um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições concetuais das variáveis que fazem parte do quadro concetual ou teórico. O investigador deve assegurar-se que o instrumento oferece uma suficiente fidelidade e validade. Assim, os instrumentos de colheita de dados escolhidos para a realização deste estudo foram: Primeiro foi aplicado o questionário, por administração direta, ou seja, cada participante preencheu diretamente o documento que lhe foi disponibilizado, na presença do investigador, podendo, desta forma, retirar todas as dúvidas que fossem surgindo. Seguidamente foi utilizado um guia de observação que serviu de orientação e também para ser preenchido pelo investigador após observação direta da pressão arterial, do peso e da estatura.

Estes procedimentos fundamentaram-se nas orientações de Fortin que refere que quando se trata de descrever as relações entre variáveis (estudo descritivo correlacional), geralmente apela-se a escalas de medida, a testes normalizados e a questionários. Fortin (2009, pág.369)

5- Método e Instrumento de tratamento de dados

Considerando-se o nível de análise estatística que se pretendia a análise e tratamento dos dados foi efetuada recorrendo ao uso do software Microsoft Office Excel, Versão 2007, tendo-se optado pela apresentação dos dados através de gráficos e tabelas para facilitar a interpretação dos mesmos.

6- Pré- Teste

Segundo Marconi e Lakatos o pré teste serve para verificar se o questionário apresenta três importantes elementos:

- Fidedignidade. Qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados.
- Validade. Os dados recolhidos são necessários à pesquisa.
- Operatividade. Vocabulário acessível e significado claro.

Segundo o mesmo autor, o pré-teste permite também a obtenção de uma estimativa sobre os futuros resultados.

Antes de se proceder a recolha de dados foi realizado então o pré teste na CCC no dia 11 de Agosto de 2015 a 5 indivíduos com as características da amostra pretendida. O pré teste respeitava a fidedignidade, validade e operatividade do mesmo, pois o questionário era de fácil interpretação, com vocabulário simples e claro, os dados recolhidos tinham todos a mesma finalidade, serem utilizados na análise, tratamento e discussão dos respetivos resultados. Uma vez que não houve necessidade de se proceder a alterações ao questionário elaborado pois não houve dificuldade na resposta e interpretação das questões por parte dos indivíduos, procedeu-se então a colheita de dados.

III FASE EMPIRICA

Segundo Fortin (2009, pág.59), na fase empírica é realizada a colheita de dados a fim de serem tratados, apresentados e analisados os resultados obtidos através dos instrumentos de colheita de dados e realizada a respetiva discussão.

No mesmo sentido Polit et al (2004, pág.54) diz que nesta fase “ (...) inclui-se também a apresentação dos dados a sua análise e interpretação.”

Todo o processo que decorre durante esta fase deve ter presente os objetivos definidos inicialmente na fase concetual.

O objetivo geral deste projeto de investigação é conhecer se existe relação entre os valores de IMC e a variação dos níveis de PA nos adultos de Ponte de Lima.

Os objetivos específicos previamente definidos são:

- Identificar os valores de IMC em relação a idade e ao género dos adultos de Ponte de Lima.
- Conhecer a variação dos níveis da PA em relação a idade e ao género dos adultos de Ponte de Lima.
- Verificar a existência de relação entre os valores de PA e IMC nos adultos de Ponte de Lima.

Na discussão, o investigador dá conta do contexto do estudo e dos trabalhos já publicados na sua interpretação de resultados. (Fortin, 2009, pág.195)

Segundo o mesmo autor, o investigador examina os principais resultados da investigação ligando-os às questões referentes ao problema. Confronta os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação atuais.

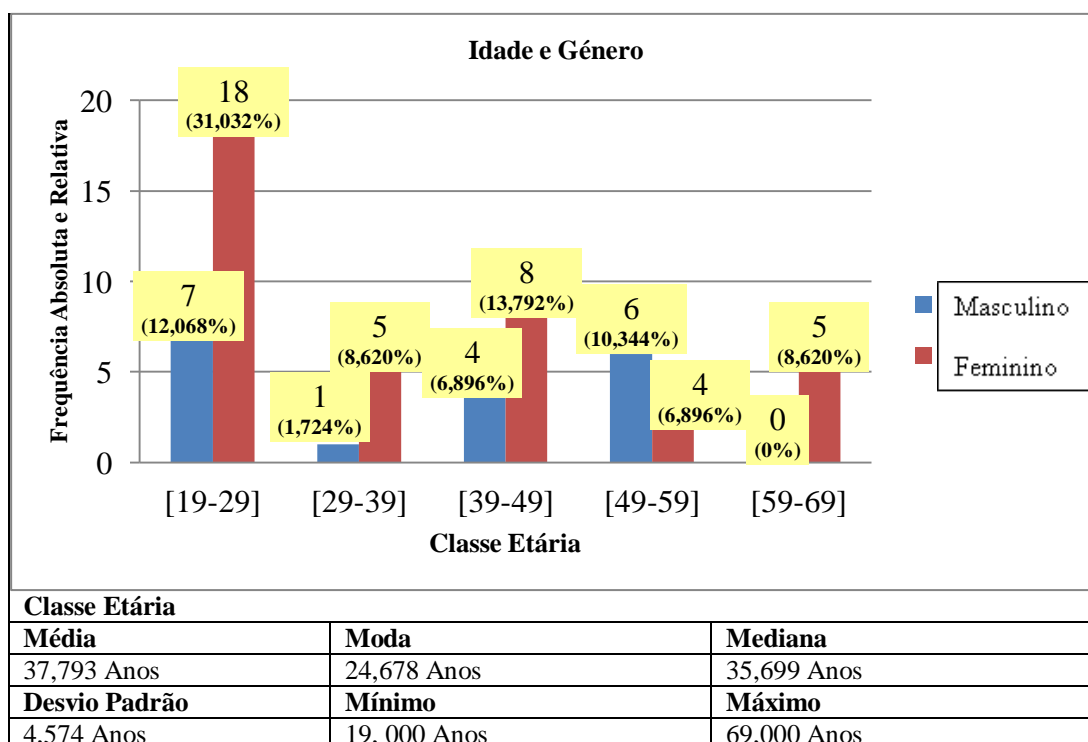
Os dados obtidos através da colheita de dados foram tratados recorrendo ao uso do Software Microsoft Office Excel, Versão 2007, tendo-se optado pela apresentação dos resultados através de gráficos e tabelas para facilitar a visualização da interpretação das variáveis em estudo. A escolha deste Software para o tratamento dos mesmos dados deveu-se ao facto de este ser suficiente para o nível de análise que se pretendia.

1- Apresentação e análise das Variáveis Atributo

Considerando que estas variáveis pretendem caracterizar o grupo em estudo foram selecionadas as variáveis relativas aos dados pessoais como: idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão atual, antecedentes pessoais de doença e a medicação diária no último ano de cada elemento da amostra.

Dados Pessoais

Gráfico n° 1 – Idade e Género

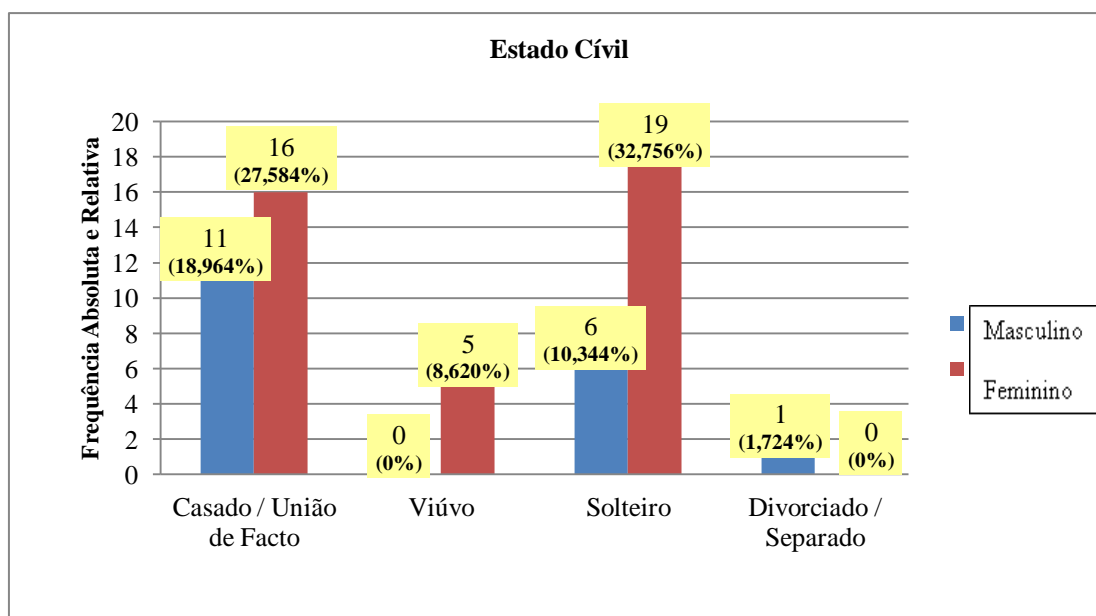


Analisando o gráfico acima pode-se concluir que a amostra é constituída por 58 elementos sendo estes 40 indivíduos do sexo feminino correspondendo a 68,960 % da amostra e 18 indivíduos do sexo masculino correspondendo a 31,032 % da amostra.

No que toca a idade a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos com idade compreendida entre os 19 e 29 anos de idade correspondendo a 43,100% da amostra (n=25 elementos) dos quais 12,068% (n=7 elementos) são do género masculino e 31,032% (n=18 elementos) são do género feminino.

Assim, a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino com idade compreendida entre os 19 e 29 anos de idade.

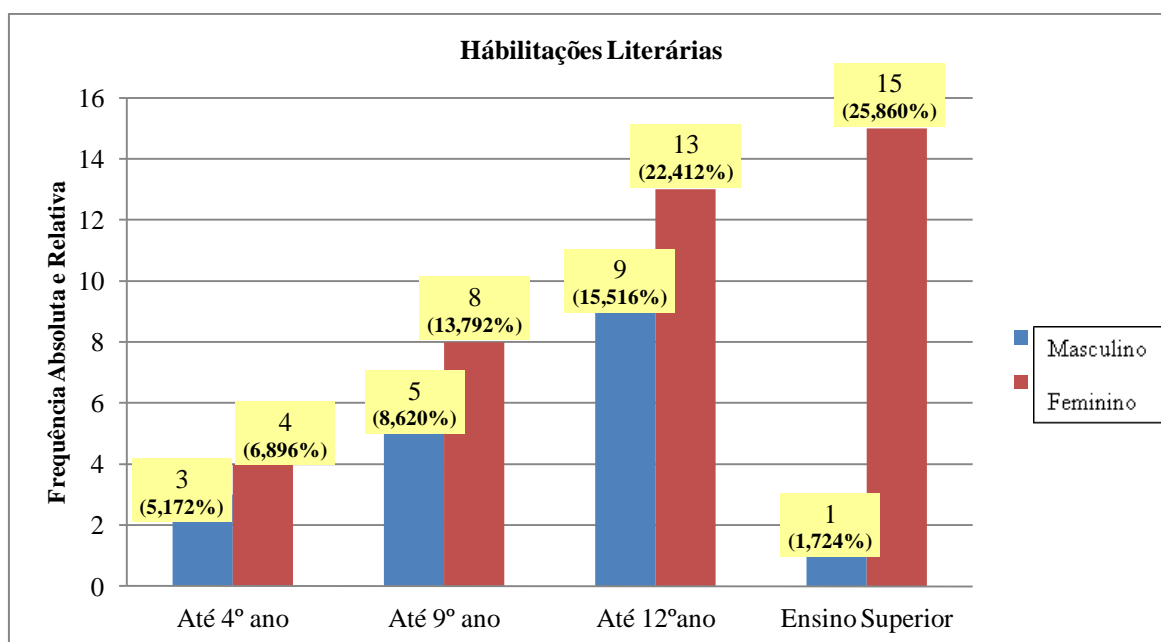
Gráfico nº2 – Estado Civil



Após a observação do gráfico acima representado constata-se que relativamente ao estado civil que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos que se encontram casados ou numa união de facto correspondendo a 46,548% (n= 27 elementos) da amostra, dos quais 18,964% (n=11 elementos) são do género masculino e 27,584% (n= 16 elementos) são do género feminino, seguindo-se os indivíduos que se encontram solteiros correspondendo a 43,100% (n=25 elementos) da amostra dos quais 10,344% (n=6 elementos) são do género masculino e 32,756% (n =19 elementos) são do género feminino.

Concluindo no género masculino o estado cívil com maior frequência absoluta é o casado/união de facto enquanto no género feminino é o estado cívil solteira.

Gráfico nº3 – Habilitações Literárias

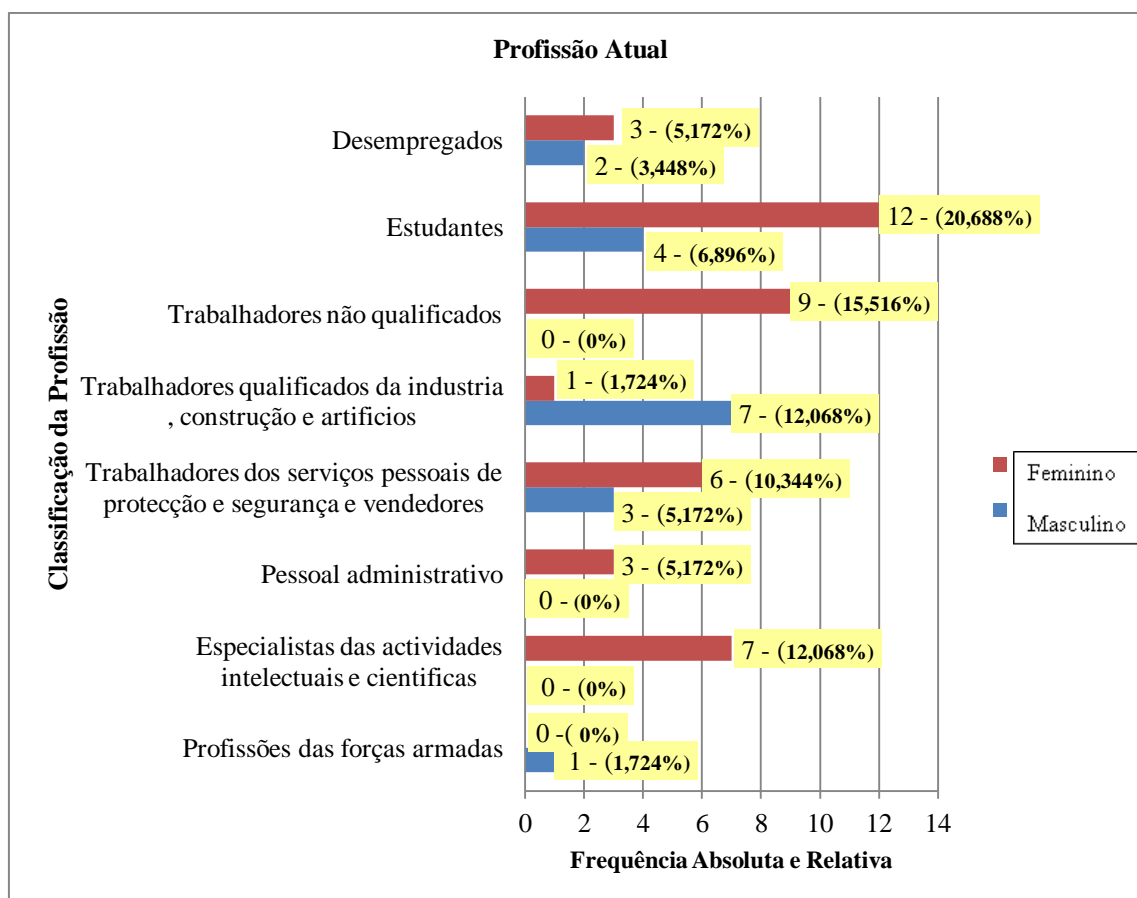


Pela análise do gráfico acima representado deteta-se que a amostra é constituída maioritariamente com elementos que apresentam até o 12 ano de escolaridade como habilitações literárias correspondendo a 37,928% (n= 22 elementos) da amostra dos quais 15,516% (n=9 elementos) são do género masculino e 22,413% (n=13 elementos) são do género feminino, seguindo-se do ensino superior correspondendo a 27,584% (n=16 elementos) da amostra dos quais 1,724% (n=1 elemento) são do género masculino e 25,860% (n=15 elementos) são do género feminino.

Concluindo no género masculino as habilitações literárias com maior frequência absoluta são até ao 12º ano de escolaridade e no género feminino são o ensino superior.

Gráfico nº4 – Profissão Atual

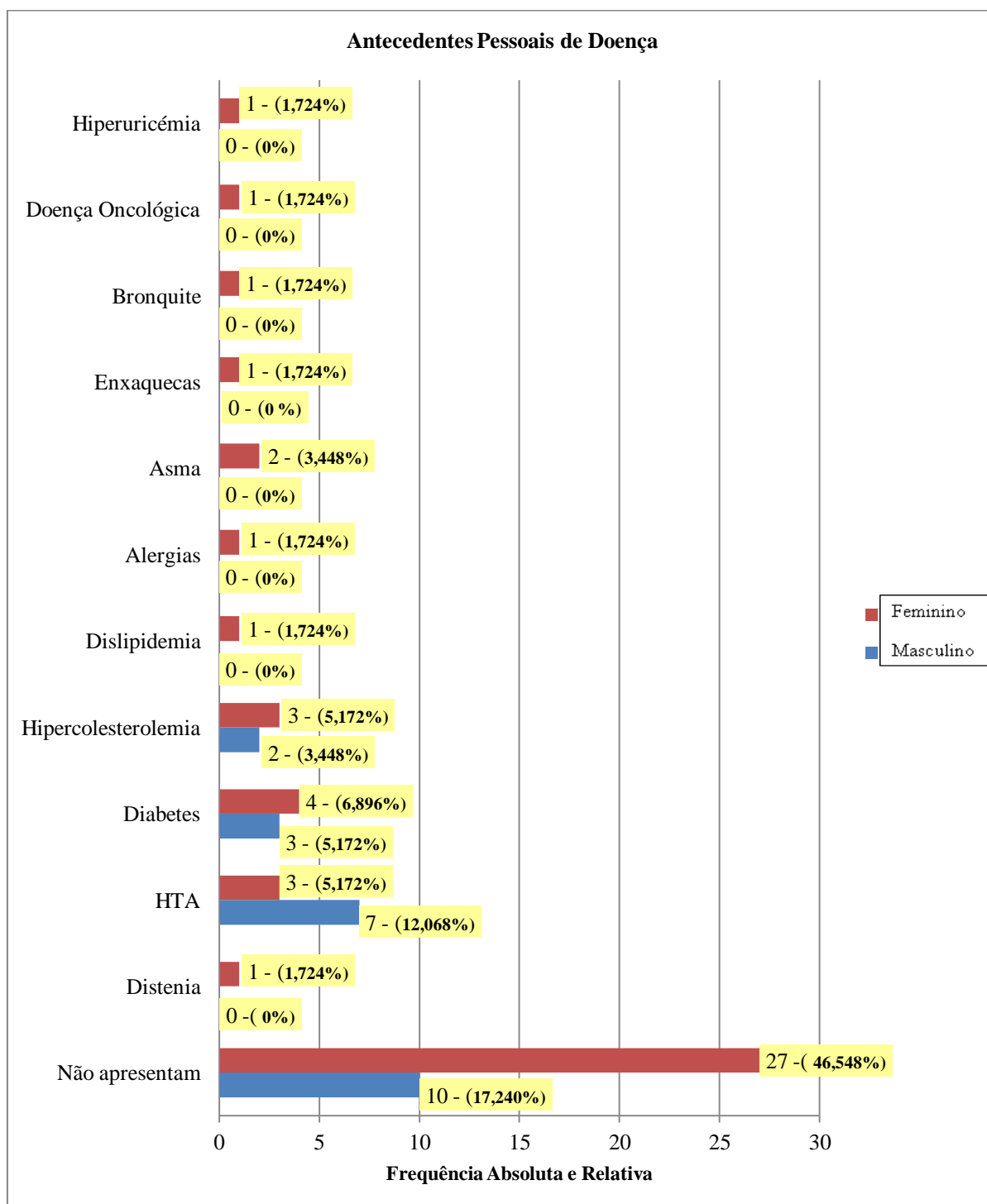
Foi realizada a classificação da profissão atual de cada elemento da amostra através do Instituto Nacional de Estatística, I.PÁG. (2010). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Lisboa.



Após a análise do gráfico acima representado pode verificar-se que a amostra é constituída maioritariamente de indivíduos que referem ser estudantes correspondendo a 27,584% (n=16 elementos) da amostra dos quais 6,896% (n=4 elementos) são do género masculino e 20,688% (n=12 elementos) são do género feminino

Concluindo no género masculino a profissão com maior frequência absoluta são os trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificios enquanto no género feminino são estudantes.

Gráfico nº5 – Antecedentes Pessoais de Doença



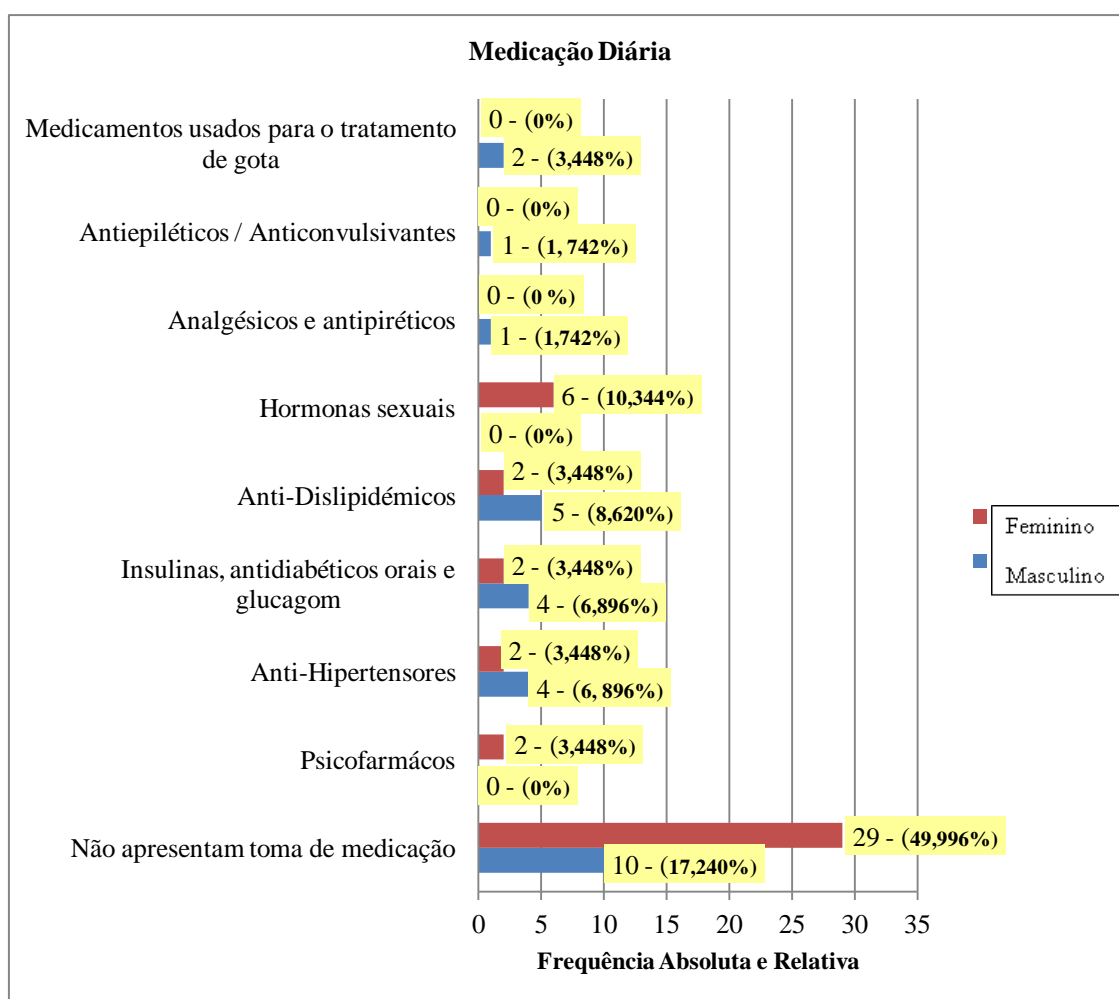
Observando o gráfico acima representado deteta-se que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos sem antecedentes pessoais de doença correspondendo a 63,788% (n=37 elementos) dos quais 17,240% (n=10 elementos) são do género

masculino e 46,548% (n=27 elementos) são do género feminino, seguindo-se a HTA correspondendo a 17,240% (10 elementos) da amostra dos quais 12,068% (n= 7 elementos) são do género masculino e 5,172% (n=3 elementos) são do género feminino.

Concluindo, no género masculino no que toca a antecedentes pessoais o valor de frequência absoluta mais elevado é a ausência de antecedentes seguindo-se a HTA enquanto no género feminino é a ausência de antecedentes pessoais seguindo-se a diabetes

Gráfico nº6 – Medicação diária no último ano

A medicação foi classificada segundo o Prontuário Terapêutico (2013). Infarmed.



Após a observação do gráfico nº6 pode-se constatar que a amostra é constituída maioritariamente por elementos que não apresentam toma de medicação diária no último ano correspondendo a 67,236% (n= 39 elementos) da amostra dos quais 49,996% (n=29 elementos) são do género feminino e 17,240 % (n= 10 elementos) são do género masculino, seguindo-se com igual percentagem a toma de medicação anti hipertensora, insulinas, antidiabéticos orais e glucagom com 6,896% (n= 4 elementos) no género masculino e 3,448% (n=2 elementos) no género feminino respetivamente.

Conclui-se então que independentemente do género os valores mais elevados de frequência absoluta dizem respeito a ausência de toma de medicação.

2- Apresentação das variáveis em estudo

Resultados referentes às variáveis obtidas por Observação Direta

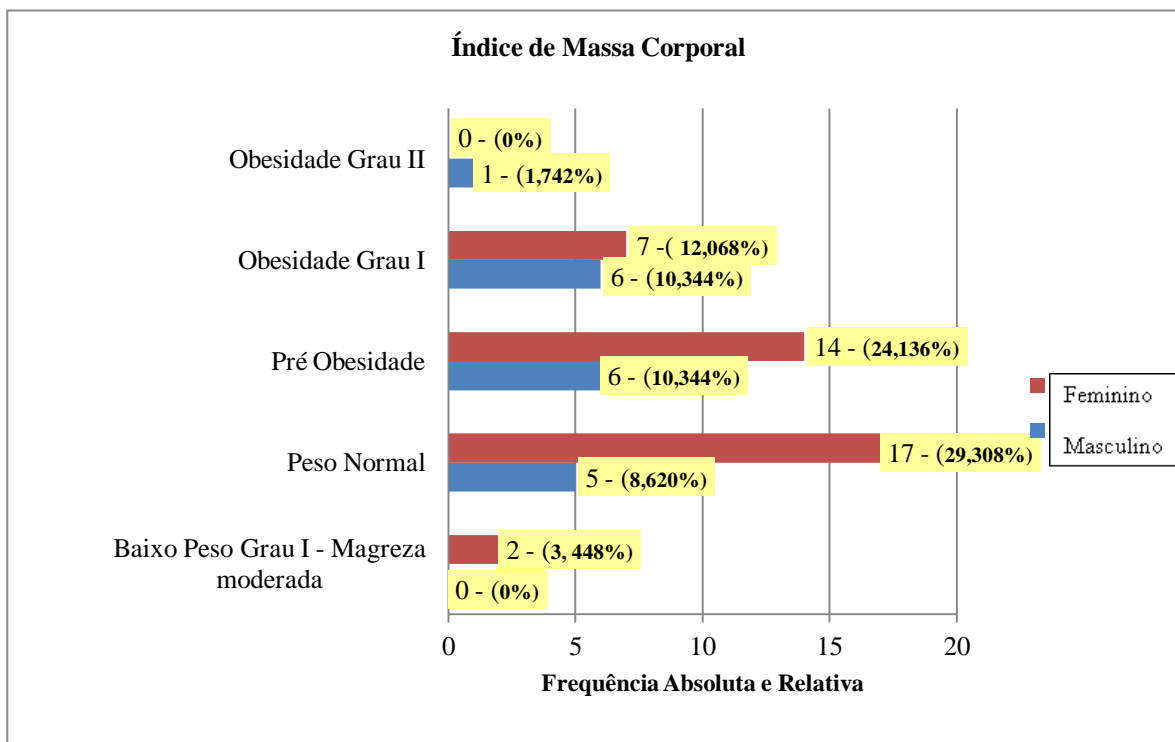
As variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas. Como variáveis em estudo foram obtidas por observação direta o peso e a estatura que nos permitiram posteriormente calcular o IMC e ainda foram monitorizados os valores de PA.

Como a amostra em estudo apresentava poucos elementos optou-se pela colocação de uma tabela para a apresentação das variáveis peso e estatura que foram observadas diretamente e que posteriormente após a transformação das duas variáveis permitiu a avaliação do IMC dos elementos que compoñham a amostra.

Tabela nº2 – Peso, Estatura e Cálculo do IMC da amostra

Codificação	Peso Atual (Kg)	Estatura (Cm)	IMC
1	55	1,56	22,6
2	80	1,65	29,4
3	85	1,62	32,3
4	70	1,75	22,8
5	66,8	1,68	23,7
6	60	1,6	23,4
7	57,6	1,7	19,9
8	70,9	1,7	24,5
9	56,5	1,57	22,9
10	122,1	1,96	31,8
11	63,7	1,51	27,9
12	78,6	1,55	32,7
13	102	1,7	35,3
14	72	1,68	25,5
15	97,8	1,83	29,2
16	76	1,55	31,6
17	95,8	1,75	31,3
18	74	1,6	28,9
19	74	1,82	22,3
20	82,5	1,78	26
21	98,7	1,8	30,5
22	89,1	1,72	30,1
23	86,9	1,75	28,4
24	55	1,58	22
25	96	1,7	33,2
26	80,4	1,65	29,5
27	101,2	1,72	34,2
28	84	1,58	33,6
29	69,4	1,63	26,1
30	78,4	1,62	29,8
31	73,2	1,57	29,7
32	81	1,54	34,1
33	68,3	1,53	29,2
34	59,2	1,73	19,8
35	60,8	1,55	25,3
36	68,5	1,7	23,7
37	53	1,65	19,5
38	57,3	1,69	20
39	62	1,52	26,8
40	85,2	1,72	28,8
41	85	1,65	31,2
42	62	1,59	24,5
43	57	1,62	21,7
44	80	1,71	27,3
45	76	1,81	23,1
46	61,6	1,64	22,9
47	58	1,67	20,7
48	75	1,71	25,6
49	47	1,61	18,1
50	70	1,66	25,4
51	110	1,84	32,4
52	87,5	1,74	28,9
53	51	1,67	18,3
54	60	1,54	25,3
55	73	1,75	23,8
56	61,2	1,57	24,8
57	65	1,65	23,9
58	57,1	1,74	18,8

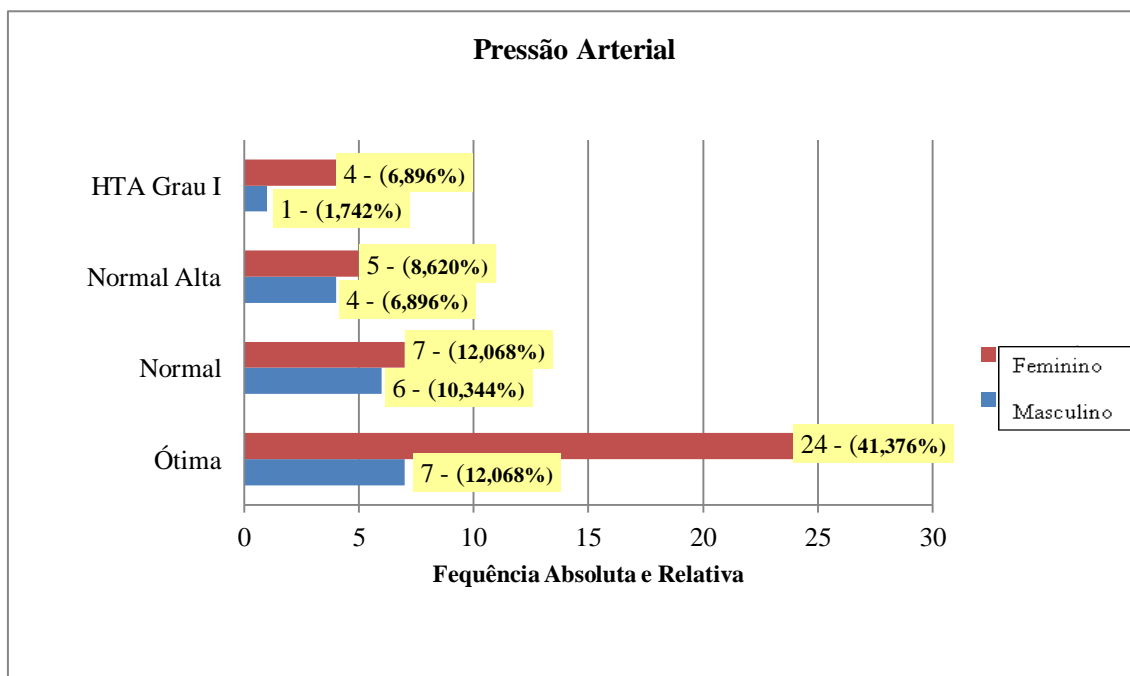
Gráfico nº7 – Índice de Massa Corporal



Pela análise do gráfico exposto acima constata-se que a amostra é constituída maioritariamente por elementos de peso normal correspondendo a 37,928% (n= 22 elementos) da amostra dos quais 8,620% (n= 5 elementos) pertencem ao género masculino e 29,308% (n=17 elementos) pertencem ao género feminino. No entanto existem em situação de pré obesidade 34,480% (n= 20 elementos) dos quais 10,344% (n=6 elementos) pertencem ao género masculino e 24,136% (n=14 elementos) pertencem ao género feminino.

Verifica-se ainda que 22,4% da amostra estão em situação de obesidade grau I dos quais 10,344% (n=6 elementos) pertencem ao género masculino e 12,068% (n= 7 elementos) pertencem ao género feminino, existe ainda um homem com obesidade Grau II que representa 1,742% da amostra.

Gráfico nº8 – Pressão Arterial



Através da análise do gráfico acima verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por elementos com PA ótima correspondendo a 53,444% (n= 31 elementos) dos quais 41,376% (n=24 elementos) pertencem ao género feminino e 12,068% (n=7 elementos) pertencem ao género masculino, verifica-mos ainda que 22,412% da amostra (n= 13 elementos) apresentam PA Normal dos quais 12,068% (n=7 elementos) pertencem ao género feminino e 10,344% (n=6 elementos) pertencem ao género masculino.

Existem ainda 15,516% (n=9 elementos) da amostra com PA normal alta dos quais 6,896% (n=4 elementos) pertencem ao género masculino e 8,620% (n=5 elementos) pertencem ao género feminino. Pode-se ainda verificar que 8,620% (n=5 elementos) da amostra apresenta HTA Grau I dos quais 1,724% (n=1 elemento) pertence ao género masculino e 6,896% (n= 4 elementos) pertence ao género feminino.

Tabela nº3 – Relação entre Índice de Massa Corporal, classe etária e género

IMC	[19-29[		[29-39[		[39-49[		[49-59[		[59-69]		Total
	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	
Baixo Peso Grau I <i>Magreza moderada</i>	0	2 (3,448%)	0	0	0	0	0	0	0	0	2 (3,448%)
Peso Normal	4 (6,896%)	12 (20,688%)	0	2 (3,448%)	0	2 (3,448%)	1 (1,724%)	1 (1,724%)	0	0	22 (37,928%)
Pré Obesidade	1 (1,724%)	4 (6,896%)	1 (1,724%)	1 (1,724%)	2 (3,448%)	5 (8,620%)	2 (3,448%)	2 (3,448%)	0	2 (3,448%)	20 (34,480%)
Obesidade Grau I	2 (3,448%)	0	0	2 (3,448%)	2 (3,448%)	2 (3,448%)	2 (3,448%)	0	0	3 (5,172%)	13 (22,412%)
Obesidade Grau II	0	0	0	0	0	0	1 (1,724%)	0	0	0	1 (1,724%)
Total	7 (12,068%)	18 (31,032%)	1 (1,742%)	5 (8,620%)	4 (6,896%)	9 (15,516%)	6 (10,344%)	3 (5,172%)	0	5 (8,620%)	58 (99,992%)

Após a análise da tabela pode-se concluir que o valor de IMC pode estar relacionado com classe etária e com o género. Verifica-se que a maior parte da amostra apresenta peso normal 37,928% (n=22 elementos) da amostra. É importante também analisar que na amostra existe um número muito preocupante de elementos que se encontram com Pré Obesidade e Obesidade Grau I correspondendo respetivamente as percentagens de 34,480% da amostra (n=20 elementos), e 22,412% da amostra (n= 13 elementos), Existe ainda a referência de 1 individuo que se encontra com obesidade grau II representando 1,724% da amostra.

Tabela nº4 – Relação Pressão Arterial, classe etária e género

PA	[19-29[		[29-39[		[39-49[		[49-59[		[59-69]		Total
	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	
<u>Ótima</u>	4 (6,896%)	14 (24,136%)	1 (1,472%)	3 (5,172%)	1 (1,472%)	2 (3,448%)	2 (3,448%)	2 (3,448%)	0	3 (5,172%)	32 (55,168%)
<u>Normal</u>	1 (1,472%)	4 (6,896%)	0	1 (1,472%)	2 (3,448%)	2 (3,448%)	1 (1,472%)	0	0	2 (3,448%)	13 (22,412%)
<u>Normal Alta</u>	2 (3,448%)	0	0	0	1 (1,472%)	3 (5,172%)	2 (3,448%)	0	0	0	8 (13,792%)
<u>HTA Grau I</u>	0	0	0	1 (1,472%)	0	2 (3,448%)	1 (1,472%)	1 (1,472%)	0	0	5 (8,620%)
Total	7 (12,068%)	18 (31,032%)	1 (1,472%)	5 (8,620%)	4 (6,896%)	9 (15,516%)	6 (10,344%)	3 (5,172%)	0	5 (8,620%)	58 (99,992%)

Quando se associa os valores de PA com o género e a classe etária verifica-se que os valores podem estar relacionados. Verifica-se que a maioria dos indivíduos da amostra, 55,168% (n= 32 elementos) independentemente do género e da classe etária apresentam PA ótima 22,412% (n=13 elementos), apresenta PA normal. Relativamente à PA normal alta e HTA Grau I verifica-se também uma percentagem significativa de elementos da amostra 13,792% (n=8 elementos) e 8,620% (n=5 elementos) respetivamente. Verifica-se ainda que quanto mais elevada a faixa etária, mais elevada é a percentagem de elementos com esses valores de PA, que são tendencialmente superiores no género feminino quando analisamos os valores PA normal alta em que temos 5,172% (n=3 elementos) do género feminino e HTA grau I em que temos 6,896% (n=4 elementos) do género feminino.

Tabela nº5 – Relação entre Índice de Massa Corporal e Pressão Arterial em função do Género

PA	Ótima		Normal		Normal Alta		HTA Grau I		Total
IMC	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	
Baixo Peso Grau I Magreza moderada	0	2 (3,448%)	0	0	0	0	0	0	2 (3,448%)
Peso Normal	1 (1,472%)	11 (18,964%)	3 (5,172%)	4 (6,896%)	1 (1,472%)	2 (3,448%)	0	0	22 (37,928%)
Pré Obesidade	3 (5,172%)	6 (10,344%)	1 (1,472%)	3 (5,172%)	2 (3,448%)	2 (3,448%)	0	3 (5,172%)	20 (34,480%)
Obesidade Grau I	2 (3,448%)	4 (6,896%)	2 (3,448%)	2 (3,448%)	1 (1,472%)	0	1 (1,472%)	1 (1,472%)	13 (22,412%)
Obesidade Grau II	0	0	0	0	1 (1,472%)	0	0	0	1 (1,472%)
Total	6 (10,344%)	23 (39,652%)	6 (10,344%)	9 (15,516%)	5 (8,620%)	4 (6,896%)	1 (1,472%)	4 (6,896%)	58 (99,992%)

De acordo com a tabela acima pode-se concluir que existe relação entre o IMC e a PA. Verifica-se que quanto maior é a classificação do valor de IMC maiores são os valores de classificação da PA. Verifica-se que 58,616% (n=34 elementos) da amostra estão acima do peso normal, apresentando valores de IMC classificados como pré-obesidade, 34,480% (n=20 elementos), obesidade grau I, 22,412% (n=13 elementos) e obesidade grau II, 1,472% (n= 1 elemento) sendo estes 22,412% (n=13 elementos) do género masculino e 36,204% (n= 21 elementos) do género feminino. Dos 58 elementos da amostra, 14 elementos apresentam valores de PA acima dos parâmetros normais. Verifica-se também que 41,376% da amostra (n=24 elementos) apresentam baixo peso grau I, 3,448% (n=2 elementos) e 37,928% (n=22 elementos) apresentam peso normal. Dentro destes 24 elementos somente 5,172% (n= 3 elementos) apresentam valores de PA alta, sendo 1 elemento do género masculino (1,472%) e 2 do género feminino (3,448%).

3- Discussão dos resultados obtidos

Após a apresentação e análise dos resultados pode-se então constatar que a amostra em estudo é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos de idade correspondendo a 43,100% da amostra (n=25 elementos) dos quais 12,068% (n=7 elementos) são do género masculino e 31,032% (n=18 elementos) são do género feminino. Assim sendo, a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino com idade compreendida entre os 19 e 29 anos de idade.

De acordo com os resultados obtidos pelos censos em 2011, Portugal apresentava cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tinha 65 ou mais anos de idade. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominavam os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência invertia-se e passavam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres era de 28,5% e a de homens era de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verificava a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8%. A relação de masculinidade apurada através dos Censos 2011 acentuou o predomínio do número de mulheres face ao de homens. Em 2011 a relação de masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres enquanto este indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres.

Os resultados obtidos no presente projeto de investigação vão de acordo aos resultados apurados nos censos de 2011.

No que se constata relativamente ao estado civil a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos que se encontram casados ou numa união de facto correspondendo a 46,548% (n= 27 elementos) da amostra, dos quais 18,964% (n=11 elementos) são do género masculino e 27,584% (n= 16 elementos) são do género feminino, seguindo-se os indivíduos que se encontram solteiros correspondendo a

43,100% (n=25 elementos) da amostra dos quais 10,344% (n=6 elementos) são do género masculino e 32,756% (n=19 elementos) são do género feminino.

Em consonância com os censos de 2011, o maior grupo da população (47%) era casado. O grupo dos indivíduos solteiros era o 2º mais representativo com 40%. As restantes categorias do estado civil, divorciado e viúvo, apareciam com uma expressão muito menor, respetivamente 6% e 7%. A composição do estado civil por sexo segue genericamente o mesmo padrão. O estado civil de casado predomina tanto no grupo dos homens como no das mulheres e o grupo dos solteiros é o segundo mais importante estado civil em ambos os sexos. No grupo dos solteiros predominavam os homens com 51,6% contra 48,4% de mulheres. Outra das diferenças entre homens e mulheres diz respeito ao estado civil de divorciado e de viúvo. As mulheres eram maioritárias, com 58,6% do total da população divorciada e 81% da população viúva.

Os resultados obtidos no presente projeto de investigação vão de acordo com os resultados apurados nos censos de 2011.

Relativamente as habitações literárias, a amostra é constituída maioritariamente com elementos que apresentam até o 12 ano de escolaridade como habilitações literárias correspondendo a 37,928% (n= 22 elementos) da amostra dos quais 15,516% (n=9 elementos) são do género masculino e 22,413% (n=13 elementos) são do género feminino, seguindo-se do ensino superior correspondendo a 27,584% (n=16 elementos) da amostra dos quais 1,724% (n=1 elemento) são do género masculino e 25,860% (n=15 elementos) são do género feminino.

Os Censos 2011 dizem – nos que em Portugal, a população que apresentava o ensino superior representava cerca de 12% e a população e a que possuía o ensino secundário completo representa cerca de 13%. Os níveis de instrução correspondentes ao 3º e 2º ciclo atingiam cerca de 16% e 13% da população, respetivamente. O ensino básico 1º ciclo correspondia ao nível de ensino mais elevado e concluído por 25% da população. Enquanto a população sem qualquer nível de ensino correspondia a 19%. De acordo

com os mesmos as qualificações mais elevadas verificam-se nas mulheres. Do total da população que possuía o ensino superior completo, cerca de 61% são mulheres. Esta situação repete-se também para o ensino secundário, com predomínio das mulheres (52%). No caso do 2º ciclo e 3º ciclo, a percentagem de homens é superior à das mulheres. Para o nível de ensino básico 1º ciclo voltam a predominar as mulheres com 51,8% do total da população. Sem qualquer nível de ensino, a percentagem de mulheres é de 56,5%. Em termos da escolarização por sexos, cerca de 14% da população feminina possui um curso superior, enquanto na população masculina este indicador é cerca de 10%. A percentagem da população masculina que possui o ensino básico 1º e 2º ciclo é de respetivamente 15% e 17%, enquanto estes indicadores correspondem a 12% e 14% no caso da população feminina. Também se assinala que há cerca de 21% de mulheres que não possuem qualquer nível de ensino, contra 17% de homens que se encontram nesta situação.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2009) em 2005, a prevalência de residentes obesos era mais elevada na população com menos de 5 anos de escolaridade completados (21,4%), sendo a dissemelhança mais expressiva quando comparada com aqueles que terminaram pelo menos o atual ensino básico aos quais correspondia uma estimativa de obesos de 6,1%.

Os resultados obtidos estão de acordo com os resultados obtidos pelos censos de 2011 e pelo Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

Durante a análise de dados destetou-se que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos sem antecedentes pessoais de doença correspondendo a 63,788% (n=37 elementos) da amostra seguindo-se da Hipertensão Arterial correspondendo a 17,240% (10 elementos) da amostra.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2009) em 2005 sobre a condição de obesidade que constitui uma doença crónica, apenas 3,8% dos residentes em Portugal referiram ter ou já terem tido este problema. De acordo com o Inquérito Nacional de

Saúde realizado em 2005/2006, a doença crónica mais frequente é a tensão arterial alta, tendo sido referida por 19,8% de residentes em Portugal. As mulheres mencionaram este problema com mais frequência, 23,2%, do que os homens, com 16,1%. Para ambos os sexos, observaram-se frequências superiores a 80% a partir do grupo etário 45-54 anos.

Segundo Gomes (2003), diretamente associados a uma pressão arterial (PA) elevada estão diversos fatores de risco, tais como a idade, a raça, a obesidade, o consumo de tabaco, o excesso de álcool ou um estilo de vida sedentário. Por sua vez, a HTA surge como fator de risco modificável associado às doenças cardiovasculares

Segundo Oliveira et al (2009), a obesidade íntegra o conjunto das Doenças Crônicas não Transmissíveis cujo bloco abarca ainda diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, enfarte do miocárdio e alguns tipos de cancro. Esse bloco de doenças constitui um dos principais problemas de saúde no mundo, pela alta ocorrência e pela expressão no padrão de morbilidade adulta.

Estes resultados estão de acordo com os obtidos no presente projeto de investigação.

Relativamente a toma de medicação habitual constata-se que a amostra é constituída maioritariamente por elementos que não apresentam toma de medicação diária no último ano correspondendo a 67,236% (n= 39 elementos) da amostra dos quais 49,996% (n=29 elementos) são do género feminino e 17,240 % (n= 10 elementos) são do género masculino, seguindo-se com igual percentagem a toma de medicação anti hipertensora, insulinas, antidiabéticos orais e glucagom com 6,896% (n= 4 elementos) no género masculino e 3,448% (n=2 elementos) no género feminino respetivamente que se encontram de acordo com os resultados obtidos pelo Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge em 2014, em Portugal, onde a prevalência de hipertensão arterial ou de uso de medicamentos anti hipertensores em adultos com idades superiores ou iguais a 25 anos foi estimado em aproximadamente 41,9% (46,5% nos homens e 37,4% nas mulheres).

Após a monitorização do IMC a partir do peso e estatura que foram obtidos diretamente conclui-se que a amostra é constituída maioritariamente por elementos de peso normal correspondendo a 37,928% (n= 22 elementos) da amostra dos quais 8,620% (n= 5 elementos) pertencem ao género masculino e 29,308% (n=17 elementos) pertencem ao género feminino. No entanto existem em situação de pré obesidade 34,480% (n= 20 elementos) dos quais 10,344% (n=6 elementos) pertencem ao género masculino e 24,136% (n=14 elementos) pertencem ao género feminino. Verifica-se ainda que 22,4% da amostra estão em situação de obesidade grau I dos quais 10,344% (n=6 elementos) pertencem ao género masculino e 12,068% (n= 7 elementos) pertencem ao género feminino, existe ainda um homem com obesidade Grau II que representa 1,742% da amostra.

Estes resultados estão de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2009) onde em 2005, 45,6% dos residentes adultos em Portugal, indicaram peso e altura compatíveis com um Índice de Massa Corporal adequado (IMC 18,5 kg/m² a 24,9kg/m²), os quais eram mais frequentes no sexo feminino, com 48,4%, do que no sexo masculino, com 42,4%. A proporção de adultos residentes no país com excesso de peso era em 2005 de 35,7%, correspondendo 17,1% a excesso de peso de grau I, e 18,6% a excesso de peso de grau II.

Francischetti (2007), considerava que o ganho de peso excessivo era a causa mais comum de hipertensão arterial. E que essa associação vinha sendo observada em várias populações, em diferentes regiões do mundo.

Para Teles (2008, pág.33), a prevalência de obesidade é elevada, em todos os países que foi estudada, e tem vindo a aumentar progressivamente em crianças e adultos. Na Europa a prevalência de obesidade é de 10% a 25% na maioria dos países e, nalguns países da América atinge os 20% a 25%.

Seguindo o mesmo autor, num outro estudo realizado entre 1960 e 1990, em jovens de 20 anos de idade, durante a inspeção militar, verificou-se um aumento progressivo da prevalência do pré obesidade e da obesidade.

Relativamente a PA conclui-se que a amostra era constituída maioritariamente por elementos com PA ótima correspondendo a 53,444% (n= 31 elementos) dos quais 41,376% (n=24 elementos) pertencem ao género feminino e 12,068% (n=7 elementos) pertencem ao género masculino, verifica-mos ainda que 22,412% da amostra (n= 13 elementos) apresentam PA Normal dos quais 12,068% (n=7 elementos) pertencem ao género feminino e 10,344% (n=6 elementos) pertencem ao género masculino. Existem ainda 15,516% (n=9 elementos) da amostra com PA normal alta dos quais 6,896% (n=4 elementos) pertencem ao género masculino e 8,620% (n=5 elementos) pertencem ao género feminino. Podemos ainda verificar que 8,620% (n=5 elementos) da amostra apresenta HTA Grau I dos quais 1,724% (n=1 elemento) pertence ao género masculino e 6,896% (n= 4 elementos) pertence ao género feminino.

De acordo com a DGS (2013) o diagnóstico de HTA define-se, em avaliação em consultório, como a elevação persistente, e várias medições e em diferentes ocasiões (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da (PAD) igual ou superior a 90 mmHg.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2009) a nível mundial, em 2008, a prevalência de hipertensão arterial em adultos com idade igual ou superior a 25 anos era cerca de 40%.

Conclui-se que o valor de IMC pode estar relacionado com classe etária e com o género. Verifica-se que a maior parte da amostra apresenta peso normal 37,928% (n=22 elementos) da amostra. É importante também analisar que na amostra existe um número muito preocupante de elementos que se encontram com Pré Obesidade e Obesidade Grau I correspondendo respetivamente as percentagens de 34,480% da amostra (n=20 elementos), e 22,412% da amostra (n= 13 elementos), Existe ainda a referência de 1 individuo que se encontra com obesidade grau II representando 1,724% da amostra.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2009), em 2005, 15,2% dos residentes adultos (18 e mais anos) em Portugal eram obesos. A prevalência de mulheres com obesidade, 16,0%, era ligeiramente superior à verificada para os homens, 14,3%. Independentemente do sexo, a proporção de indivíduos com obesidade aumentava com a idade, sobressaindo a evolução da prevalência de obesos entre os grupos etários 35-44 anos (12,8%) e nos três grupos etários subsequentes (22% para o conjunto das idades compreendidas entre 45 e 74 anos).

Associados os valores de PA com o género e a classe etária verifica-se que os valores podem estar relacionados. Verifica-se que a maioria dos indivíduos da amostra, 55,168% (n= 32 elementos) independentemente do género e da classe etária apresentam PA ótima 22,412% (n=13 elementos), apresenta PA normal. Relativamente à PA normal alta e HTA Grau I verifica-se também uma percentagem significativa de elementos da amostra 13,792% (n=8 elementos) e 8,620% (n=5 elementos) respetivamente. Verifica-se ainda que quanto mais elevada a faixa etária, mais elevada é a percentagem de elementos com esses valores de PA, que são tendencialmente superiores no género feminino quando analisamos os valores PA normal alta em que temos 5,172% (n=3 elementos) do género feminino e HTA grau I em que temos 6,896% (n=4 elementos) do género feminino.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2009) o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006, diz-nos que a doença crónica mais frequente é a tensão arterial alta, tendo sido referida por 19,8% de residentes em Portugal. As mulheres mencionaram este problema com mais frequência, 23,2%, do que os homens, com 16,1%. Para ambos os sexos, observaram-se frequências superiores a 80% a partir do grupo etário 45-54 anos.

Para concluir a análise e discussão de resultados relacionou-se o IMC e a PA em função do género e verifica-se que quanto maior é a classificação do valor de IMC maiores são os valores de classificação da PA. Verifica-se que 58,616% (n=34 elementos) da amostra estão acima do peso normal, apresentando valores de IMC classificados como

pré-obesidade, 34,480% (n=20 elementos), obesidade grau I, 22,412% (n=13 elementos) e obesidade grau II, 1,472% (n= 1 elemento) sendo estes 22,412% (n=13 elementos) do género masculino e 36,204% (n= 21 elementos) do género feminino. Dos 58 elementos da amostra, 14 elementos apresentam valores de PA acima dos parâmetros normais. Verifica-se também que 41,376% da amostra (n=24 elementos) apresentam baixo peso grau I, 3,448% (n=2 elementos) e 37,928% (n=22 elementos) apresentam peso normal. Dentro destes 24 elementos somente 5,172% (n= 3 elementos) apresentam valores de PA alta, sendo 1 elemento do género masculino (1,472%) e 2 do género feminino (3,448%).

Galvão (2002), considerava que a prevalência do estado hipertensivo aumenta entre pacientes com excesso de peso e a gravidade da hipertensão parece relacionar-se diretamente com o grau de gordura corporal e com o padrão de distribuição predominantemente visceral.

De acordo com a DGS (2013) as doenças cardiovasculares continuam a ser em Portugal, a principal causa de morte e responsáveis por 32% do total dos óbitos. Segundo o estudo português “The PAP study”, 21% da população em Portugal tem excesso de peso e desses 16% são obesos e 42% tem Hipertensão Arterial.

Teles (2008, pág.38), define a obesidade como fator de risco independente para a doença coronária pode ser contestado, dada a sua associação com outros fatores de risco metabólicos. No entanto os resultados de estudo recentemente publicados permitem verificar que, dos nove fatores de risco que explicam 90% dos enfartes do miocárdio, sete estão relacionados com a pré-obesidade/ obesidade e podem ser beneficemente influenciados pelo emagrecimento.

Segundo o mesmo autor (2008, pág.39), no que se refere à pressão arterial (PA), verifica-se habitualmente uma redução da pressão arterial sistólica (PAS) e da pressão arterial diastólica (PAD), com a diminuição do peso. Essa redução, para perdas de peso

de 10kg, pode cifrar-se numa diminuição da PAD em cerca de 3.6 mmHg. Reduções de 10% do peso inicial podem determinar decréscimo da PAD em cerca de 6 mmHg.

Conforme Fuchs (2008, pág.29),

A obesidade apresenta taxas crescentes e perfil epidémico em muitos países. Atualmente 65% dos indivíduos adultos americanos apresentam sobrepeso, e 31% são obesos. Além de frequente a obesidade associa-se a elevação de níveis de pressão arterial e outras doenças não transmissíveis. A associação entre obesidade e hipertensão arterial é reconhecida a muitos anos e tem sido demonstrada em estudos transversais e longitudinais.

Segundo o mesmo autor, a relação entre adiposidade e pressão arterial parece ser linear, mas a intensidade da associação varia entre diferentes etnias. A estimativa de risco a partir do estudo de Framingham (Framingham Heart Study, 2006) sugere que aproximadamente 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão atribuída diretamente a sobrepeso e obesidade.

Para Fuchs (2008, pág.30),

A hipertensão em indivíduos obesos, mais do que um caso particular deveria ser considerada a forma mais comum de hipertensão primária. Inúmeros estudos, mas não todos, sugerem que obesidade central está mais fortemente associada aos níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos obesos com acúmulo de gordura central frequente apresentam um agregado de fatores de risco para doença coronária, no qual se inclui a hipertensão, o que constitui a chamada síndrome metabólica (...) O ganho de peso esta fortemente associado ao aumento da pressão arterial, e este está diretamente relacionado com a magnitude do ganho de peso. O ganho de peso, mesmo que moderado este associado a maior risco de desenvolver hipertensão. Contudo, há considerável variabilidade na resposta pressórica ao ganho de peso, e nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. A perda de peso, por outro lado, acarreta redução da pressão arterial.

Em forma de conclusão geral, após a análise e discussão de resultados, e da realização da relação descritiva das variáveis concluímos que:

- O valor de IMC pode estar relacionado com classe etária e com o género.
- O valor de PA pode estar relacionado com classe etária e com o género.
- Existe relação entre o IMC e a PA.

IV- Conclusão

Com a realização do presente projeto de investigação o investigador teve como principal objetivo investigar se existia relação entre os valores de IMC e a variação dos níveis de PA nos adultos de Ponte de Lima e se estes poderiam ser influenciados ou não pela faixa etária e pelo género.

Após a análise e discussão dos resultados do presente projeto conclui-se que:

- O valor de IMC pode estar relacionado com classe etária e com o género, pois após a análise dos resultados verificou-se que a maior parte da amostra apresentava peso normal 37,928% (n=22 elementos). Analisou-se também que na amostra existia um número muito preocupante de elementos que se encontram com Pré Obesidade e Obesidade Grau I correspondendo respetivamente as percentagens de 34,480% da amostra (n=20 elementos), e 22,412% da amostra (n= 13 elementos), e ainda a referência de 1 indivíduo que se encontrava com obesidade grau II representando 1,724% da amostra.
- O valor de PA pode estar relacionado com classe etária e com o género porque Verificou-se que a maioria dos indivíduos da amostra, 55,168% (n= 32 elementos) independentemente do género e da classe etária apresentam PA ótima e 22,412% (n=13 elementos), apresenta PA normal. Relativamente à PA normal alta e HTA Grau I verificou-se também uma percentagem significativa de elementos da amostra 13,792% (n=8 elementos) e 8,620% (n=5 elementos) respetivamente. Verificou-se ainda que quanto mais elevada é a faixa etária, mais elevada é a percentagem de elementos com esses valores de PA, que são tendencialmente superiores no género feminino quando analisamos os valores PA normal alta em que temos 5,172% (n=3 elementos) do género feminino e HTA grau I em que temos 6,896% (n=4 elementos) do género feminino.

- Existe relação entre o IMC e a PA pois verificou-se que quanto maior é a classificação do valor de IMC maiores são os valores de classificação da PA. Verificou-se também que 58,616% (n=34 elementos) da amostra estão acima do peso normal, apresentando valores de IMC classificados como pré-obesidade, 34,480% (n=20 elementos), obesidade grau I, 22,412% (n=13 elementos) e obesidade grau II, 1,472% (n= 1 elemento) sendo estes 22,412% (n=13 elementos) do género masculino e 36,204% (n= 21 elementos) do género feminino. Dos 58 elementos da amostra, 14 elementos apresentavam valores de PA acima dos parâmetros normais. Verificou-se também que 41,376% da amostra (n=24 elementos) apresentavam baixo peso grau I, 3,448% (n=2 elementos) e 37,928% (n=22 elementos) apresentavam peso normal. Dentro destes 24 elementos somente 5,172% (n= 3 elementos) apresentam valores de PA alta, sendo 1 elemento do género masculino (1,472%) e 2 do género feminino (3,448%).

Como sugestões propõe-se que seja efetuado um novo estudo com as mesmas variáveis, mas com uma amostra aleatória e maior, para ser representativa da população em estudo, a fim de se poder realizar um estudo correlacional e os resultados possam ser mais conclusivos

A concretização do presente projeto de investigação foi muito benéfica pois permitiu um alargamento de conhecimentos e práticas tanto a nível do conhecimento científico do tema como da construção de um projeto de investigação.

Para concluir fica a enorme vontade de continuar a investigar nesta área de estudo de forma a manter a atualização da informação acerca do assunto tendo como finalidade a educação para a saúde das populações adultas de modo a facilitar a promoção da sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Borges, C. e Silva, PÁG. (2008). *O Livro da Hipertensão – Conhecer, prevenir e tratar*. Lisboa, A Esfera dos Livros.
- Coutinho C.PÁG. (2014) *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas Teoria e Prática* (2ºed.). Coimbra. Almedina.
- DGS (2004). Circular Normativa – Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial.
- DGS (2013). Norma da Direção - Geral da Saúde- Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial.
- DGS (2013). Orientação da Direção Geral da Saúde – Avaliação antropométrica no adulto.
- DGS (2016). A Hipertensão Arterial em Portugal. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal-.aspx>>. [Consultado em 27 de Maio de 2016].
- DGS (2015). Plano Nacional de Saúde.
- Farah, O. & Sá, A. (2008). *Psicologia aplicada à Enfermagem*. 1ªedição brasileira - 2008 ed. Brasil: Manole Ltda.
- Fonseca, S., Canha, L., Simões, C. & Matos, M. (1996). *Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses*.

- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.
- Francischetti, E. A. & Genelhu, V. A. (2007). Obesity–hypertension: an ongoing pandemic. *International Journal of Clinical Practice*.
- Fuchs, F., Nobre, F., Amodeo, C. & Brandão, A. (2006). *Hipertensão*. Brasil: Elsevier Editora Ltda.
- Galvão, R. & Osvaldo, K. J.(2002). Hipertensão arterial no paciente obeso. *Rev Bras Hipertens*, Volume 9.
- Gomes, A. T., Coelho, PÁG. & Pereira, A., s.d. Prevalência de Hipertensão Arterial na População Adulta do Concelho da Covilha.
- Hulley S.B.& Cummings S.R.& Browner W.S.& Grady D.G. & Newman T.B. (2008) *Delineando a Pesquisa Clínica uma abordagem epidemiológica*. São Paulo. Artmed.
- Instituto Nacional de Estatística, I.PÁG. (2010).Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística, I.PÁG. (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. 2011 ed. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.PÁG.
- Jorge, I. N. d. S. D. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.PÁG.
- Jorge, I. N. d. S. D. (2014). *Prevalência e Incidência de Hipertensão arterial na população portuguesa*.
- Lakatos E.M & Marconi, M.A. (2007). *Técnicas de Pesquisa* (6ªed.) São Paulo: Atlas.

- Mallete, Y. (2006). *Hipertensão a assassina silenciosa*. Sintra, Editora Saber Viver.
- Navarro E. & Longo E. (2002). *Manual Dietoterápico*. Artmed.
- Oliveira, L. et al. (2009). Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*.
- Pessoa, F., s.d. *Kd Frases*. [Em linha]. Disponível em: <<http://kdfrases.com/frase/141739>>. [Consultado em 29 Maio 2016].
- Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B., (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem; Métodos de avaliação e utilização*. (5ªed.) Porto Alegre, Artmed Editora
- Polónia J.& Carmona J. & Saavedra J. (2008). *A Hipertensão Arterial na Prática Clínica*. Lisboa. Cortex.
- *Prontuário Terapêutico* (2013). Infarmed.
- Queiróz, A.A, Meireles, M.A. & Cunha, S.R. (2007). *Investigar para compreender*. Loures. Lusodidacta.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Editora Gradiva.
- Ribeiro J.L.P (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (3ªed.) Porto: Livpsic.

- Sousa, F. (2008). O que é “ser adulto”? As práticas e representações sociais – A Sociologia do Adulto. *VI Congresso Português de Sociologia*, 25 a 28 Junho. Issue População, Gerações e Ciclos de Vida.
- Taylor C. & Lillis C.& LeMone PÁG. (2007) *Fundamentos de Enfermagem, A arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. Artmed.
- Teles G.A & Reis L.PÁG.J. & Dias T. (2008) *Obesidade Prevenção e Terapêutica*. Editorial Presença.
- Texto editora. (1995) *Dicionário Universal de Língua Portuguesa*. Porto. Universal.
- Universidade Fernando Pessoa (2016). Norma de estilo para teses de doutoramento 2013. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufpág.pt/docs/Normas-de-estilo-para-teses-de-doutoramento-20131.pdf>>.[Consultado em 10 de Maio de 2016].
- Vieira M. (2009). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Anexos

Anexo 1 – Declaração Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Conforme a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008).

Ana Isabel Sequeiros de Matos Lima, estudante, a frequentar o 4º ano do curso de Enfermagem Universidade Fernando Pessoa, propõe-se realizar um estudo subordinado ao problema associação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a Variação dos Níveis De PA nos adultos de Ponte de Lima.

Objetivo principal do estudo: Conhecer a associação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a Variação dos Níveis De PA nos adultos de Ponte de Lima.

Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados:

- Aplicação direta de um Questionário para recolha de informação sobre as Variáveis Sócio Demográficas.
- Observação direta da PA, Peso e Estatura e registo no guia de observação.

O estudo tem como finalidade: Perceber qual a associação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a Variação dos Níveis De PA nos adultos de Ponte de Lima e Servir de documento de avaliação para a Conclusão do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem.

Benefícios do Estudo: Dar conhecimento do Índice de Massa Corporal e da PA através da sua avaliação e alertar para a sua situação de saúde, Informar sobre a situação de saúde em relação ao Índice de Massa Corporal, e PA e caso existam riscos encaminhar para os serviços de saúde

Eu, abaixo-assinado, -----

, Tomei conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, que versou os objetivos, os métodos a sua finalidade e o que tenho que fazer para participar no estudo. A informação dada para o estudo será apenas a que eu entender dar, com a garantia de que será respeitada a confidencialidade dos dados no momento da divulgação dos resultados.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de interromper a minha participação a todo o tempo no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o instrumento proposto pelo investigador.

Data: ___ / _____ / 20__

Assinatura do participante: _____

Investigador responsável:

Nome: Ana Isabel Sequeiros de Matos Lima

Assinatura:

Anexo 2 – Questionário

QUESTIONÁRIO

Este questionário permite a recolha de informação para a concretização de um estudo de investigação com o objetivo de conhecer a associação entre os valores de Índice de Massa Corporal e a Variação dos Níveis de PA nos adultos de Ponte de Lima.

Neste âmbito solicita-se a sua colaboração voluntaria no preenchimento das questões que se apresentam.

Instruções de preenchimento:

O questionário é anonimo e confidencial pelo que não deverá escrever nenhuma informação que o identifique neste documento.

Para responder ao questionário deve:

- Colocar uma cruz na quadrícula correspondente à sua resposta;
- Colocar todas as dúvidas à investigadora – ela estará presente para o apoiar durante a sua participação;
- Verificar se preencheu todas as respostas antes de entregar o documento.

Agradeço a sua colaboração,

A aluna responsável pela investigação:

Ana Isabel Sequeiros de Matos Lima

(Aluna do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem)

DADOS PESSOAIS

Sexo

M

F

Idade _____ anos

Estado Civil

Casado/União de facto
Viúvo

Solteiro
Divorciado/Separado

Habilitações Literárias

4° ano
12° ano
Outro

9° ano
Licenciatura

Qual? _____

Profissão atual _____

ANTECEDENTES PESSOAIS DE DOENÇA

Antecedentes Pessoais de doença _____

Medicação diária no último ano _____

Muito obrigada pelo tempo despendido e pelo contributo que deu a esta investigação!

A aluna responsável pela investigação:

Ana Isabel Sequeiros de Matos Lima
(Aluna do 4° Ano da Licenciatura em Enfermagem)

Anexo 3 – Guia de Observação Direta

GUIA DE OBSERVAÇÃO DIRETA

(Garantir a normalização dos procedimentos de acordo com a DGS).

Peso Atual , Kg

Estatura , Cm

Pressão Arterial

	Pressão Arterial Sistólica (máxima)	Pressão Arterial Diastólica (mínima)
1ª AVALIAÇÃO		
2ª AVALIAÇÃO		
3ª AVALIAÇÃO		

NOTA: Esclarecer todas as dúvidas que possam surgir durante o processo de preenchimento do questionário e da recolha de informação por observação; agradecer de novo a colaboração prestada.

DATA: ____ / ____ / ____

Anexo 4 - Autorização para colheita de dados e divulgação do nome da clínica

Clínica Coluna e Cirurgia Serviços Médicos e Podologia

Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda

NIF:507 602 005

Excelentíssima aluna de Enfermagem,

Para os devidos efeitos,

É com agrado que eu, Doutora Sandra Amorim, autorizo a realização da colheita de dados relativo ao seu projeto intitulado: Relação entre os valores de Índice de Massa Corporal e os níveis de Pressão Arterial nos adultos de Ponte de Lima nas nossas instalações.

Aproveito também para agradecer a escolha da nossa clínica para a realização deste trabalho pois faz parte dos nossos objetivos a promoção da saúde e prevenção da doença dos nossos utentes como tal é com agrado que permito também a divulgação do nome da nossa clínica no presente projeto de investigação e a sua posterior utilização dos resultados no sentido da melhoria da qualidade de vida dos nossos utentes.

O nome da clínica é: Clínica de Coluna e Cirurgia, Serviços Médicos e Podologia - Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda.

Com os melhores cumprimentos,

9 de Agosto de 2015


Centro de Manutenção Reabilitação Física e Saúde Humana Limiano, Lda
(Dra. Sandra Amorim)

Rua da Quinta da Graciosa, Bl. F, Fracção "D/Q", R/C - Arca 4990-014 Ponte de Lima
Telef. 258931444/Telem. 969165917

