

Amélia Marina Mendes Rodrigues Pereira

Mudança de Hábitos Alimentares no Adulto Jovem com Diagnóstico de Hipertensão
Arterial

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2013

Amélia Marina Mendes Rodrigues Pereira

Mudança de Hábitos Alimentares no Adulto Jovem com Diagnóstico de Hipertensão
Arterial

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2013

Amélia Marina Mendes Rodrigues Pereira

Mudança de Hábitos Alimentares no Adulto Jovem com Diagnóstico de Hipertensão
Arterial

Declaro que atesto a originalidade deste trabalho:

(Amélia Marina Mendes Rodrigues Pereira)

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

SUMÁRIO

A Hipertensão arterial representa o problema de saúde pública com maior destaque em Portugal, representando a principal causa de mortalidade e morbidade no país, trata-se de um problema comum, uma vez que um terço da população adulta é atingido. Trata-se de um fator de risco para um elevado número de complicações cardiovasculares, podendo estas ser minimizadas ou mesmo evitadas, através de mudanças de estilos de vida, nomeadamente no que respeita aos hábitos alimentares. Carrageta (2006)

Perante esta constatação surgiu a inquietação de conhecer as principais mudanças dos hábitos alimentares do adulto jovem após diagnóstico de HTA, atendendo a fatores sociodemográficos, bem como uso de medicação, presença de história familiar de HTA, uso de anticoncepcionais, medidas preventivas e identificar quais as principais mudanças de hábitos alimentares.

Para tal optou-se por um estudo realizado em meio natural, de abordagem quantitativa, do tipo descritivo simples. Para a realização deste estudo utilizou-se uma amostra de 51 adultos jovens residentes em Ponte de Lima, com diagnóstico de HTA confirmado. Recorreu-se ao método de amostragem não probabilística acidental. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o questionário, sendo que os dados obtidos foram apresentados sob a forma de gráficos, após análise e tratamento através do programa Microsoft Excel.

ABSTRACT

The Hypertension represents a public health problem most notably in Portugal, representing the leading cause of mortality and morbidity in the country, it is a common problem, since it affects one-third of the adult population. It is a risk factor for a large number of cardiovascular complications, these can be minimized or even prevented through changes in lifestyle, particularly with regard to dietary habits. Carrageta (2006)

Against this backdrop came the restlessness to know the major changes in eating habits of young adults after diagnosis of hypertension, given to socio demographic factors, and the medication use, presence of family history of hypertension, use of contraceptives, preventive measures and identify the major changes in eating habits.

To this end we opted for a study in the wild, a quantitative approach, simple descriptive. For this study we used a sample of 51 young adults living in Ponte de Lima, with confirmed diagnosis of hypertension. Resorted to the method of non-probability accidental sampling. As an instrument of data collection a questionnaire was used, and the data were presented in the form of charts, after examination and treatment through the program Microsoft Excel

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto de investigação só foi possível com a ajuda de um conjunto de pessoas que me acompanharam ao longo do meu percurso académico, razão pela qual quero deixar aqui um sinal da minha profunda gratidão.

Agradeço desde já à minha orientadora de estudo de investigação, Mestre Manuela Pontes, pela sua disponibilidade, dedicação e paciência.

Agradeço a todos os adultos jovens que aceitaram participar neste trabalho de investigação, a vossa colaboração possibilitou-me levar a cabo o estudo do tema pretendido.

Agradeço aos meus pais, por toda a confiança, incentivo, amor e apoio constante.

Agradeço à Dona Fátima pela amizade e afeto.

Agradeço à minha avó Amélia pela sua ternura e compressão.

Agradeço às minhas primas Mônica e Bruna por me acompanharem e auxiliaram ao longo desta jornada.

Agradeço às minhas queridas amigas Marina, Filipa e Flávia pelo companheirismo, amizade, carinho e compressão, sem elas este percurso académico não seria repleto de tantas alegrias.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	1
1. Justificação e Delimitação do Tema	5
2. Problema de Investigação	7
3. Pergunta de Partida e Questões de Investigação	7
4. Objetivos do Estudo	8
5. Definição de Variáveis	9
CAPITULO II- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
1. Hipertensão Arterial	11
1.1. Fisiopatologia da HTA.....	12
1.2. Causas da HTA.....	13
1.3. Diagnóstico da HTA.....	14
1.4. Manifestações Clínicas da HTA	15
1.5. Tratamento da HTA.....	16
1.6. Complicações da HTA.....	17
1.7. Principais Fatores Influenciadores no Controlo da HTA	17
2. Hábitos Alimentares e HTA.....	19
2.1. Consumo de Sal e HTA	20
2.2. Consumo de álcool e HTA	20
2.3. Consumo de Cafeína e HTA	21
3. Cuidados de Enfermagem no Controlo da HTA	21
3.1. Papel do Enfermeiro na Mudança de Hábitos Alimentares.....	22

4. Adulto Jovem	23
1. Meio	25
2. Tipo de Estudo	25
3. População.....	26
4. Amostra	27
5. Processo de Amostragem.....	27
6. Método de Colheita de Dados	28
6.1. Questionário	28
6.2. Pré-teste.....	29
7. Considerações Éticas	30
PARTE III-FASE EMPÍRICA	32
CAPITULO I-APRESENTAÇÃO/ ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	33
1. Apresentação/Análise de Dados e Discussão de Resultados	33
1.1. Caracterização da Amostra.....	34
1.2. Mudança dos hábitos alimentares do adulto jovem após diagnóstico de HTA	46
IV-CONCLUSÃO	62
V- BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS.....	1
Anexo 1- Algoritmo clínico para a Classificação da Pressão Arterial	
Anexo 2- Declaração de Consentimento Informado	
Anexo 3- Instrumento de Colheita de Dados	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos dados relativamente ao género da amostra.....	34
Gráfico 2: Distribuição dos dados relativamente à idade da amostra.....	35
Gráfico 3: Distribuição dos dados relativamente ao grau de escolaridade da amostra...	36
Gráfico 4: Distribuição dos dados relativamente ao estado civil da amostra.....	37
Gráfico 5: Distribuição dos dados relativamente ao peso corporal (Kg) da amostra	38
Gráfico 6: Distribuição dos dados relativamente à altura corporal (Cm) da amostra.....	38
Gráfico 7: Distribuição dos dados relativamente à profissão da amostra	40
Gráfico 8: Distribuição dos dados relativamente ao período de tempo em que a amostra recebeu o diagnóstico de HTA	41
Gráfico 9: Distribuição dos dados relativamente ao uso de medicação para a HTA pela amostra	42
Gráfico 10: Distribuição dos dados relativamente à presença de história familiar de HTA na amostra.....	43
Gráfico 11: Distribuição dos dados relativamente ao uso de anticoncecionais orais pela amostra	43
Gráfico 12: Distribuição dos dados relativamente ao tipo de medidas preventivas usadas no controlo da HTA pela amostra.....	44
Gráfico 13: Distribuição dos dados relativamente à alteração da dieta alimentar da amostra após diagnóstico de HTA	46
Gráfico 14: Distribuição dos dados relativamente à informação recebida pela amostra sobre a alimentação para o controlo da HTA	47
Gráfico 15: Distribuição dos dados relativamente ao profissional que informou a amostra sobre a alimentação para o controlo da HTA.....	47

Gráfico 16: Distribuição dos dados relativamente à quantidade média de sal usada diariamente pela amostra.....	48
Gráfico 17:Distribuição dos dados relativamente à quantidade de água ingerida por dia pela amostra.....	49
Gráfico 18: Distribuição dos dados relativamente à o toma de café diariamente pela amostra.....	50
Gráfico 19: Distribuição dos dados relativamente à quantidade de cafés ingeridos diariamente pela amostra.....	51
Gráfico 20: Distribuição dos dados relativamente ao número de refeições realizadas diariamente pela amostra.....	52
Gráfico 21: Distribuição dos dados relativamente à frequência de consumo de carne, leite e ovos pela amostra	53
Gráfico 22: Distribuição dos dados relativamente à frequência de consumo de arroz, massa e pão pela amostra	55
Gráfico 23: Distribuição dos dados relativamente à frequência de consumo de óleo, margarina e azeite pela amostra.....	56
Gráfico 24: Distribuição dos dados relativamente à frequência de consumo de frutas, vegetais e legumes pela amostra.....	58
Gráfico 25: Distribuição dos dados relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas pela amostra.....	59
Gráfico 26:Distribuição dos dados relativamente à utilização de banha de porco na preparação das refeições pela amostra.....	60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Cm-Centímetro

DGS - Direção Geral da Saúde

FPC - Fundação Portuguesa de Cardiologia

HAS - Hipertensão arterial sistémica

HTA - Hipertensão arterial

IMC - Índice de Massa Corporal

Kg - Quilograma

Kg/m² - Quociente do peso em quilos pelo quadrado da altura em metros

mmHg - Milímetros de mercúrio

OMS - Organização Mundial da Saúde

P. - Pagina

PA - Pressão arterial

PAD - Pressão arterial diastólica

PAS- Pressão arterial Sistólica

0. INTRODUÇÃO

O presente projeto de investigação foi elabora no âmbito do 4º ano de Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, tendo como tema Mudança dos Hábitos Alimentares do Adulto Jovem Com Diagnóstico de Hipertensão Arterial.

Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC), as doenças cardiovasculares são a principal causa de incapacidade, doença, morte e custos para a saúde em Portugal. A HTA assume um papel importante, uma vez que é considerada uma das principais patologias que contribuem para o seu desenvolvimento.

Segundo as (OMS *cit. in* Mallette 2006, p. 7) “ (...) 600 milhões de indivíduos sofrem de hipertensão, dos quais 30% são homens e 50% são mulheres (...) ”

Borges e silva (2008, p. 19) referem que, estes números são ainda mais preocupantes uma vez que cerca de metade dos hipertensos desconhece que sofre desta patologia, não adaptando medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Sendo a HTA um problema de saúde pública, o Enfermeiro tem um papel essencial no que respeita a esta problemática, uma vez que, tem a função de incentivar, ensinar os indivíduos a adotar hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que respeita aos hábitos alimentares.

Com a realização desta investigação pretende-se dar resposta ao objetivo geral: Identificar as principais mudanças de hábitos alimentares do adulto jovem com diagnóstico de HTA, atendendo aos objetivos específicos: Identificar a influência dos fatores género, idade, estado civil, escolaridade, raça, peso, altura, IMC e profissão no diagnóstico de HTA; Conhecer o período de tempo que o adulto jovem recebeu o diagnóstico de HTA; identificar o uso de medicação para o controlo da HTA e se têm história familiar de HTA; Identificar se faz uso de anticoncecionais orais (pílula); identificar quais as medidas preventivas no controlo da HTA; Identificar se o adulto

jovem alterou a sua dieta alimentar após diagnóstico de HTA e Conhecer quais as principais mudanças nos hábitos alimentares do adulto jovem a quem foi diagnosticada HTA

Neste âmbito e de acordo com o tema proposto surge a necessidade da realização de um estudo em meio natural, através de uma abordagem de caráter quantitativo, descritivo simples. Este foi dirigido a 51 adultos jovens, residentes no concelho de Ponte de Lima, selecionados através do processo de amostragem não probabilístico acidental ou de conveniência. Para isso foi utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário de aplicação direta. Uma vez que o questionário foi elaborado pelo investigador, foi realizado um pré-teste para testar a sua validade, organização e precisão. O Pré-teste foi aplicado dia 15 de Abril, a 5 adultos jovens que respondiam aos critérios de inclusão, os dados colhidos no período compreendido entre 15 de Abril e 12 de Maio de 2013.

Posteriormente, foi efetuada a análise estatística através do programa Microsoft Excel, apresentando os resultados sob a forma de gráficos, para ser de rápida visualização e fácil consulta.

Em termos estruturais o presente documento encontra-se dividido em três fases: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica. A fase conceptual encontra-se dividida em dois capítulos, capítulo I-Problemativa em Estudo onde será abordada a justificação e delimitação do tema, pergunta de partida, questões de investigação, objetivos do estudo e por fim definição de variáveis do estudo. No capítulo II-Revisão Bibliográfica, onde serão expostas as principais bibliografias alusivas ao tema.

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

A terceira, e última parte, denomina-se fase empírica, onde são apresentados os dados da amostra e respetivas características, bem como a análise e discussão dos dados.

Ao longo da realização deste trabalho monográfico, foram sentidas algumas dificuldades, principalmente no que diz respeito à inexperiência da investigadora, à limitação temporal para a realização e apresentação do trabalho.

Os resultados globais obtidos neste estudo de investigação, na sua maioria vão de encontro com alguns estudos já realizados e publicados: os adultos jovens, residentes em Ponte de Lima, alteram os seus hábitos alimentares após o diagnóstico de HTA. No que respeita aos objetivos específicos:

- A maioria dos inquiridos são do género feminino, com idades compreendidas entre os [35 – 40] anos, com nível de escolaridade baixo, 6º ano, casados, a totalidade da amostra é de raça branca, com IMC [25 – 29] [sobrepeso, na sua maioria domésticas e desempregados];
- Em relação ao período de tempo em que a amostra recebeu o diagnóstico de HTA, verifica-se que a maioria dos inquiridos recebeu à <1 anos, a amostra refere fazer uso de medicação para o controlo da HTA, apresentam história familiar de HTA, referem não fazer uso de anticoncepcionais orais, como medidas preventivas na sua maioria a amostra refere a redução do consumo de café, álcool e sal;
- A maioria dos inquiridos afirma alterar os seus hábitos alimentares após diagnóstico de HTA;
- No que respeita à informação recebida sobre a alimentação para a HTA a maioria da amostra refere ter recebido informação, fornecida pelo Médico e Enfermeiro;
- A amostra refere diminuir a frequência de o consumo de sal, álcool e café, óleo, margarina, azeite e banha de porco, após diagnóstico de HTA, bem como aumentar a frequência de consumo de carne, leite, ovos, frutas, verduras, vegetais, a ingestão de água e o número de refeições diárias.

Por fim, consta a conclusão dos aspetos relevantes do estudo, bem como a bibliografia e os anexos.

PARTE I-FASE CONCEPTUAL

CAPITULO I-PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos, que se baseia em analisar, descrever e explicar determinados acontecimentos, permitindo desse modo dar respostas a questões precisas. Fortin (2009, p. 4)

Também Ribeiro (2010, p. 31) refere que,

“Fazer investigação é inerente a qualquer prática científica ou profissional (...). Iniciar um projeto de investigação exige sempre medidas de rigor inerentes ao ato de investigar.”

Em qualquer processo de investigação a fase conceptual tem como objetivo a definição dos elementos de um problema. No intercorrer desta fase o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema em estudo, com o objetivo de chegar a uma conceção clara do problema. Fortin (2009, p. 49)

A investigação em ciências da saúde implica a busca constante de conhecimentos. A investigação tem ajudado a estabelecer uma base sólida para a prática na área da saúde. Polit et al. (2007, p. 21)

No decorrer desta fase, efetuou-se uma formulação do problema de investigação, definição e delimitação do tema bem como a enunciando as questões, os objetivos e a revisão bibliográfica pertinente.

1. Justificação e Delimitação do Tema

O ponto de partida para qualquer estudo que se pretende realizar é a definição da temática, o tema de estudo corresponde ao aspeto do problema de investigação. Logo para se formular esse mesmo problema, é necessário escolher um tema que se relacione com a problemática. Fortin (2009, p. 66)

A temática deve ser atual e ser do interesse de quem o investida. Por este motivo definiu-se como temática para este estudo: “Mudança de Hábitos Alimentares no Adulto Jovem com Diagnóstico de Hipertensão Arterial”

Segundo Marconi e Lakatos (2007, p. 25),

“O tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar. (...) deve ser exequível e adequado em termos tanto dos fatores externos quanto internos ou pessoais.”

Borges e Silva (2008, p. 20) afirmam que 42% dos adultos portugueses têm valores anormais de PA e mais de 3 milhões já são hipertensos, estes números são ainda mais preocupantes uma vez que sabe-se que cerca de metade dos hipertensos desconhece que estão doentes. Em Portugal o diagnóstico precoce e o controlo da HTA são de maior importância, uma vez que esta é um fator de risco decisivo para a doença cerebrovascular, principal causa de incapacidade e morte entre os portugueses.

Segundo a (OMS *cit. in* Mallette 2006, p. 33) o crescente número de pessoas com HTA é resultado da importante modificação dos hábitos, na sequência da crescente industrialização, urbanização e desenvolvimento económico. Pode assim afirmar-se, que a mudança de hábitos alimentares será determinante no controlo da HTA, daí emergiu o interesse em saber se o adulto jovem, após o diagnóstico de HTA, altera os seus hábitos alimentares.

Como futura profissional de saúde a escolha do tema foi baseada em fatores de ordem pessoal e académica. No que respeita ao nível pessoal, surgiu o interesse por este tema, pela existência de familiares aos quais foi diagnosticado HTA e os mesmos sentem dificuldade em controlar os seus níveis de PA e alterar hábitos alimentares de forma a adequá-los à patologia. A nível académico o interesse surge, após a realização do Ensino Clínico de Saúde Familiar e Comunitária, nos quais são efetuadas consultas de enfermagem para controlo semestral dos hipertensos, sendo estes, um número elevado e com falta de conhecimentos sobre a patologia e hábitos alimentares adequados à mesma.

Deste modo, este estudo irá incidir em adultos jovens com HTA, e nas mudanças (ou não) dos seus hábitos alimentares, após diagnóstico de HTA.

2. Problema de Investigação

O processo de investigação inicia-se com um problema ou uma questão que o investigador pretende resolver, ou contestar. Seja qual for a problemática de investigação é uma situação que compreende um assunto enigmático, problemático ou intrigante. Polit et al. (2007, p. 49).

Pois segundo, Pierin (2004, p. 13), tratar a HTA ou diminuir os valores de PA de uma população, previne uma em cada seis mortes por derrame cerebral e uma em cada vinte mortes por doença coronária.

A HTA é considerada uma situação problemática a nível mundial, sendo por isso um tema atual. O enfermeiro tem um papel privilegiado nesta problemática, uma vez que, tem como objetivos a promoção da saúde e prevenção da doença da população.

3. Pergunta de Partida e Questões de Investigação

Após a análise bibliográfica, surge a necessidade de instituir a pergunta de partida do presente estudo. Segundo Quivy e Campenhoudt (2008, p. 44) “ A melhor forma de começar um trabalho de investigação (...) consiste em esforçar-se por enunciar o projeto sob a forma de uma pergunta de partida.”

Deste modo, e segundo Quivy e Campenhoudt (2008, p. 44),

“A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação. Para desempenhar correctamente a sua função, a pergunta de partida deve apresentar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.”

Assim para o presente estudo surgiu a seguinte pergunta de partida:” Os adultos jovens com HTA, após o seu diagnóstico, modificam os seus hábitos alimentares?”

No que respeita às questões de pesquisa, Hulley et al. (2007, p. 21) refere,

“A questão de pesquisa é o objetivo do estudo, a incerteza que o investigador deseja resolver. As questões de pesquisa partem de uma preocupação geral que precisa então ser reduzida a um tópico concreto e factível de ser estudado.”

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

- Qual a influência dos fatores género, idade, escolaridade, estado civil, cor da pele, peso, altura, IMC e profissão no diagnóstico de HTA;
- Qual a influência da toma de medicação e história familiar de HTA, no diagnóstico de HTA;
- Qual a influência do uso de anticoncepcionais orais (pílula) no diagnóstico de HTA;
- Quais as principais medidas preventivas usadas no controlo da HTA;
- Quais as mudanças nos hábitos alimentares do adulto jovem após o diagnóstico de HTA;

4. Objetivos do Estudo

Finalizada a justificação e delimitação do tema, bem como a definição da pergunta de partida é necessário formular um conjunto de objetivos que confrontem o estudo, e que conferem a este um valor, interesse e congruência.” O objectivo torna explicito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto.” Marconi e Lakatos (2007. p. 24)

Também Ribeiro (2010, p. 34) defende que após as questões de investigação segue-se a formulação dos objetivos de investigação. Estes revelam aquilo que o investigador pretende fazer para responder às questões de investigação.

O presente trabalho é constituído por um objetivo geral e cinco objetivos específicos.

Assim, o objetivo geral deste estudo é:

- Identificar as principais mudanças de hábitos alimentares do adulto jovem com diagnóstico de HTA.

Por sua vez, os objetivos específicos do estudo, são:

- Conhecer a influência dos fatores idade, género, estado civil, escolaridade, cor da pele, peso, altura, IMC e profissão no diagnóstico de HTA;
- Conhecer a influência do uso de medicação e história familiar de HTA, no diagnóstico de HTA;
- Conhecer qual a influência do uso de anticoncepcionais orais (pílula) no diagnóstico de HTA;
- Conhecer as principais medidas preventivas usadas no controlo da HTA;
- Conhecer quais as principais mudanças nos hábitos alimentares do adulto jovem após o diagnóstico de HTA;

5. Definição de Variáveis

As variáveis presentes num estudo devem ser definidas com transparência e objetividade e de forma funcional. Todas as variáveis que possam interferir no estudo devem ser levadas em consideração e devidamente controladas, para impedir o comprometimento da pesquisa. Marconi e Lakatos (2007, p. 29)

Para se definir do que se trata uma variável de um projeto de investigação, Ribeiro (2010, p. 36) afirma,

“ (...) variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante.”

Atendo à natureza do estudo em questão optou-se por fazer referência às variáveis atributo que são características pré-existentes dos indivíduos participantes no estudo, são geralmente constituídas por dados demográficos. Fortin (2009, p. 172)

No presente estudo de investigação são variáveis de atributo a idade, género, escolaridade, estado civil, cor da pele, peso, altura, IMC e profissão.

Contudo todos os estudos de investigação apresentam variáveis estranhas, estas podem exercer efeitos imprevisíveis sobre outras variáveis, influenciando desse modo o resultado da investigação. Fortin (2009, p. 172)

Ao longo da investigação não foram encontradas variáveis estranhas, uma vez que foram estabelecidos critérios de inclusão

CAPITULO II- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Após uma longa pesquisa, colheita e seleção de informação para o presente estudo de investigação, procedeu-se à elaboração da revisão bibliográfica.

Nesta fase são enunciados os conceitos mais importantes para a compreensão da problemática em estudo e também os vários pontos de vista analisados pelos autores, com o objetivo de construir um suporte teórico para o desenvolvimento do presente estudo.

Segundo Fortin (2009, p. 122) esta fase,

“(…) é uma breve explicação das relações entre os conceitos – chave de um estudo. (...) O quadro teórico define as condições nas quais um conceito pode ser associado a um outro ou lhe dá origem.”

1. Hipertensão Arterial

O objetivo da circulação do sangue é chegar a todos os tecidos e células do organismo, contudo para que isso aconteça é necessário que haja pressão sobre as paredes das artérias. Essa pressão é normal e imprescindível para que o sangue chegue ao seu destino, é denominada de pressão arterial. (Fundação Portuguesa de Cardiologia)

Por sua vez, a HTA surge quando o fluxo sanguíneo exerce, no interior das artérias, uma força maior que a habitual. Essa pressão excessiva acaba por causar danos nos vasos, cérebro, coração e/ou nos rins. Borges e Silva (2008, p. 21)

Também segundo a CIPE (2000, p. 49), a HTA é a força exercida pelo sangue, nas paredes dos vasos do coração da circulação pulmonar e sistêmica, em que há bombeamento do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal.

Segundo a (OMS *cit. in* Ministério da saúde, 2013) a HTA é:

“(…)O fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, principal causa de mortalidade precoce e incapacidade em todo o mundo.”

A DGS (Circular normativa, nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG), refere que as doenças cardiovasculares continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte.

Uma vez que os hipertensos não apresentam todos os mesmos valores tensionais, a HTA encontra-se subdividida em diversos graus, como se verifica no algoritmo clínico apresentado pela DGS (Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG), presente no (Anexo I).

Sobre o assunto Carrageta (2006, p. 1) refere que: “A pressão ou tensão arterial de cada indivíduo varia de momento a momento em resposta às diferentes atividades e emoções.”

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

1.1. Fisiopatologia da HTA

Quando se fala de PA refere-se ao resultado do débito cardíaco, multiplicado pela resistência encontrada a nível interior do sistema circulatório. Mallette (2006, p. 13)

Contudo, para que possa existir circulação sanguínea o coração desempenha um papel de extrema importância, distribuído o sangue por todo o corpo, bombeando o mesmo através do sistema arterial, excepto na circulação pulmonar, efetuando a sua recolha através do sistema venoso, permitindo desse modo a oxigenação celular. Desta forma a PA é avaliada, segundo Mallette (2006, p. 13),

“(...) o coração exerce a sua força máxima de contração (sístole) e lança o sangue nos vasos para todo o corpo.

(...) a pressão exercida nas artérias entre dois batimentos do coração, aquando da fase de relaxamento e dilatação do coração (diástole).”

Contudo existem vários fatores que alteram a pressão arterial, dando origem à HTA. Borges e Silva (2008, p. 27)

Um dos fatores que altera a HTA é a aterosclerose, esta é uma doença degenerativa da parede das artérias, em que há uma acumulação de gordura nas artérias, por baixo do revestimento mais interno do vaso sanguíneo. As artérias perdem assim as suas propriedades normais, tornando-se menos elásticas, mais estreitas devido à acumulação de gordura, com o tempo podem ainda calcificar, ficando ainda mais rígidas e podem ainda entupir, impedindo a passagem normal do fluxo sanguíneo, todas estas alterações provocam um aumento das resistências vasculares, força que o coração tem que vencer em cada batimento cardíaco, contribuindo deste modo para o aparecimento de HTA. Borges e Silva (2008, pp. 74 e 75)

1.2. Causas da HTA

O Ministério da Saúde (2013), afirma que na maioria dos casos não há causa conhecida para a HTA, porém é possível detetar algumas situações em que uma doença associada que é a verdadeira causa de hipertensão arterial, como por exemplo apneia do sono, doença renal crónica, doença tiroideia e paratiroideia, terapêutica esteroide entre outras.

Como a PA depende de equilíbrio entre mecanismos reguladores, faz com que as causas da HTA sejam variadas, desta forma, no que respeita à causa, Mallette (2006, pp. 14 e 15) classifica a HTA em hipertensão essencial, primária ou idiopática e secundária.

Segundo Borges e Silva (2009, p. 39) pode-se ainda falar de HTA maligna, esta situação refere-se a uma pressão arterial muito elevada, e que, se não for tratada, pode levar à morte num período reduzido de tempo, entre 3 e 6 meses.

A HTA essencial surge, segundo Mallette (2006, p. 14) “ quando não se consegue identificar a causa primária de uma pressão arterial alta”

De acordo com Borges e Silva (2008, p. 35) quando é possível identificar a causa da HTA, dizemos que estamos perante uma hipertensão secundária. Contudo na larga maioria dos casos de HTA não é possível identificar uma causa, tratando-se então, de uma hipertensão primária.

No que respeita à Hipertensão secundária, esta “(...)advém de uma perturbação médica subjacente e identificável(...)”Mallette (2006, p. 14)

Existe ainda segundo Borges e Silva (2008, p. 41) a hipertensão isolada de consultório ou bata branca, denomina-se de uma hipertensão falsa, ou seja ocorre em pessoas não hipertensas, que fora do ambiente de consulta têm valores normais de PA, mas que na presença de um médico ou de um enfermeiro, reagem com ansiedade provocando, ocasionalmente, uma subida dos valores normais de PA.

1.3. Diagnóstico da HTA

Como refere a DGS (Circular normativa, nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG),

“O diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) define-se, em avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg.”

Segundo a mesma circular normativa para se realizar o diagnóstico de HTA é necessário que a pressão arterial se mantenha elevada em pelo menos duas medições, realizadas em diferentes consultas, com um intervalo mínimo entre elas de uma semana. Por sua vez em cada consulta deve medir-se a PA, pelo menos duas vezes, com um intervalo mínimo entre elas de um a dois minutos.

Desta forma para realizar com precisão o diagnóstico de HTA, a medição da PA deve obedecer aos seguintes premissas, segundo a DGS (Circular normativa, nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG)

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

É fundamental referir que o diagnóstico de HTA é baseado em exames físicos, numa correta anamnese e em exames complementares para se efetuar a confirmação da patologia. Segundo a DGS (Circular normativa, nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG), uma correta avaliação inicial deve incluir:

- Identificação de fatores de risco;
- Avaliação de lesão de órgãos alvo;
- Pesquisa de causas de HTA;
- Realização de exame físico e colheita de história clínica;
- Testes laboratoriais: urina tipo II, Glicemia, hematócrito, balanço lipídico, creatinina e calcémia;
- Electrocardiograma.

1.4. Manifestações Clínicas da HTA

Pádua refere que “ (...) a hipertensão arterial não se sente, mede-se!”

Borges e Silva (2008, p. 34) referem que a HTA não tem sintomas, é assintomática, só sendo muitas vezes detetada quando um órgão falha, por exemplo quando ocorre um enfarte do miocárdio, um AVC ou sinais de sofrimento dos rins. Contudo é provável que a HTA possa em algum momento causar algumas queixas ou provocar sintomas mas este são geralmente tão particulares, tão comuns ou tão irrelevantes que facilmente passam despercebidos. Na maioria das pessoas, não há mesmo quaisquer queixas, sendo totalmente assintomática, ou seja perigosamente silenciosa.

Até hoje não foi identificado nenhum sinal evidente que revele HTA, contudo alguns sintomas podem manifestar-se, não estando intimamente relacionados com a patologia, mas que requerem uma atenção especial. Mallette (2006, p. 21).

Também o Ministério da Saúde (2006), afirma que a HTA, nos primeiros anos, não provoca quaisquer sintomas, à exceção de valores tensionais elevados, os quais se detetam através de uma medição de PA.

Borges e Silva (2008, p. 34) descrevem alguns sintomas relacionados com a HTA, que são:

- Dores de cabeça matinais, por vezes intensas na região frontal e occipital, que melhoram com a descida da PA;
- Tonturas, impressão de deslocamento do corpo, acompanhada de perda de equilíbrio;
- Vertigens, sensação de rotação do ambiente que nos rodeia, acompanhada de alterações no equilíbrio;
- Cansaço e fadiga;
- Ligeira dor torácica ocasionalmente;
- Palpitações, sensação de batimento cardíaco alterado e acelerado, não habitual;
- Queixas urinárias, poliúria;
- Queixas auditivas, como zumbidos e sensações invulgares;
- Queixas visuais, sensação de visão turva.

1.5. Tratamento da HTA

Segundo Mallette (2006, p. 67), “A hipertensão arterial é uma assassina silenciosa. Se não for cuidada, corre-se o risco serio de sofrer as consequências mais tarde.”

De acordo com Mallette (2006, p. 99) podem ser adaptadas diversas medidas não farmacológicas para diminuir os valores de PA. É fundamental que as pessoas com HTA, antes de adaptarem medidas farmacológicas, sejam devidamente informadas dos tipos de medidas não farmacológicas que podem ser tomadas de modo a melhor a sua qualidade de vida. Ainda o mesmo autor (2006, p. 99) “ Independentemente do que causa hipertensão, é possível controlá-la”

Tal como refere Brandão et al. (2006, p. 289), o tratamento não farmacológico deve ser aplicado em qualquer estágio da HTA, atendendo sempre às peculiaridades de cada quadro clínico.

Contudo, se após a adaptação de medidas não farmacológicas, adequadas à presença de HTA, não se verificar uma descida adequada dos valores de, torna-se necessário recorrer ao tratamento farmacológico. Contudo os medicamentos não curam a HTA,

apenas ajudam a controlar a doença. Sendo por isso, em muitos casos, tratamento mantido ao longo da vida. (Ministério da saúde, 2013)

Inicialmente o tratamento farmacológico é iniciado por medicamentos de doses baixas, que vão sendo aumentadas progressivamente até obter valores de PA desejáveis, atendendo á idade do doente, bem como aos efeitos secundários, para ajustar a posologia. Mallette (2006, p. 69)

1.6. Complicações da HTA

Quando a HTA não é tratada, representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de várias patologias, tais como: doença vascular cerebral, doença coronária, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), insuficiência renal, doença vascular periférica, demência, fibrilação auricular e disfunção erétil. DGS (Circular normativa, nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG)

1.7. Principais Fatores Influenciadores no Controlo da HTA

São inúmeros os fatores de risco associados à hipertensão arterial, sendo alguns genéticos, outros inatos, hereditários e ainda adquiridos como é o caso dos hábitos alimentares e modo de vida.

Segundo Brandão et al. (2006, p. 27) os fatores de risco são características ou condições que aumentam a probabilidade de desenvolver HTA. Posteriormente são abordados os fatores que mais influenciam a HTA.

Fatores como idade e género, apesar de serem fatores incontroláveis, são também importantes e determinantes no diagnóstico de HTA.

Mallette (2006, p. 56) afirma que a presença de HTA está associada ao género, variando de forma considerável conforme a idade, pelo que no jovem adulto a percentagem de presença de HTA é superior no sexo masculino.

A diferença na percentagem de hipertensos no género masculino e feminino a partir de uma determinada idade pode ser relacionada com o aparecimento da menopausa na mulher, uma vez que, nesta há a diminuição do número de estrogénios no organismo e consequentemente um menor efeito protetor na saúde cardíaca. Mallette (2006, p. 57).

O uso de contraceptivos orais e a gravidez, podem ainda ser considerados outros dois fatores de risco nas mulheres. O mecanismo pelo qual os contraceptivos orais causam HTA ainda não se encontra muito bem definido. Mallette (2006, p. 57)

Segundo o mesmo autor (2006, pp. 47 e 48) mesmo que o homem adote todas as medidas preventivas, não estará livre da hipertensão arterial, existem fatores incontrolláveis como a idade que influenciam grandemente o aparecimento da HTA, ou seja o risco de desenvolver HTA aumenta com a idade. Devido ao envelhecimento do organismo, os mais velhos apresentam anormalidades vasculares, como a resistência arteriolar e a rigidez das grandes artérias, pois com a idade os tecidos que constituem as paredes das veias perdem elasticidade e tornam-se rígidos, dificultando a circulação do sangue e por consequência aumentando a pressão arterial ou seja arteriosclerose.

Com o passar dos anos o organismo vai perdendo também capacidade de absorção dos minerais pelo intestino, o que dificulta a função renal e o equilíbrio eletrolítico. Mallette (2006, p. 48)

Também a raça, segundo Brandão et al. (2006, p. 28), é um fator incontrollável e estudos detetaram resultados reprodutíveis na HTA, apenas na raça negra e em algumas populações. A definição de raça, excede o critério puramente racial e engloba também hábitos de vida, comportamentos e origens ancestrais.

No que respeita à hereditariedade, em determinados casos sabe-se que os fatores hereditários desempenham um papel determinante no aparecimento de HTA, contudo os genes que determinam essa característica ainda não estão claramente identificados. Nos indivíduos que são geneticamente predispostos para a HTA, basta um ou dois fatores de risco para agravar ou favorecer o aparecimento de HTA. Mallette (2006, p. 49)

2. Hábitos Alimentares e HTA

Mesmo com a quantidade de fármacos anti-hipertensores cada vez mais eficazes, uma boa alimentação constitui uma das primeiras diligências a tomar para a prevenção ou tratamento da HTA. Mallette (2006, p. 101)

Segundo Pierin (2004, p. 142) Vários estudos evidenciam o papel da alimentação no desenvolvimento da doença cardiovascular, seja pelo hábito de ingestão de dietas hipercalóricas e/ou hiperlipídicas, elevado consumo de álcool e sódio ou ainda pela obesidade. Os desequilíbrios na alimentação, especialmente o consumo de sal, obesidade e sobrepeso, constituem fatores de risco para a HTA. Logo os fatores relacionados à dieta devem ser tidos em conta:

- Dietas com alto teor de sódio;
- Dietas ricas em gorduras saturadas e colesterol;
- Excesso de peso;
- Consumo elevado de carboidratos simples ou refinados;
- Uso de alimentos de alto valor calórico;
- Ingestão calórica acima das necessidades;
- Abuso de bebidas alcoólicas.

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

De acordo com Borges e Silva (2008, p. 148),

“A alimentação saudável é uma forma racional de comer, a opção por um regime que conta com a variedade de alimentos, com equilíbrio, com a quantidade e com a sua qualidade nutricional e higiénica.”

Segundo Borges e Silva (2008, p. 160) uma dieta equilibrada deve conter grandes quantidades de frutas, legumes e verduras assim como deve preferir peixe e aves em substituição das carnes vermelhas, deve-se evitar o uso de açúcares, evitar o consumo de gorduras saturadas e de alimentos ricos em colesterol, as refeições devem ser menos abundantes e repartidas por varias refeições ao longo do dia, 5 a 6 refeições diárias, em média beber cerca de 1 litro e meio a 2 litros de água por dia, de forma a manter o equilíbrio metabólico.

2.1. Consumo de Sal e HTA

A subida da PA torna o organismo capaz de excretar o sal em excesso no organismo, através da urina, e ultrapassar, em parte, os possíveis efeitos nefastos que este excesso pode ter no coração e nos vasos sanguíneos, assim sendo a regulação da PA pode ser vista como um mecanismo fisiológico de manter o equilíbrio normal do sódio e da água no organismo. Nos indivíduos mais sensíveis ao sal, a retenção e sódio no organismo perturba e a excreção de água pelos rins, aumenta o volume sangue, estimula a atividade cardíaca, obrigando o coração a bater mais rapidamente, leva os rins a trabalharem em condições forçadas, o que culmina no aumento da PA. Borges e Silva (2008, p. 170)

De acordo com Brandão et al. (2006, p. 28), a ingestão de sal tem um papel importante no desenvolvimento da HTA. O excesso de sódio no organismo eleva a PA devido ao aumento da volémia e consequentemente o aumento do débito cardíaco

2.2. Consumo de álcool e HTA

O consumo de álcool de forma abusiva, leva ao aumento da pressão arterial, tanto no sexo masculino como no feminino como refere Brandão et al. (2006, p. 30).

Segundo Mallette (2006, p. 44) o consumo de álcool é considerado o terceiro fator de HTA, estima-se que 5% e 10% dos casos de HTA são provocados pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

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

É importante salientar que o consumo de álcool tem efeito adverso no uso concomitante com fármacos, contribuindo assim para o aumento da PA e conseqüentemente um descontrole da HTA.

2.3. Consumo de Cafeína e HTA

A redução de um consumo excessivo de café deve ser aconselhada a portadores de Hipertensão arterial. De acordo com Mallette (2006, p. 132) “(...) o café aumenta a excreção urinária do potássio, leva a uma perda de cálcio (...)”. Razão suficiente para moderar o consumo de cafeína, não ingerindo mais de 4 cafés diários.

Segundo Brandão et al. (2006, p. 102) estudos revelam demonstrado que o consumo de cafeína aumenta a PA. O aumento da PA inicia-se dentro de 15 minutos após a ingestão de cafeína, atinge o pico máximo em 1 hora e pode durar até 3 horas.

3. Cuidados de Enfermagem no Controle da HTA

Sendo a HTA um dos principais fatores de risco para as mortes por doenças cardiovasculares, o seu tratamento, acompanhamento e prevenção por parte do enfermeiro é fundamental.

No tratamento da HTA, a abordagem ao doente deve ser feita de forma holística e multidisciplinar, pois quanto mais precoce o tratamento, menor será a evolução da doença, conseqüentemente menos lesões nos órgãos alvo, deve-se pois aportar no tratamento precoce e na prevenção. DGS (Circular normativa, nº 03/DSPCS de 06/02/2006/DGCG)

3.1. Papel do Enfermeiro na Mudança de Hábitos Alimentares

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE):

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

O controlo da hipertensão arterial representa uma área fundamental de atuação por parte dos enfermeiros. Nomeadamente no que respeita à mudança de hábitos alimentares, o contacto que o enfermeiro tem com o portador de HTA nas consultas de vigilância do hipertenso nos cuidados de saúde primários, a nível da saúde comunitária, representa a primeira linha de atuação por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com Manzini e Simonetti (2009), no estudo sobre Consulta de Enfermagem Aplicada a clientes portadores de hipertensão Arterial: uso da teoria do autocuidado de orem, a consulta de enfermagem é a modalidade de assistência ao indivíduo que possibilita o acompanhamento, neste caso do portador de HTA, e permite atuar na mudança dos hábitos alimentares, tão determinantes para o controlo da doença. Bem como para reforçar as orientações para a prevenção, fazendo uso do processo de enfermagem.

As intervenções de enfermagem direcionadas para a HTA centram-se no ensino do doente e da família sobre a doença, fatores de risco, importância de adesão ao regime terapêutico e mudança de hábitos alimentares. O enfermeiro centra a consulta de enfermagem nas principais áreas, tais como controlo eficaz do regime terapêutico, reduzir/ deixar o consumo de bebidas alcoólicas, alimentos de risco, ricos em sal e gorduras, alteração da dieta, controlo do peso, sedentarismo. Manzini e Simonetti (2009).

Uma vez que são realizadas periodicamente, as consultas de enfermagem, proporcionam um melhor acompanhamento do doente hipertenso, permitindo assim realizar ao longo

do tempo o reajuste do regime terapêutico, do regime alimentar, controlo periódico da PA e esclarecimento de dúvidas existente por parte do doente e família.

Segundo a DGS (Circular normativa, nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG), os doentes que se encontram a realizar terapia anti-hipertensora, deverão realizar consultas mensais, até que sejam atingidos os valores tensionais desejáveis. Após a estabilização da PA, os hipertensos deverão realizar consultas com intervalos de 3 a 6 meses.

4. Adulto Jovem

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

De acordo com as mesmas autoras os adultos jovens são, por norma, mais ativos apresentando menos doenças graves que os outros grupos etários. Estes tendem a ignorar sintomas físicos e geralmente adiam tratamento médico. Farah e Sá (2008. P. 77)

Desse modo tornou-se atrativo o estudo do adulto jovem, uma vez que segundo as mesmas autoras (2008, p. 77) o adulto jovem considera-se um ser indestrutível, inatingível por seres patogénicos e doenças, ele apresenta outras preocupações, referindo “ não ter tempo para ficar doente.

Desse modo optou-se por estudar os adultos jovens residentes no Concelho de Ponte de Lima, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2013), Ponte de Lima contem 43 283 habitantes, sendo 20 336 do sexo masculino e 22 947 do sexo feminino. Adultos jovens

PARTE II-FASE METODOLÓGICA

CAPITULO I-METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Atendendo a fase inicial do presente projeto de investigação, no qual foram abordados a definição e delimitação do problema de investigação, a pergunta de partida, as questões e os objetivos de investigação bem como todos os aspetos relacionados com o enquadramento teórico, abordar-se-á de seguida a fase metodológica.

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

Para Ribeiro (2010, p. 51),

“Os desenhos e os métodos de investigação (...) permitem, ou não, responder à grande questão de investigação colocada no início, que permitem recolher a informação necessária (...), do modo apropriado, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspetos mais importantes da investigação.”

1. Meio

O investigador precisa definir o meio em que será conduzido o estudo. Os estudos podem ser conduzidos dentro e fora dos laboratórios, os realizados fora dos laboratórios têm a designação de estudos em meio natural, este não dá lugar a um controlo tão rigoroso. Este estudo foi realizado em meio natural, ou seja, junto da população (Fortin, 2009, p. 217).

2. Tipo de Estudo

Neste estudo de investigação, a recolha e o processamento de dados foi efetuada com uma abordagem quantitativa. Segundo Ribeiro (2010, p. 79) “A investigação quantitativa caracteriza – se por se expressar através de números (...)”

Para Fortin (2009, pp. 29 e 30),

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

O tipo de estudo utilizado é um descritivo simples, este permite identificar as características de determinado acontecimento, de forma a obter uma visão alargada de uma situação ou população. No estudo descritivo simples o investigador estuda uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com o objetivo de destacar as características de uma população. Fortin (2009, p. 236)

3. População

Depois de selecionado o terreno de pesquisa é necessário definir e caracterizar a população alvo. Segundo Marconi e Lakatos (2007, p. 41) o termo universo ou população é um grupo de seres animados ou inanimados que apresentam no mínimo uma característica em comum.

Fortin (2009, p. 311) refere que “ A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”. Segundo a mesma autora, como raramente é possível estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população que se encontra disponível e acessível, ou seja a população acessível é a parcela de população alvo que se pode aceder.

Tendo em conta os referidos autores, a população incluída são os adultos jovens residentes no concelho de Ponte de Lima com diagnóstico de HTA.

4. Amostra

Marconi e Lakatos (2007, p. 41) afirmam que amostra é:

“ (...) uma porção ou parcela, convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo”.

Para tal, foram formulados critérios de inclusão que funcionaram como guias importantes para a seleção dos elementos que constituíram a amostra, sendo eles:

- Saber ler e escrever, para que pudessem ler as questões do questionário e responder por escrito às mesmas;
- Serem adultos jovens;
- Serem pessoas com diagnóstico de HTA, confirmado;

Assim sendo, fizeram parte da amostra 51 pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico de HTA confirmado, residentes no Concelho de Ponte de Lima, que no período compreendido entre 15 de Abril e 12 de Maio de 2013, determinado para realização de colheita de dados na comunidade se mostrou disponível para fazer parte deste estudo de investigação.

Esta amostra foi selecionada em função do tempo para a realização da investigação e respetiva colheita de dados e composta por todos os elementos que se disponibilizaram em responder ao questionário.

Segundo Hulley et al. (2008,p. 47) “ os critérios de inclusão definem as características principais da população-alvo relacionadas à questão de pesquisa”

5. Processo de Amostragem

Estudar toda a população seria praticamente impossível, daí a necessidade de estudar apenas uma parte do universo. O problema da amostragem prende – se a escolher, uma

parte ou amostra, de tal forma que ela seja a mais representativa possível de toda a população. Marconi e Lakatos (2007, p. 41). Desta forma, o investigador deve definir o processo de amostragem a utilizar no estudo para assim definir a sua amostra.

Tendo em conta as características do presente estudo, considerou-se essencial utilizar o processo de amostragem não probabilístico acidental. Não probabilística pois é um processo pelo qual os elementos da população não têm igual probabilidade de serem escolhidos para fazerem parte da amostra. Fortin (2009, p. 321)

Para além de não probabilística, também se trata de uma técnica de amostragem acidental ou de conveniência, pelo que, esta é constituída por sujeitos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão, ou seja permite escolher sujeitos que estão no momento certo e no local certo. Fortin (2009, p. 321)

6. Método de Colheita de Dados

Os dados podem ser recolhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ai investigador determinar o tipo de instrumento de colheita de dados que melhor convém aos objetivos da investigação e ao tipo de estudo. Fortin (2009, p. 368)

Para este estudo e atendendo à natureza do mesmo, foi considerado pertinente utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário.

6.1. Questionário

Atendendo à natureza do problema em estudo e a população alvo optou-se pela aplicação de um questionário como instrumento para colheita de dados, pois este é o meio mais pertinente para atingir os objetivos delineados anteriormente.

O questionário, segundo Marconi e Lakatos (2007, p. 98),

“(...)é um instrumento de colheita de dados constituído por uma serie ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

O questionário utilizado no presente estudo de investigação foi de aplicado diretamente aos participantes, ou seja, o questionário foi fornecido ao inquirido pelo próprio investigador para que ele próprio responda às questões Quivy e Campenhoudt (2008, p. 188)

Desta forma o questionário para colheita de dados foi aplicado no período compreendido entre 15 de Abril e 12 de Maio de 2013, aos adultos jovens residentes em Ponte de Lima com diagnóstico de HTA, que se mostraram disponíveis para a participação no presente estudo de investigação, atendendo aos critérios de inclusão do presente projeto de investigação.

O instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira denominada por caracterização da amostra, que compreende dados pessoais do inquirido e na segunda é efetuada a avaliação da mudança dos hábitos alimentares após diagnóstico de HTA (Anexo 3).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008, p. 189) consideram como principais vantagens do questionário a possibilidade de quantificar uma variedade de dados, proceder a numerosas análises de correlação e a sua representatividade ser facilmente satisfeita. No entanto, esta representatividade nunca é absoluta.

6.2. Pré-teste

O pré-teste é a prova que pretende verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo, este permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções pertinentes. Fortin (2009, p. 386)

Para Marconi e Lakatos (2007, p. 32),

“Elaborados os instrumentos de pesquisa, o procedimento mais utilizado para averiguar a sua validade é o teste preliminar ou pré-teste. Consiste em testar os instrumentos da pesquisa sobre uma pequena parte da população do “universo” ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso.”

Neste sentido, elaborou-se um pré-teste, no período anterior à recolha de dados, de forma a assegurar a viabilidade do método de recolha de dados e avaliar se o produto da recolha de dados se enquadra com o objeto de estudo que o investigador pretendeu desenvolver.

Desta forma o pré-teste foi realizado no dia 15 de Abril de 2013 a 5 adultos jovens residentes no concelho de Ponte de Lima, que apresentavam as mesmas características da amostra pretendida, não sendo estes, posteriormente incluídos na fase de colheita de dados.

Após a aplicação do pré-teste, o investigador pode avaliar o nível de compreensão da terminologia utilizada, através das respostas referidas pelos adultos jovens questionados, não sendo necessário efetuar alterações no questionário.

7. Considerações Éticas

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

De acordo com Hulley et al. (2008, pp. 243 e 244) os três princípios éticos orientam as pesquisas com seres humanos, e são eles: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

O princípio do respeito à pessoa exige que o investigador adquira consentimento informado e mantenha a confidencialidade. O princípio da beneficência exige que a limitação da pesquisa seja suportada cientificamente e que seja possível aceitar os

riscos. Os riscos aos participantes incluem, danos físicos e também psicológicos, tais como quebra de confidencialidade, discriminação e estigmatização. O princípio da justiça demanda que os benefícios e os encargos da pesquisa sejam distribuídos de forma justa, este também exige acesso equitativo aos benefícios da pesquisa. Hulley et al. (2008, pp. 243 e 244)

Atendendo aos princípios enunciados anteriormente, perante os indivíduos em estudo, procedeu-se da seguinte forma:

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

Foram garantidos a confidencialidade e anonimato dos dados, colocando o consentimento informado numa caixa individualizada do questionário, de forma a garantir que nenhum deles será identificado, foi respeitada a privacidade aquando do preenchimento do questionário.

Como foi referido anteriormente foi solicitada a autorização por escrito, ou seja, o consentimento informado (ver anexo 2), para colheita de dados, assegurando que a sua participação no estudo foi voluntária.

PARTE III-FASE EMPÍRICA

CAPITULO I-APRESENTAÇÃO/ ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Terminada a colheita de dados junto dos elementos da amostra é necessário realizar a análise e interpretação dos dados, bem como a sua discussão. Para isso, foram transcritos os dados recolhidos através de um questionário de aplicação direta e efetuada respetiva apresentação, análise e discussão dos resultados.

Segundo Fortin (2009, p. 472), nesta fase realiza-se a análise estatística dos dados, efetuada através do instrumento de colheita de dados, prestando principal atenção nos resultados obtidos, de forma a comparar resultados obtidos entre si, e relativamente às teorias e trabalhos anteriormente realizados.

1. Apresentação/Análise de Dados e Discussão de Resultados

Nesta fase apresenta-se os resultados obtidos através do questionário como referido anteriormente. Com ajuda do programa informático Microsoft Excel, estes foram tratados através de estatística descritiva. Para Fortin (2009) este tipo de estatística visa “destacar o conjunto de dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos”.

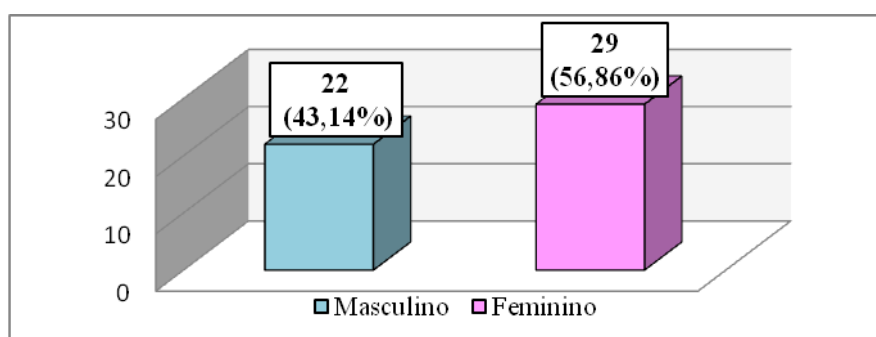
Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos, com o objetivo de promover uma uniformidade ao longo de toda a fase empírica. A apresentação e a análise de dados, serão efetuadas com base na estrutura do instrumento de colheita de dados, ou seja, em duas partes, sendo a primeira parte a caracterização da amostra e a segunda parte a avaliação da mudança dos hábitos alimentares do adulto jovem após diagnóstico de HTA.

Após a apresentação e análise dos dados é realizada a discussão dos mesmos, onde se faz a comparação dos resultados com estudos de investigação recentes, tendo por base os objetivos que se pretendem atingir inicialmente, baseando a exposição em fundamentos teóricos e nos resultados de pesquisas atuais.

1.1. Caracterização da Amostra

A amostra selecionada para o presente estudo de investigação foi caracterizada perante as seguintes categorias: Género, idade, Escolaridade, Estado civil, Cor da pele, Peso, Altura, IMC, Profissão, Período de tempo em que recebeu o diagnóstico de HTA, Uso de medicação para a HTA, História familiar de HTA, Uso de anticoncepcionais orais (pilula), Medidas preventivas no controlo da HTA e Presença de alteração de dieta alimentar após diagnóstico de HTA.

Gráfico 1: Distribuição dos dados relativamente ao género da amostra

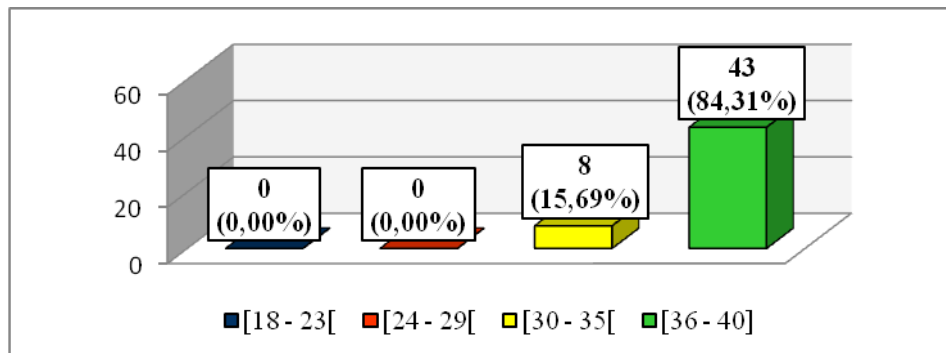


De acordo com os dados, apresentados no Gráfico 1, pode verificar-se que o género feminino preenche maioritariamente a amostra, sendo que 56,86% (29 indivíduos) eram do género feminino, enquanto 43,14% (22 indivíduos) eram do género masculino.

Estes resultados estão de acordo com Mallette (2006, p. 56) referindo que:

“Quanto à hipertensão arterial, ela representa, sempre de acordo com a OMS, o segundo maior fator de risco de morte nas mulheres nos países mais desenvolvidos (...)”

Por sua vez, Coca et al. (2010) no estudo realizado sobre Consumo alimentar e sua influência no controle da Hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os Sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados afirma que “Os homens são os mais atingidos, mas há um crescente aumento de mulheres com hipertensão acima dos trinta anos, em virtude das mudanças nos hábitos de vida, do uso de anticoncepcionais (...)”

Gráfico 2: Distribuição dos dados relativamente à idade da amostra

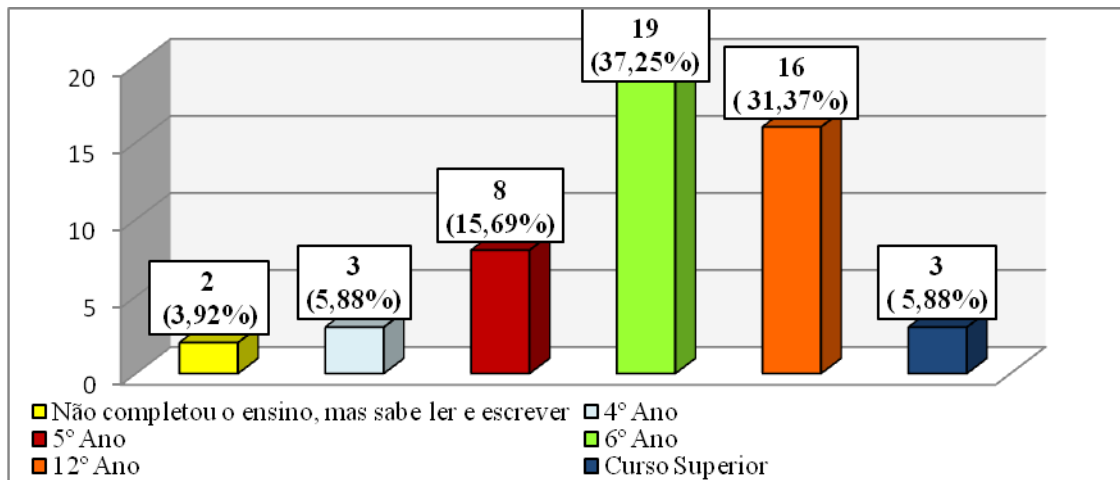
Após a observação dos dados acima apresentados no Gráfico 2, verifica-se que o limite mínimo de idade da amostra é 30 anos e o limite máximo é 40 anos. Uma vez que foram usados critérios de inclusão os indivíduos que participaram na amostra foram apenas os que tinham idades compreendidas entre [18 – 40] anos, ou seja os adultos jovens. Assim verifica-se que a amostra ocupa maioritariamente o intervalo dos 36 anos aos 40 anos, correspondendo a 84,31 % (43 indivíduos) da amostra, o intervalo dos 30 anos aos 35 anos representa 15,69 % (8 indivíduos) da amostra.

Estes resultados vão de encontro com Brandão et al. (2006, p. 27) que afirma “A pressão arterial eleva-se com a idade (...)”

Também de acordo com Nolêto et al. (2011) num estudo realizado sobre conhecimento dos hipertensos sobre a doença revelou que:

“A idade, (...) é um fator de risco importante, na Hipertensão, pois o envelhecimento traz mudanças estruturais significantes aos vasos arteriais de grosso calibre, tornando-os mais rígidos e menos complacentes (...)”

Gráfico 3: Distribuição dos dados relativamente ao grau de escolaridade da amostra



Relativamente à escolaridade, verificou-se pelo Gráfico 3, que 37,25% (19 indivíduos) da amostra apresentava o 6º ano, 31,37% (16 indivíduos) apresentava o 12º ano, 15,69% (8 indivíduos) apresentava o 5º ano. No que respeita aos indivíduos que não completaram o ensino, mas sabiam ler e escrever, 4º ano e curso superior verificou-se que apresentavam 3,92% (2 indivíduos), 5,88% (3 indivíduos) e 5,88% (3 indivíduos) da amostra, respetivamente.

Apesar de não estar diretamente relacionado com a presença de HTA, o grau de escolaridade, observa-se que a maioria dos inquiridos com diagnóstico de HTA, apresentam poucas habilitações literárias, sendo na sua maioria possuidores apenas do 6º ano de escolaridade. De acordo (Montovani, 2009, *cit. in* Nolêto et al., 2011) “Quanto ao nível de escolaridade, ficou demonstrado que há uma queda na proporção da hipertensão arterial conforme o grau de educação aumenta. (...) O nível de escolaridade é um dado relevante, pois interfere diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento e no grau de cuidados com a saúde”

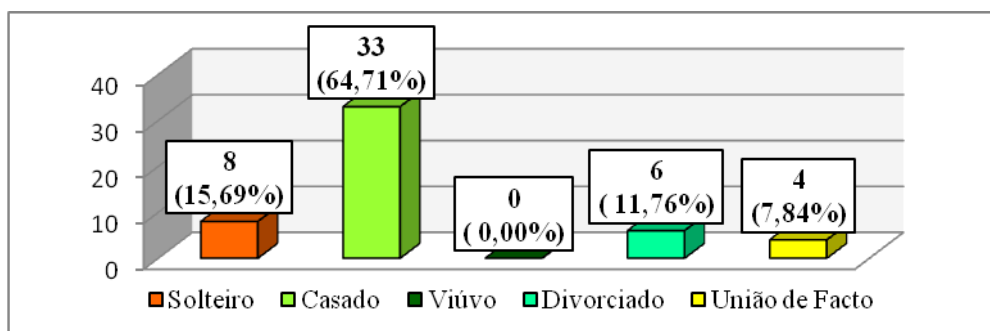
Também de acordo com Baldissera et al. (2009) no estudo sobre a Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde, concluíram que baixo grau de escolaridade apresenta relação direta com o baixo nível socioeconómico, o que por

sua vez se associa a outros fatores de risco para a HTA, como o difícil acesso à informação e serviços de saúde.

Teixeira et al. (2006) No estudo sobre O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial, também refere que:

“(…) o aumento da escolaridade é inversamente proporcional à percentagem de hipertensos. Consta-se uma tendência na queda da média da pressão arterial à medida que o grau de educação aumenta.”

Gráfico 4: Distribuição dos dados relativamente ao estado civil da amostra



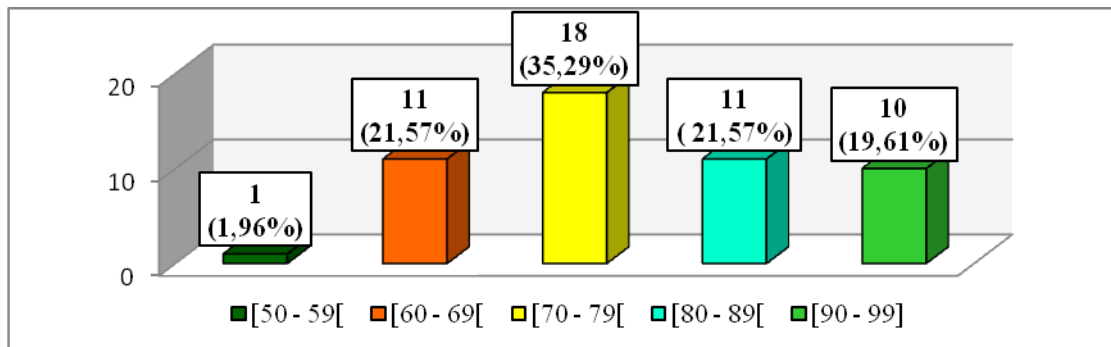
Atendendo aos dados acima apresentados, verificou-se que na sua maioria a amostra era composta por indivíduos casados, correspondendo a 64,71% (33 indivíduos) da amostra, seguindo-se com 15,69% (8 indivíduos) da amostra os solteiros, 11,76% (6 indivíduos) da amostra os divorciados e 7,84% (4 indivíduos) da amostra os que viviam em união de facto e nenhum inquirido da amostra referiu ser viúvo.

No que respeita ao estado civil, observou-se que 64,71% (33 indivíduos) da amostra, a maior percentagem, eram casados. De acordo com Pierin (2004, p. 279) os fatores biossociais, como é o caso da escolaridade e o estado civil são relevantes na presença de HTA, nomeadamente no tratamento e controlo da hipertensão.

Embora a totalidade da amostra seja de raça branca, pele branca, segundo Pessuto e Carvalho (2008) no estudo sobre Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial, referem “Em relação à raça, a negra é mais atingida, sendo que a maior

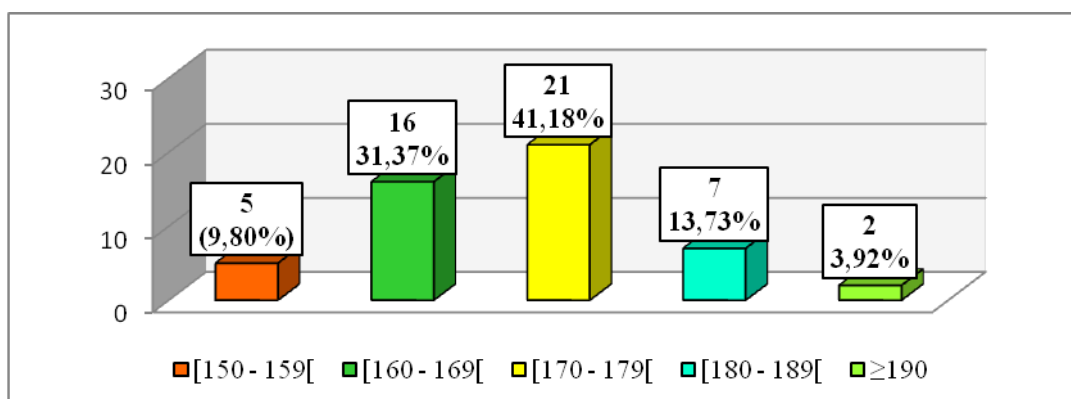
incidência de hipertensão arterial na raça negra ocorre na faixa etária entre 35 a 44 anos”

Gráfico 5: Distribuição dos dados relativamente ao peso corporal (Kg) da amostra



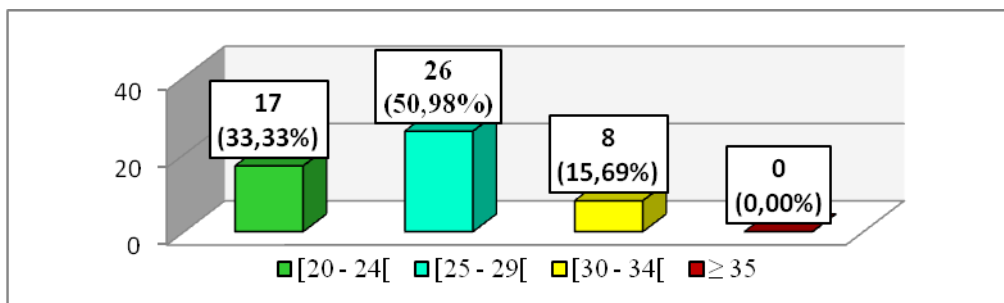
De acordo com os dados apresentados verificou-se que 35,29% (18 indivíduos) da amostra apresentava um peso que corresponde ao intervalo entre os 70 kg e 79kg, seguindo-se com 21,57% (11 indivíduos) da amostra os intervalos entre os 60kg e 69kg e entre os 80kg e 89kg. Seguindo-se o intervalo entre os 90kg e 99kg, 19,61% (10 indivíduos) da amostra e finalmente os indivíduos com peso correspondente ao intervalo entre 50kg e 59kg com 1,96% (1 indivíduo) da amostra.

Gráfico 6: Distribuição dos dados relativamente à altura corporal (Cm) da amostra



Como se observa pelos dados acima apresentados, o limite mínimo de altura dos indivíduos da amostra é 150Cm e o limite máximo igual ou superior a 190Cm. Desta forma, verificou-se que amostra preenche maioritariamente o intervalo que varia dos 170Cm e 179Cm, correspondendo a 41,18% (21 indivíduos) da amostra, o intervalo dos 160Cm e 169Cm corresponde a 31,37 % (16 indivíduos), no que respeita ao intervalo entre os 180Cm e 189Cm, corresponde a 13,73% (7 indivíduos) da amostra, com 9.80% (5 indivíduos) da amostra encontra-se o intervalo entre 150Cm e 159Cm, finalmente com 3,92% (2 indivíduos) da amostra encontram-se os indivíduos com altura igual ou superior a 190Cm.

Gráfico 7: Distribuição dos dados relativamente ao índice de massa corporal (kg/m^2) da amostra



No que respeita ao IMC, como se pode verificar nos dados acima apresentados 50,98% (26 indivíduos) da amostra apresentava um IMC correspondente ao intervalo entre 25 e 29 Kg/m^2 , seguindo-se com 33,33% (17 indivíduos) da amostra o intervalo entre 20 e 24 Kg/m^2 , por fim os indivíduos com IMC entre 30 e 34 com 15,69% (8 indivíduos).

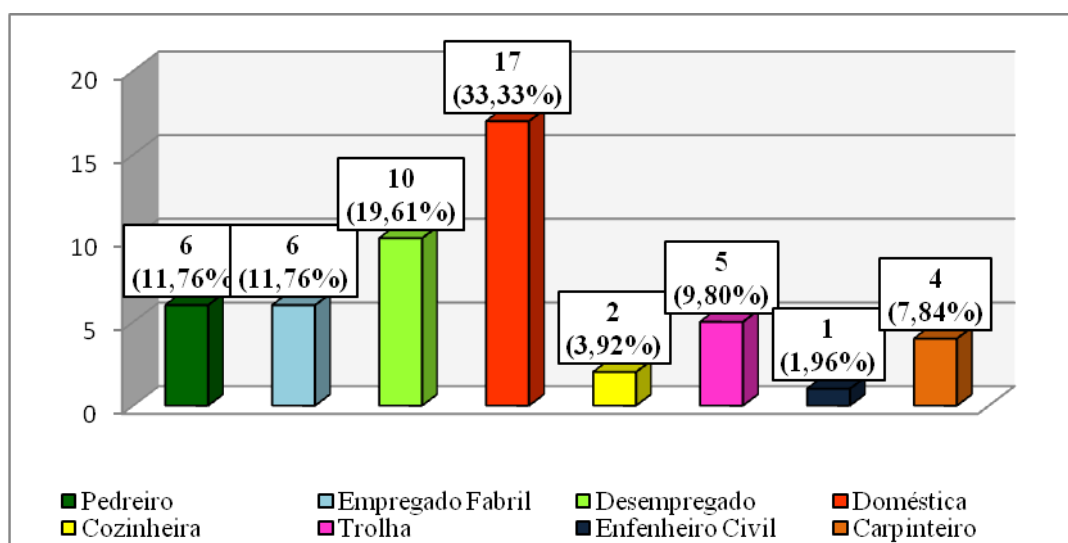
Ao calcular-se o índice de massa corporal (IMC), isto é o peso em quilogramas a dividir por duas vezes a altura em metros, e segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde, que considera o IMC entre 24 e 29,9 kg/m^2 como sobrepeso e $\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg}/\text{m}^2$ como obesidade, conclui-se que os inquiridos apresentam excesso de peso 50,98% da amostra e obesidade 15,69% da amostra. Sem dúvida que existe uma relação entre a existência de excesso de peso e a HTA, o que vai de encontro com Fajardo (2006) no estudo sobre A importância da abordagem não – farmacológica da hipertensão arterial sistémica, que afirma que doentes portadores de HTA que tenham sobrepeso, devem ser

estimulados a reduzir e controlar o peso, pois existe uma relação direta com o aumento da pressão arterial, além de ser um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, estudos epidemiológicos mostram que indivíduos com $IMC > 27\text{kg/m}^2$ apresentam maior risco de desenvolver patologias como DM tipo 2, HTA, dislipidemia e coronariopatia.

Boaventura e Guandalini (2007), no estudo sobre a Prevalência de hipertensão arterial e Presença de excesso de peso em pacientes, atendidos em um ambulatório universitário de Nutrição na cidade de São Carlos, afirmam que “ Pesquisas epidemiológicas relatam aumentos de três a oito vezes na frequência de hipertensão arterial entre indivíduos obesos”.

Também de acordo com Amer et al. (2010) no estudo sobre IMC e hipertensão arterial em adultos, afirmam que “ (...) estudos epidemiológicos têm mostrado que a prevalência de hipertensão arterial é bem mais elevada em indivíduos com peso acima do normal do que naqueles dentro da faixa de peso normal”. Ainda segundo os mesmos autores o controlo do peso constitui uma medida importante para a redução dos níveis de HTA e conseqüentemente, para a promoção da saúde e a prevenção de outras doenças cardiovasculares.

Gráfico 7: Distribuição dos dados relativamente à profissão da amostra

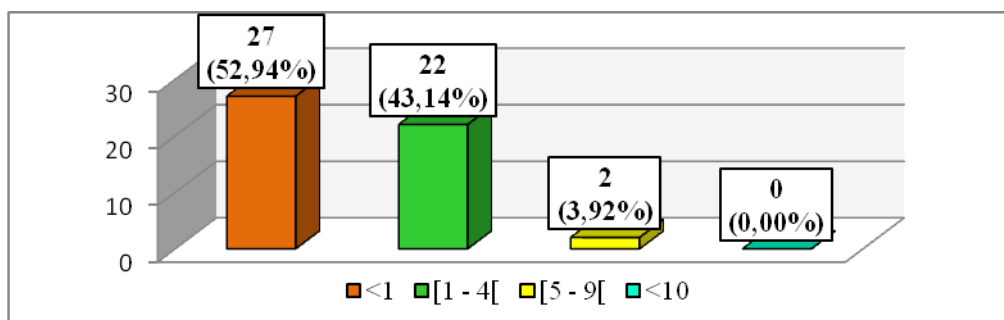


No que respeita à profissão, como se pode verificar nos dados acima apresentados 33,33% (17 indivíduos) da amostra disseram ser domésticas, sendo que 19,61% (10 indivíduos) da amostra referiram estar desempregada, 11,76% (6 indivíduos) da amostra, cada uma, encontram-se as profissões Pedreiro e Empregada Fabril, com 9,80% (5 indivíduos) e 7,84% (4 indivíduos) encontra-se a profissão de trolha e carpinteiro, respetivamente, com 3,92% (2 indivíduos) da amostra desempenham a profissão de cozinheira, finalmente com 1,96% (1 indivíduo) da amostra, cada uma, encontram-se a profissão de Engenheiro Civil.

No que respeita à profissão, verifica-se que 33,33% da amostra referiram ser domésticas e 19,61% desempregados, o que vai de encontro com Pierin (2004, p. 322), uma vez que este refere que os “ Normotensos sedentários têm um risco 20% e 50% maior de desenvolver hipertensão quando comparados a normotensos fisicamente ativos”.

Também segundo Pessuto e Carvalho (2008), no que respeita à profissão “ (...) alguns estudos relacionam a profissão/ocupação com a elevação da pressão arterial, sendo que os índices mais baixos de pressão arterial ocorrem no grupo socialmente mais privilegiado e os que nunca trabalharam ocupam uma posição intermediária em relação à prevalência de hipertensão.”

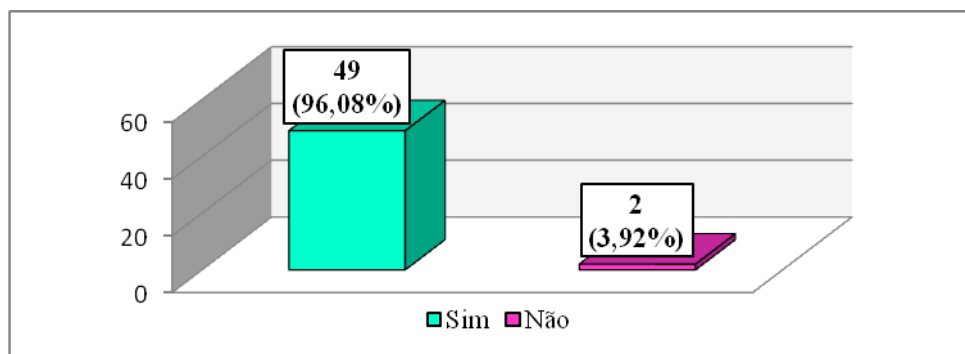
Gráfico 8: Distribuição dos dados relativamente ao período de tempo em que a amostra recebeu o diagnóstico de HTA



Atendendo aos dados apresentados no Gráfico 10 verificou-se que 52,94% (27 indivíduos) da amostra mencionou receber diagnóstico de HTA há menos de 1 ano,

43,14% (22 indivíduos) da amostra referiu receber diagnóstico de HTA entre 1 e 4 anos, finalmente 3,92% (2 indivíduos) disse saber do diagnóstico de HTA entre 5 e 9 anos.

Gráfico 9: Distribuição dos dados relativamente ao uso de medicação para a HTA pela amostra

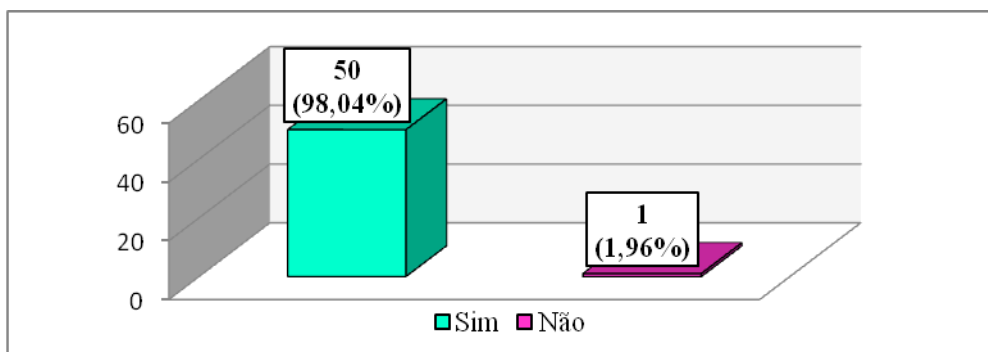


No que respeita à toma de medicação para o controlo da HTA, 96,08% (49 indivíduos) da amostra afirmou tomar medicação, por sua vez 3,92% (2 indivíduos) da amostra respondeu não tomar medicação para a HTA.

Atendendo aos dados apresentados, verificou-se que quase a totalidade da amostra refere tomar medicação para o controlo da HTA, 96,08% da amostra, o que vai de encontro com a DGS, (Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013), onde é referido “ Um doente que esteja a receber tratamento farmacológico anti-hipertensor, considera-se à partida como hipertenso, independentemente dos seus valores tensionais.”

Os resultados obtidos também vão de encontro, com os resultados do estudo do estudo de Piati et al. (2009) uma vez que “A maioria dos entrevistados (95%; n = 40) fazia uso diariamente de medicamento para HAS (...)”

Gráfico 10: Distribuição dos dados relativamente à presença de história familiar de HTA na amostra

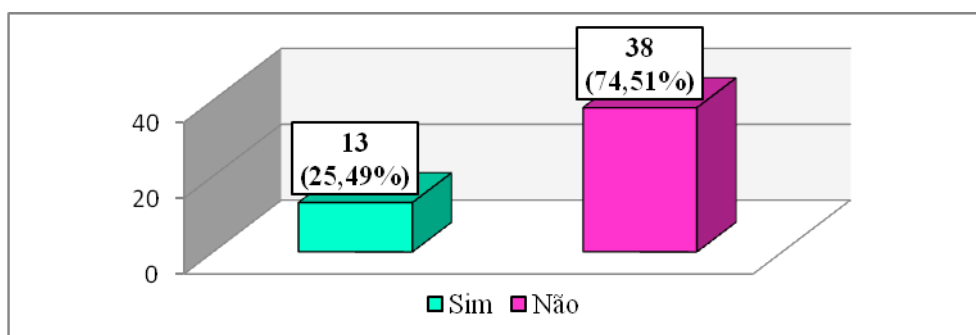


De acordo com os dados acima apresentados, 98,04% (50 indivíduos) da amostra, respondeu afirmativamente relativamente a apresentarem história familiar de HTA, por sua vez 1,96% (1 indivíduo) da amostra respondeu não ter história familiar de HTA.

Os dados vão de encontro com Piaty et al. (2009), uma vez que este afirma que “ Os antecedentes familiares são um fator de risco não modificável e independente, principalmente no parentesco de primeiro grau com patologias coronária.”

Também de acordo com (Barreto-Filho e Krieger, 2003, *cit. in* Silva, e Souza., 2004) “Dos fatores envolvidos na fisiopatogenese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos.

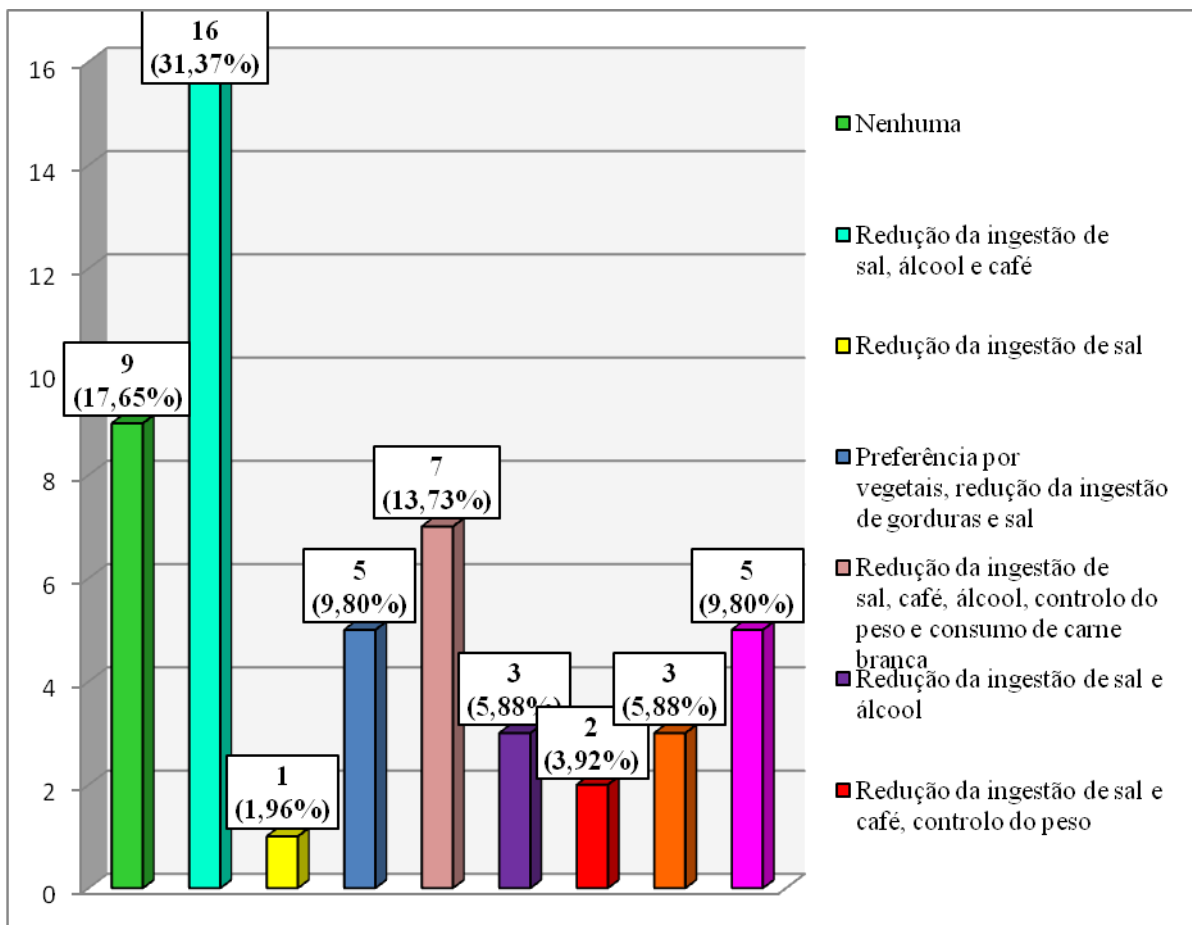
Gráfico 11: Distribuição dos dados relativamente ao uso de anticoncepcionais orais pela amostra



De acordo com os dados apresentados, observa-se que 74,51% (38 indivíduos) da amostra referiu não fazer uso de anticoncepcionais orais. Em contrapartida 25,49% (13 indivíduos) mencionou usar anticoncepcionais orais.

Os dados não vão de encontro com estudos anteriormente realizados, uma vez que a presença de HTA está intimamente ligada com o uso de anticoncepcionais orais hormonais, segundo (CBHA 2001 *cit. in* Silva e Souza., 2004) refere que a ingestão de anticoncepcionais orais deve ser considerada como possível causa de hipertensão. Embora não haja contraindicação formal, o uso de anticoncepcionais orais deve ser evitado em mulheres com mais de 35 anos de idade e em obesas, pelo maior risco de hipertensão arterial.

Gráfico 12: Distribuição dos dados relativamente ao tipo de medidas preventivas usadas no controlo da HTA pela amostra

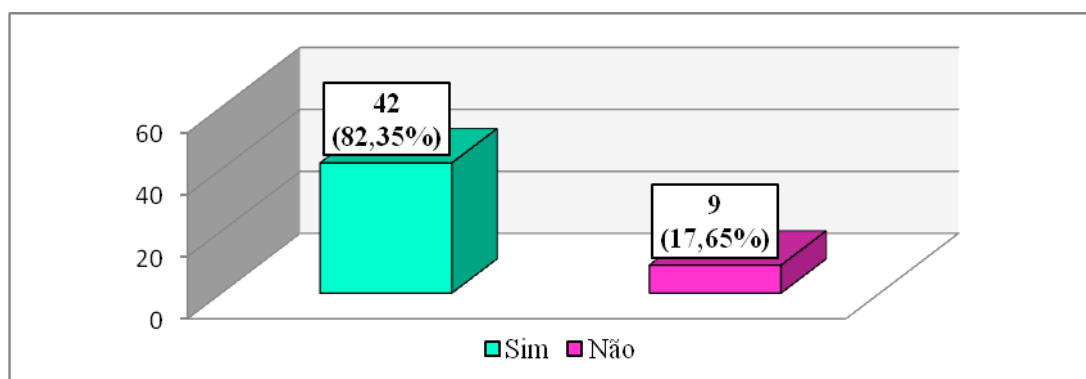


Quanto às medidas que utilizam no controlo da HTA, como se pode verificar pelo Gráfico 14, 31,37% (16 indivíduos) da amostra referiu utilizar a redução da ingestão de sal, álcool e café, 17,65% (9 indivíduos) da amostra referiu não usar nenhuma medida preventiva no controlo da HTA, 13,73 % (7 indivíduos) respondeu ter reduzido a ingestão de sal, café, álcool e proceder ao controlo do peso, 9,80 % (5 indivíduos) da amostra disse dar preferência ao consumo de vegetais e redução da ingestão de sal e gorduras, 9,80% (5 indivíduos) da amostra referiu a redução da ingestão de gorduras sal e café como medidas preventivas, 5,88% (3 indivíduos) mencionou ter reduzido a ingestão de sal e café e reduzido ingestão de sal e álcool, 3,92% (2 indivíduos) da amostra referiu ter reduzido a ingestão de sal e café e controlar o peso e finalmente 1,96% (1 indivíduo) da amostra disse ter reduzido a ingestão de sal como medida preventiva no controlo da HTA.

No que concerne às medidas utilizadas no controlo da HTA, as medidas adaptadas são distintas, e vão de encontro com a DGS (Circular normativa, 2013, N°026/DGCG) que refere que a adaptação de medidas preventivas, são fundamentais e devem ser integradas no tratamento da HTA, medidas essas como a redução do peso, adaptação de uma dieta rica em frutas, vegetais e com baixo teor em gorduras saturadas, redução da ingestão de sal, álcool e café.

Verificou-se que a maioria dos inquiridos com diagnóstico de HTA, referiu mais do que uma medida preventiva usada no controlo da HTA, o que vai de encontro com ao que refere o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares (2006) pois a opção por tomar uma medida isolada no controlo da HTA não é suficiente, pelo que devem ser adotadas medidas integradas, de forma a controlar os fatores de risco, tais como a obesidade, o álcool, o sal, entre outros.

Gráfico 13: Distribuição dos dados relativamente à alteração da dieta alimentar da amostra após diagnóstico de HTA



De acordo com os dados apresentados, observou-se que 82,35% (42 indivíduos) da amostra referiu ter alterado a sua dieta alimentar após diagnóstico de HTA. Em contrapartida 17,65% (9 indivíduos) da amostra mencionou não ter alterado a sua dieta alimentar após diagnóstico de HTA.

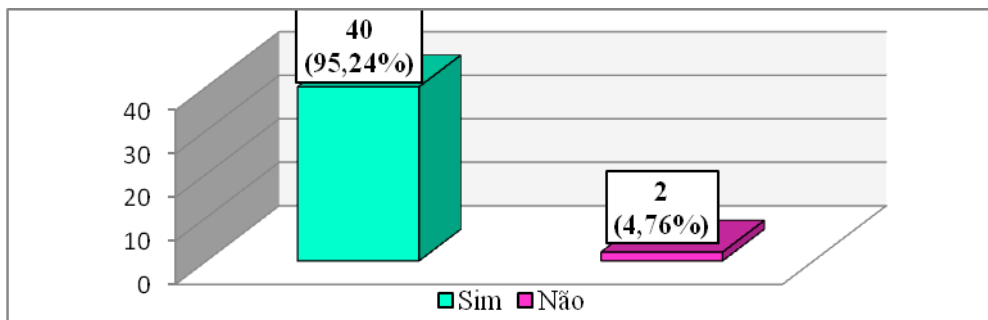
A alteração da dieta alimentar é fundamental no controlo e prevenção da HTA, a maioria dos inquiridos 82,35% da amostra afirmou ter alterado os seus hábitos alimentares após o diagnóstico, o que vai de encontro com Coca et al. (2010), referem que a dietoterapia para hipertensos tem como objetivo oferecer uma dieta que reduza os níveis de PA, e elimine ou minimize a quantidade de medicamentos, que possa controlar o peso do doente, evitando obesidade e desse modo ajudar a melhorar as suas condições de vida.

1.2. Mudança dos hábitos alimentares do adulto jovem após diagnóstico de HTA

Após a caracterização da amostra é importante verificar se os indivíduos com diagnóstico de HTA, reagem perante essa situação, nomeadamente no que respeita ao facto de terem recebido informação sobre alimentação para o controlo da HTA e se sim quem os informou, quais as principais mudanças efetuadas na alimentação após diagnóstico de HTA, no que se refere à ingestão de sal, água, café, número de refeições diárias, frequência de consumo de carne, leite e ovos, arroz, massa e pão, óleo,

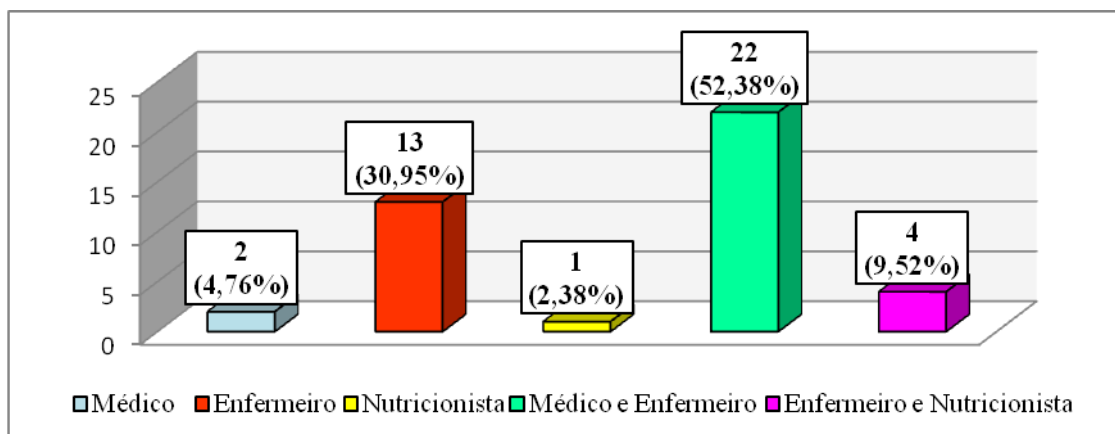
margarina e azeite e frutas, verduras e legumes e ingestão de bebidas alcoólicas e banha de porco.

Gráfico 14: Distribuição dos dados relativamente à informação recebida pela amostra sobre a alimentação para o controlo da HTA



Atendendo aos dados apresentados, observa-se que 95,24% (40 indivíduos) da amostra referiu ter recebido informação sobre a alimentação na HTA, por sua vez 4,76% (2 indivíduos) da amostra disse não ter recebido informação sobre alimentação na HTA.

Gráfico 15: Distribuição dos dados relativamente ao profissional que informou a amostra sobre a alimentação para o controlo da HTA

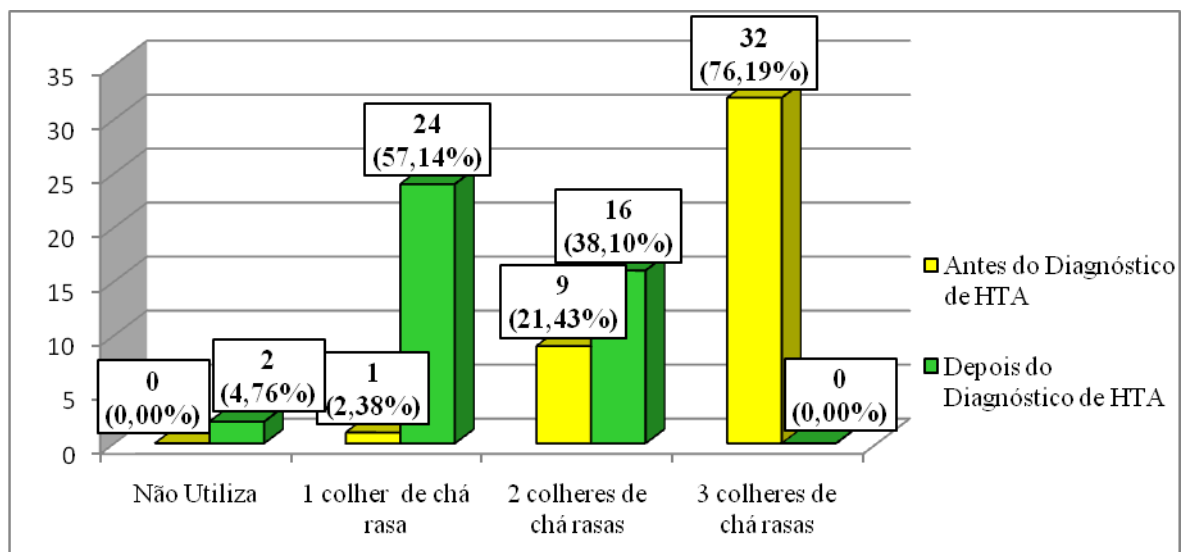


Como se pode verificar pelos dados acima referenciados, das opções apresentadas observa-se que 52,38% (22 indivíduos) referiu ter sido o Médico e Enfermeiro a informar sobre alimentação para o controlo da HTA, 30,95% (13 indivíduos) da amostra

disse ter sido o Enfermeiro a informar sobre a alimentação para o controlo da HTA, 9,52% (4 indivíduos) da amostra mencionou ter sido informada sobre alimentação na HTA pelo Enfermeiro e Nutricionista, 4,76% (2 indivíduos) da amostra disse ter sido informada pelo Médico sobre a alimentação a usar no controlo da HTA, finalmente 2,38% (1 indivíduo) da amostra afirmou ter sido informada sobre alimentação para o controlo da HTA pelo Nutricionista.

Os principais resultados do gráfico não vão de encontro com o estudo de Coca et al. (2010) que referem “ (...) quando questionados sobre o recebimento de algum tipo de informação sobre alimentação específica para hipertensão, homens e mulheres responderam negativamente. Em relação a quem lhes informou, houve resultado idêntico quanto aos profissionais, médico e nutricionista (32,1%).”

Gráfico 16: Distribuição dos dados relativamente à quantidade média de sal usada diariamente pela amostra



Como se pode verificar pelos dados acima apresentados, 76,19% (32 indivíduos) da amostra afirmou consumir 3 colheres de chá rasas diariamente antes do diagnóstico de HTA, contudo após o diagnóstico de HTA, nenhum indivíduo da amostra afirmou o consumo de 3 colheres de chá rasas de sal, diminuído o consumo de sal para 1 colher e

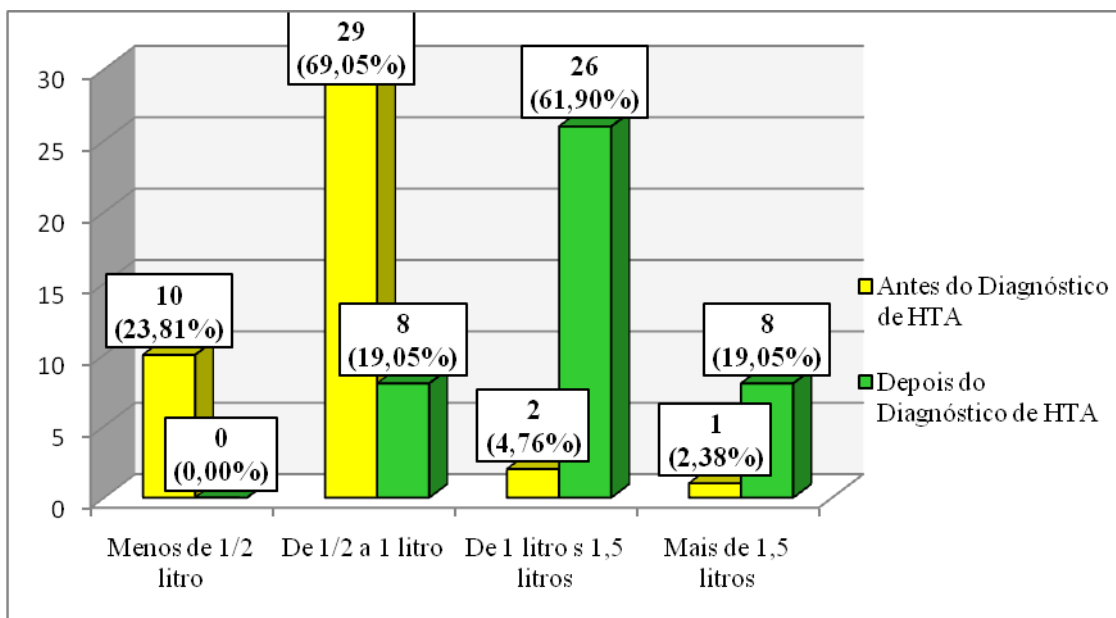
2 colheres de sal 57,14% (24 indivíduos) da amostra e 38,10% (16 indivíduos) da amostra respetivamente.

Relativamente ao consumo de sal diário, verificou-se que depois do diagnóstico de HTA houve uma diminuição do consumo de sal, o que vai de encontro com Borges e Silva (2008, p. 171) que defendem que “ a diminuição da ingestão de sódio leva a reduções de pressão arterial de 5/3 mmHg nos hipertensos e de 2/1mmHg nos normotensos.”

De acordo com Coca et al. (2010), Há uma relação direta entre a quantidade de sal ingerida e a elevação nos níveis de pressão arterial.

Também de acordo com Piaty et al. (2009), o consumo excessivo de sal na dieta é um fator de risco para as doenças cardiovasculares e para a elevação dos níveis de pressão arterial. A redução no consumo de sal auxilia o controlo da PA.

Gráfico 17: Distribuição dos dados relativamente à quantidade de água ingerida por dia pela amostra



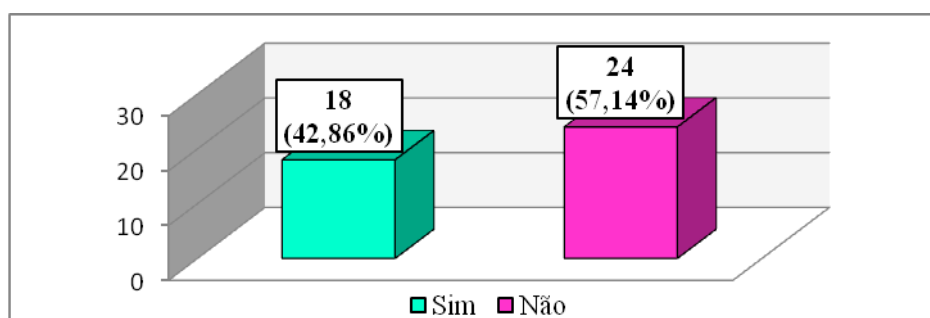
Relativamente à quantidade de água ingerida por dia, de acordo com os dados acima apresentados, verifica-se que antes do diagnóstico de HTA, 23,81% (10 indivíduos)

afirmou beber menos de $\frac{1}{2}$ de água diariamente e 69,05% (29 indivíduos) da amostra afirmou ingerir de $\frac{1}{2}$ a 1 litro de água e depois do diagnóstico de HTA, verifica-se que aumentou o consumo de água para 1 litro e 1,5 litros 61,90% (26 indivíduos) da amostra e mais de 1,5 litros de água 19,05% (8 indivíduos) da amostra.

No que respeita ao consumo de água, verificou-se após o diagnóstico de HTA, um aumento de consumo de água, 61,90% (21 indivíduos) da amostra consumiu entre 1 litro e 1,5 litros de água e 19,05% (8 indivíduos) consumiu mais de 1,5litros de água, o que vai de encontro com Borges e Siva (2008, p.161) que referem que “ Em média, deve beber cerca de um litro e meio a dois litros de água por dia, de modo a substituir todas as perdas diárias normais e a manter o equilíbrio metabólico (...)”.

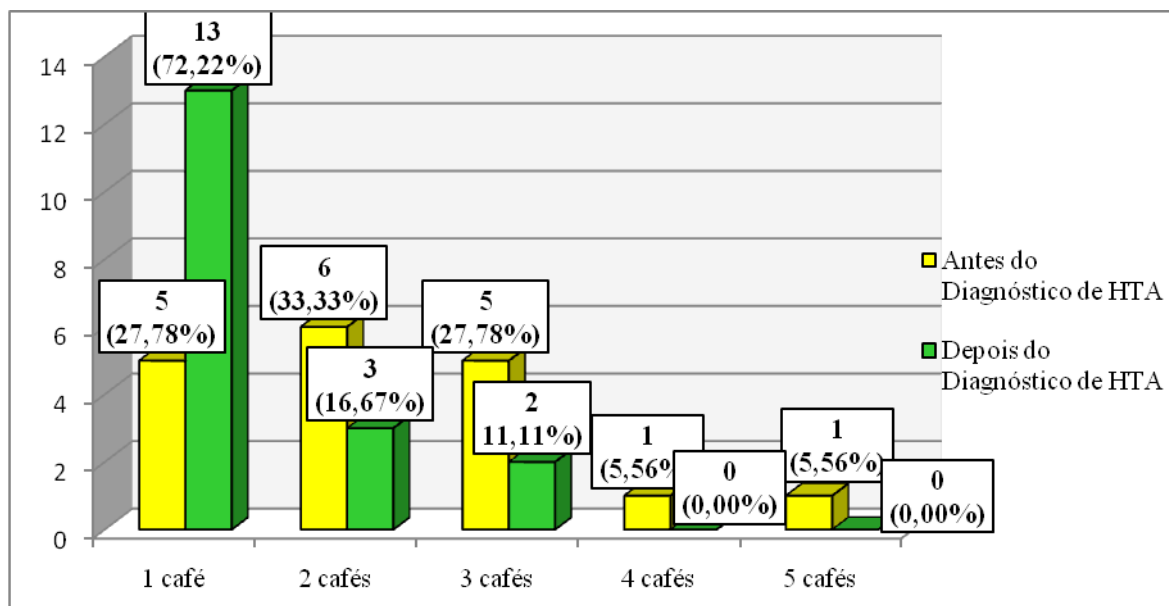
Por sua vez os dados também vão de encontro com o estudo de Coca et al. (2010) uma vez, que estes concluem no seu estudo que 62% dos inquiridos consumia de $\frac{1}{2}$ litro a um litro de água diário e apenas 34% consumia mais de 1,5litros de água. Uma vez que antes do diagnóstico de HTA os inquiridos do presente estudo, a maior percentagem 69,05% referem consumir de $\frac{1}{2}$ litro a 1 litro de água diariamente.

Gráfico 18: Distribuição dos dados relativamente à o toma de café diariamente pela amostra



Relativamente à opção referiu que costuma tomar café diariamente, atendendo aos dados acima apresentados, 57,14 %(24 indivíduos) da amostra mencionou não tomar café diariamente, por sua vez 42,86% (18 indivíduos) da amostra afirmou tomar diariamente café.

Gráfico 19: Distribuição dos dados relativamente à quantidade de cafés ingeridos diariamente pela amostra



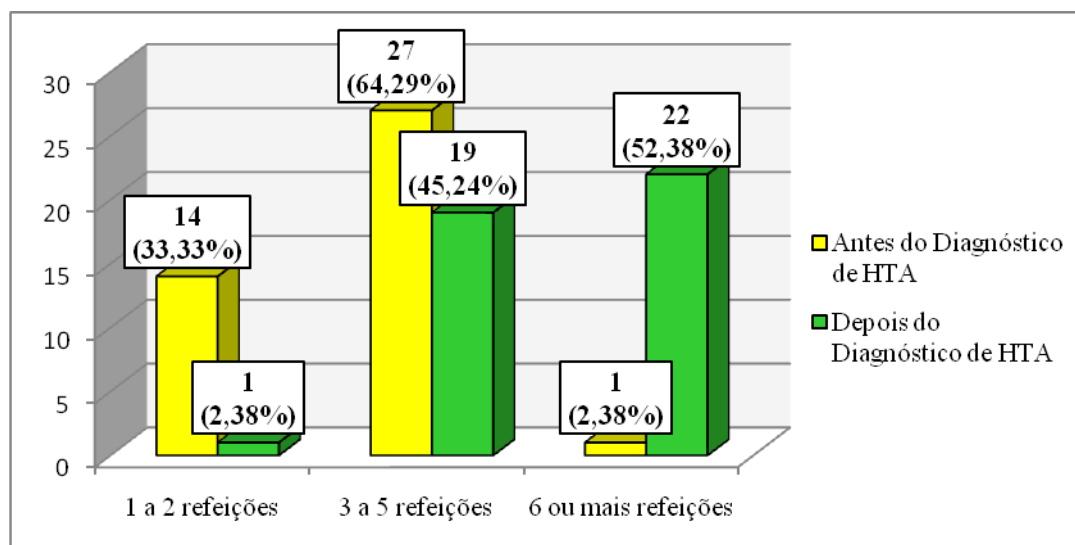
Relativamente à quantidade de cafés ingeridos diariamente, atendendo aos dados apresentados no Gráfico 21, antes do diagnóstico de HTA 72,23% (13 indivíduos) da amostra afirmou consumir mais de 2 cafés diariamente, depois do diagnóstico de HTA, verificou-se uma diminuição de consumo de café diário, 72,23% (13 indivíduos) da amostra referiu o consumo de 1 café por dia.

No que respeita ao consumo de café, verifica-se que a maior parte da amostra referiu não consumir café, 57,14% da amostra, e aqueles que consumiam, reduziram o consumo depois do diagnóstico de HTA. De acordo com Borges e Silva (2008, p. 190) “ a relação do café com a pressão arterial elevada é conflituosa e não está esclarecida.” Contudo existem fatores tais como a saúde dos vasos, a progressão da doença, a suscetibilidade genética individual, o *stress* psicológico, social e profissional o estado emocional de cada um, que podem influenciar a resposta à cafeína. Alguns dos efeitos agudos do café na pressão arterial, com aumentos ligeiros da PA, estão sujeitos a habituação e perdem significado ao longo do tempo. Borges e Silva (2008)

Por sua vez o estudo de (Dusseldorp et al., 1991, *cit. in* Coca et al., 2010) “observaram que o efeito maléfico do café sobre a pressão está relacionado à sua forma de ser preparado.” Ainda de acordo com o mesmo estudo, o consumo de 6 cafés/dia, preparados com filtro, não modificam a PA, por sua vez, 6 cafés fervidos (café de saco) aumentam a PA.

De acordo com Borges e Silva (2008,p.190) o café apresenta efeitos benéficos, pois apresenta “(...) propriedades antioxidantes, capazes de combaterem os radicais livres (...) fornece magnésio, potássio, niacina e alguma vitamina E.”

Gráfico 20: Distribuição dos dados relativamente ao número de refeições realizadas diariamente pela amostra

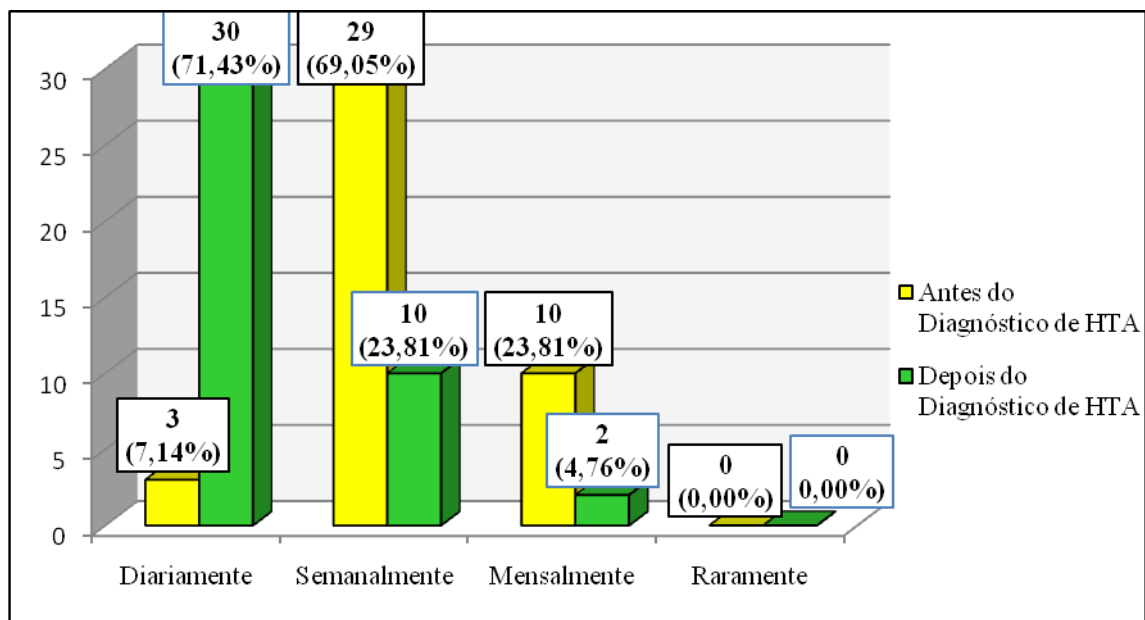


De acordo com os dados apresentados no Gráfico 22, verifica-se que no que respeita ao número de refeições diárias, que antes do diagnóstico de HTA, 33,33% (14 indivíduos) referiu fazer 1 a 2 refeições diárias e 64,29% (27 indivíduos) da amostra afirmou realizar 3 a 5 refeições diárias, depois do diagnóstico de HTA, é possível observar através dos dados, que os indivíduos aumentaram o número de refeições diárias, 52,38% (22 indivíduos) da amostra afirmou realizar 6 ou mais refeições.

Por observação dos dados verifica-se que antes do diagnóstico de HTA os indivíduos realizavam entre 1 e 2 refeições e 3 e 5 refeições, 33,33% e 64,29 respectivamente, contudo após diagnóstico de HTA a maioria dos inquiridos afirmou realizar 6 ou mais refeições, 52,38% e 2 a 5 refeições, 45,24%. Estes resultados vão de encontro com os resultados obtidos por Coca et al. (2010) uma vez que “ A maioria dos amostrados de ambos os sexos realiza de três a cinco refeições.” Também de acordo com (Martino et al. 2004 *ci.t in* Coca et al., 2010) “a menor frequência de refeições leva a uma maior concentração de calorias em uma mesma refeição”, e interfere na digestão e absorção dos alimentos.

Também de acordo com Borges e Silva (2008, p. 161), deve-se realizar mais refeições e estas devem ser menos abundantes, a comida deve ser repartida por várias refeições ao longo do dia, 5 a 6 refeições diárias.

Gráfico 21: Distribuição dos dados relativamente à frequência de consumo de carne, leite e ovos pela amostra



No que respeita à frequência de consumo de carne, leite e ovos, de acordo com os dados apresentados no Gráfico 23, verifica-se que 69,05% (29 indivíduos) da amostra, antes do diagnóstico de HTA, afirmou consumir carne, leite e ovos semanalmente, contudo

depois do diagnóstico de HTA verificou-se um aumento na frequência de consumo de carne, leite e ovos, sendo que 71,4 % (30 indivíduos) afirmou o seu consumo diário após o diagnóstico de HTA.

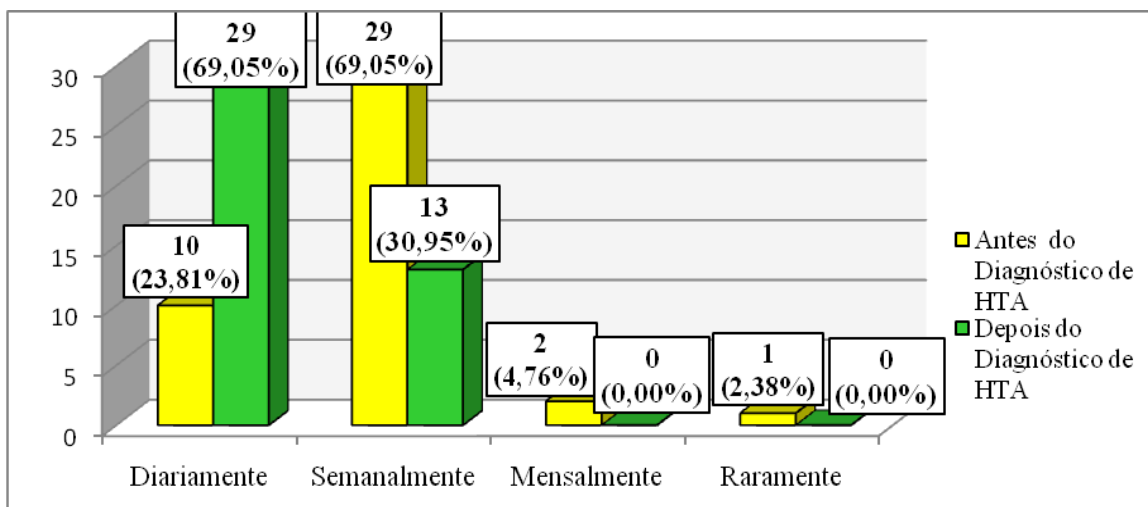
Os resultados vão de encontro com Borges e Silva (2008, p. 150), pois estes referem que a carne, leite e ovos, são uma importante fonte de proteínas, gorduras e praticamente desprovidas de hidratos de carbono, são nutrientes com funções plásticas que permitem renovar e manter a nossa estrutura vital. Devem ser consumidas diariamente, em pequenas porções, deve-se dar preferência a carnes brancas e a leite meio gordo.

O presente estudo vai de encontro com o de Coca et al. (2010), uma vez que estes também concluíram, existir um alto consumo de proteínas na dieta alimentar dos indivíduos participantes, 93,5% diariamente.

Atendendo também ao estudo de Pessuto e Carvalho (2008),

“O consumo de carne, leite e ovos, que são alimentos ricos em gorduras, mais de 70% afirmaram que utilizam tais alimentos com frequência. De acordo com alguns estudos, a ingestão de gorduras em indivíduos portadores de hipertensão arterial deve ser reduzida, pois àumenta das complicações, como doenças coronárias, e também pode haver obesidade que, por si só, eleva os valores tensionais.”

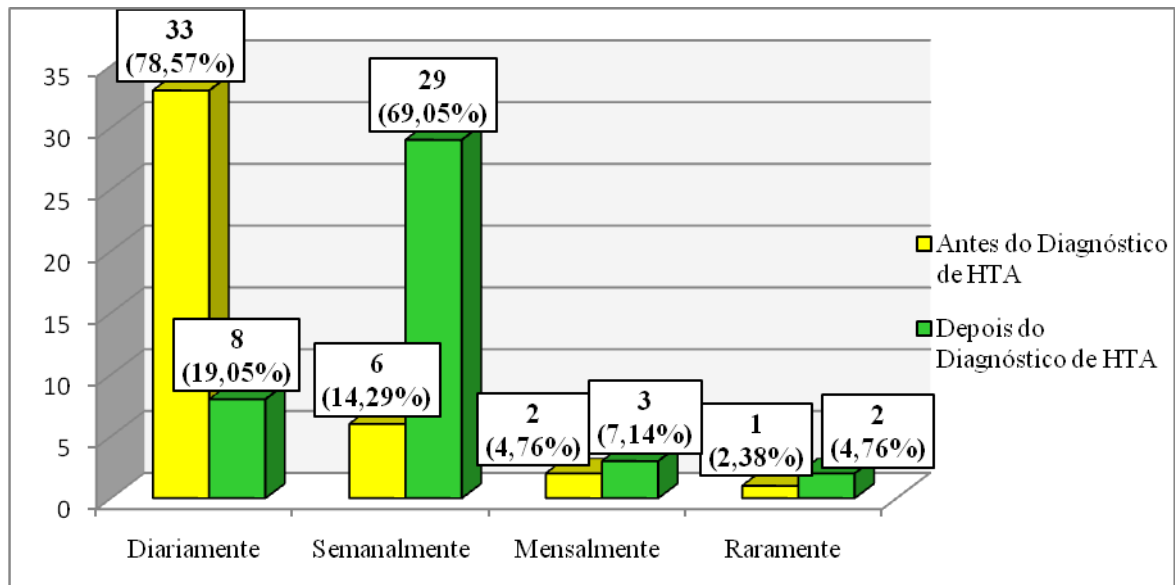
Gráfico 22: Distribuição dos dados relativamente à frequência de consumo de arroz, massa e pão pela amostra



Tendo em vista os dados acima apresentados, verifica-se que no que respeita ao consumo arroz, massa e pão, antes do diagnóstico de HTA, um consumo semanal referido por 69,05% (29 indivíduos) da amostra, diariamente por 23,81% (10 indivíduos) e mensalmente por 4,76% (2 indivíduos) da amostra, contudo após o diagnóstico de HTA verificou-se uma aumento na frequência de consumo de arroz, massa e pão sendo que 69,05% (29 indivíduos) da amostra afirmou o consumo diário e 30,95% (13 indivíduos) o seu consumo semanal.

Os dados vão de encontro com Borges e Silva (2008, p. 160) uma que estes referem que numa alimentação equilibrada, a maior parte das calorias deve ser fornecida por alimentos ricos em hidratos de carbono, como é o caso do arroz, massa e pão. Estes devem contribuir com 50 a 70% das calorias na dieta (do valor energético total diário).

Gráfico 23: Distribuição dos dados relativamente à frequência de consumo de óleo, margarina e azeite pela amostra



De acordo com os dados apresentados, no que respeita frequência de consumo de óleo, margarina e azeite, 78,57% (33 indivíduos) da amostra afirmou o seu consumo diário antes do diagnóstico de HTA, contudo atendendo aos dados verificou-se que depois do diagnóstico de HTA, a frequência de consumo de óleo margarina e azeite, diminuiu, sendo que 69,05% (29 indivíduos) da amostra afirmou o seu consumo mensal e 7,14% (3 indivíduos) referiu o seu consumo mensal.

Verifica-se, de acordo com os dados, que antes do diagnóstico de HTA, a maior parte dos inquiridos apresentavam um consumo diário de gorduras (lípidos), contudo após o diagnóstico de HTA, a maioria da amostra diminuiu o seu consumo. O que vai de encontro ao estudo de Coca et al. (2010) estes referem que a ingestão de gordura saturada por indivíduos portadores de HTA, deve ser reduzida, pois leva ao aumento das complicações como a obesidade e doença cardiovascular, que por si só aumentam os valores de PA.

Também de acordo com Borges e Silva (200, p. 155), reduzir a quantidade de lípidos passa por diminuir de forma radical o emprego de gorduras na cozinha, e manter um

consumo muito moderado dando preferência à adição de azeite, uma vez que este resiste a elevadas temperaturas, é facilmente digerido e reduz o colesterol no sangue.

Assim sendo, ainda segundo o mesmo s autores (2008, p. 165) “ o consumo total de gorduras (lípidos) deve ser igual ou inferior a 30% da energia diária.”

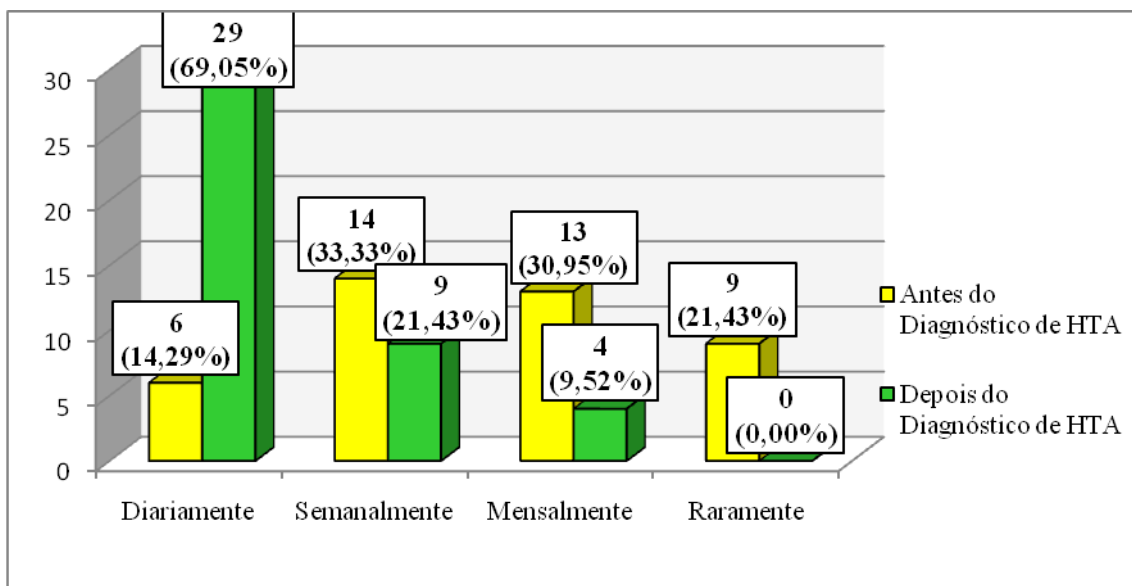
De acordo com os dados apresentados, no que respeita frequência de consumo de óleo, margarina e azeite, 78,57% (33 indivíduos) da amostra afirmou o seu consumo diário antes do diagnóstico de HTA, contudo atendendo aos dados verificou-se que depois do diagnóstico de HTA, a frequência de consumo de óleo margarina e azeite, diminui, sendo que 69,05% (29 indivíduos) da amostra afirmou o seu consumo mensal e 7,14% (3 indivíduos) referiu o seu consumo mensal.

Verifica-se, de acordo com os dados, que antes do diagnóstico de HTA, a maior parte dos inquiridos apresentavam um consumo diário de gorduras (lípidos), contudo após o diagnóstico de HTA, a maioria da amostra diminui o seu consumo. O que vai de encontro ao estudo de Coca et al. (2010) estes referem que a ingestão de gordura saturada por indivíduos portadores de HTA, deve ser reduzida, pois leva ao aumento das complicações como a obesidade e doença cardiovascular, que por si só aumentam os valores de PA.

Também de acordo com Borges e silva (200, p. 155), reduzir a quantidade de lípidos passa por diminuir de forma radical o emprego de gorduras na cozinha, e manter um consumo muito moderado dando preferência à adição de azeite, uma vez que este resiste a elevadas temperaturas, é facilmente digerido e reduz o colesterol no sangue.

Assim sendo, ainda segundo o mesmo s autores (2008, p. 165) “ o consumo total de gorduras (lípidos) deve ser igual ou inferior a 30% da energia diária.”

Gráfico 24: Distribuição dos dados relativamente à frequência de consumo de frutas, vegetais e legumes pela amostra



No que diz respeito à frequência de consumo de frutas, vegetais e legumes, verifica-se, pelos dados acima apresentados, que antes do diagnóstico de HTA, os inquiridos mencionaram apresentar uma frequência de consumo, maioritariamente semanal, mensal e raramente, 33,33% (14 indivíduos), 30,95% (13 indivíduos) e 21,43 (9 indivíduos) da amostra respetivamente. Por sua vez, depois do diagnóstico de HTA, verifica-se que o consumo de frutas, vegetais e legumes, aumentou, referindo os inquiridos maioritariamente o consumo diário de frutas, vegetais e legumes 69,05% (29 indivíduos) da amostra.

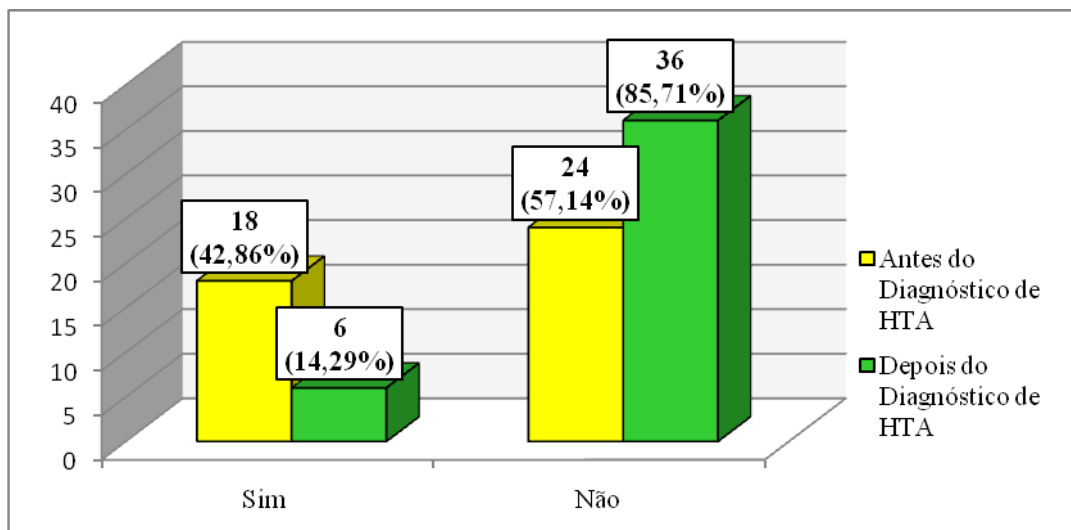
De acordo com os dados acima apresentados, verifica-se que os inquiridos, depois do diagnóstico de HTA aumentaram o consumo de frutas, vegetais e legumes, o que vai de encontro com Borges e Silva (2008, pp. 155 e 156) pois estes referiram que o consumo de frutas, vegetais e legumes “ (...) deviam corresponder a 43% do peso total dos alimentos diariamente consumidos.” Pois estes são os alimentos onde abundam as fibras, os minerais, as vitaminas e os antioxidantes.

Também atendendo ao estudo de Coca et al. (2010) estes referem que “O consumo de uma dieta rica em frutas, vegetais e reduz a pressão sistólica e diastólica em 5,5 mm/Hg

e 3,0 mm/Hg, respetivamente.” Também segundo o mesmo estudo, é importante um maior consumo de frutas e vegetais, uma vez que evidências científicas, indicam que dietas ricas em frutas, verduras e vegetais, estão associadas à proteção contra doenças cardiovasculares mesmo que os mecanismos para essa associação ainda não estejam totalmente esclarecidos.

Moreira et al. (2009) no estudo sobre Hábitos Alimentares de Hipertensos e Diabéticos nas Famílias de Alto Risco, referem no seu estudo que o consumo regular e diário de frutas e vegetais está diretamente relacionado com a diminuição em 30% do risco de enfarte agudo do miocárdio.

Gráfico 25: Distribuição dos dados relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas pela amostra



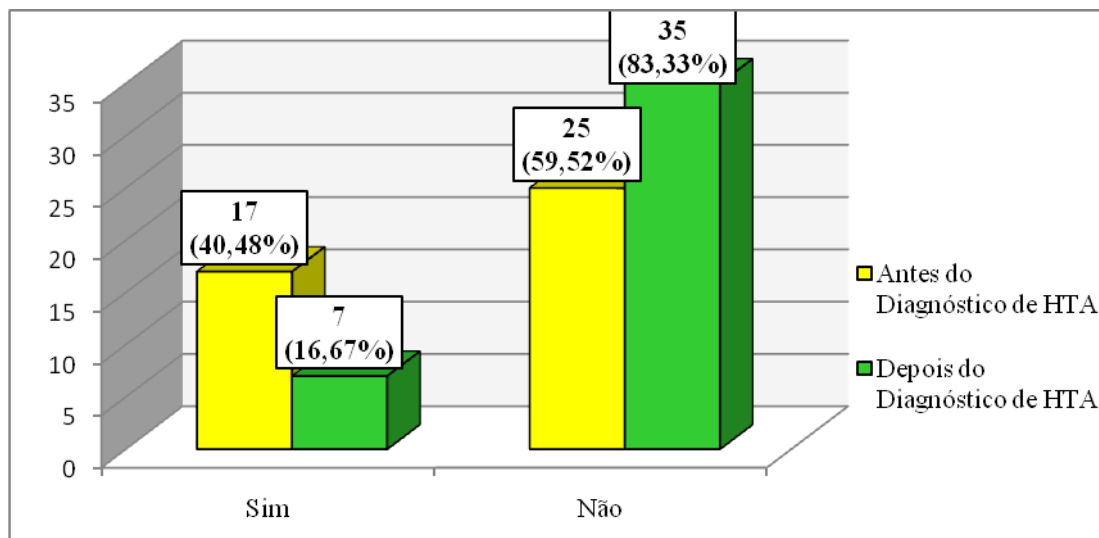
Relativamente aos dados acima apresentados verifica-se que 42,86% (18 indivíduos) da amostra afirmou consumir bebidas alcoólicas antes do diagnóstico de HTA, 14,29% (6 indivíduos) da amostra referiu consumir bebidas alcoólicas depois do diagnóstico de HTA, 57,14% (24 indivíduos) da amostra mencionou não consumir bebidas alcoólicas antes do diagnóstico de HTA e 85,71% (36 indivíduos) da amostra afirmou não consumir bebidas alcoólicas depois do diagnóstico de HTA.

Os dados acima apresentados mostram que antes do diagnóstico de HTA, a maioria dos indivíduos que consumiam álcool antes do diagnóstico de HTA, deixaram de consumir depois do diagnóstico de HTA o que vai de encontro com Coca et al. (2010) uma vez que estes referem,

“(...)o consumo de bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial e a diminuição no consumo do álcool reduz, em média, 3,3 mmHg na pressão sistólica e 2,0 mm/Hg na pressão diastólica, mostrando, dessa forma, a importância do incentivo ao abandono do álcool pelo paciente hipertenso”.

Também de acordo com Borges e Silva (2008, p. 181) “a redução da ingestão diária de bebidas alcoólicas promove a descida rápida (em algumas semanas) da pressão arterial (entre 3 e 5 mmHg) e facilita o aumento da eficácia da medicação Anti-hipertensora.”

Gráfico 26: Distribuição dos dados relativamente à utilização de banha de porco na preparação das refeições pela amostra



No que diz respeito à opção usa banha de porco na preparação das suas refeições, atendendo aos dados acima apresentados, verifica-se, que 40,48 % (17 indivíduos) da amostra afirmou utilizar banha de porco na preparação das suas refeições antes do diagnóstico de HTA e 16,67% (7 indivíduos) da amostra afirmou a sua utilização depois do diagnóstico de HTA, por sua vez 59,52% (25 indivíduos) da amostra referiu não utilizar banha de porco na preparação das suas refeições antes do diagnóstico de HTA e

83,33% (35 indivíduos) da amostra afirmou não utilizar banha de porco na preparação das suas refeições depois do diagnóstico de HTA.

Observa-se através dos gráficos que depois do diagnóstico de HTA, os inquiridos diminuíram ainda mais o consumo de banha de porco, fonte propícia de colesterol, o que vai de encontro com os autores Piatì et al. (2009) “Deve-se ter cuidado com a ingestão de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol (...) é preferível utilizar óleos vegetais (...)”

Também Fajardo (2006) refere que o consumo excessivo de gorduras contribui para fatores de risco cardiovascular, HTA e obesidade.

Em relação ao consumo de banha de porco Coca et al. (2010) referem que A ingestão de gordura saturada por indivíduos portadores de HTA deve ser reduzida, pois poderá haver aumento das complicações, como doenças coronárias e obesidade, que, por si só, elevam os valores de pressão arterial.

Os resultados do presente estudo vão de encontro com o realizado por Coca et al. (2010) uma vez que neste só uma pequena percentagem de indivíduos inquiridos afirmaram consumir banha de porco “ (...) a banha de porco foi consumida por apenas 10% dos homens e por 12,9% das mulheres.”

IV-CONCLUSÃO

Após o término do presente Projeto de Graduação, considerou-se oportuno elaborar uma conclusão, com o objetivo de expor dados, situações, resultados e opiniões importantes que revelem a essência do trabalho.

Este Projeto de Graduação teve como objetivo geral: conhecer as principais mudanças de hábitos alimentares, dos adultos jovens de Ponte de Lima, após diagnóstico de Hipertensão arterial.

Achou-se pertinente obter respostas para o objetivo citado anteriormente uma vez que a HTA é uma patologia com uma morbidade e consequências devastadoras na vida do homem. Contudo pode e deve ser evitada através da intervenção precoce por parte dos profissionais de saúde. (Ramalhinho *cit. in* Polónia et al., 2006,p.19)

É fundamental trabalhar os hábitos alimentares da população, uma vez que tem especial influência no desenvolvimento e agravamento da HTA, ao mudar-se os hábitos alimentares da população pode-se desse modo diminuir os fatores de risco que influenciam o aparecimento da HTA. O enfermeiro é o profissional por excelência que tem um papel preponderante na promoção da saúde uma vez que pode apostar em ações preventivas, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários.

Uma vez que o questionário foi aplicado a uma pequena amostra da população de Ponte de Lima, 51 adultos jovens com diagnóstico de HTA, os resultados obtidos não poderão ser generalizados à população em geral. Os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados foram tratados através do Microsoft Excel através de estatística descritiva e recorreu-se a gráficos para a apresentação dos mesmos.

Através da análise dos dados obtidos é possível concluir que a maioria dos indivíduos participantes no estudo, alteram os seus hábitos alimentares após diagnóstico de HTA.

A alteração dos hábitos alimentares é fundamental para o controlo ou mesmo redução dos níveis de pressão arterial, uma vez que segundo Pierin (2004, p. 139) “ A intervenção nutricional (...), vem assumido um papel decisivo na prevenção e controle da hipertensão arterial e as suas consequências.”

Outras das conclusões é que os indivíduos que referiam um consumo aumentado de café, álcool e café, após diagnóstico de HTA, diminuíram o seu consumo. Também relativamente ao número de refeições realizadas diariamente, verifica-se através dos dados obtidos, uma aumento do número de refeições diárias após diagnóstico de HTA, bem como um aumento de consumo de água diariamente.

No que respeita à frequência de consumo de carne, leite e ovos, frutas, vegetais e legumes, massa, arroz e pão, verifica-se um aumento de consumo após diagnóstico de HTA, no que respeita ao consumo de óleo, margarina e azeite, e uso de banha de porco, observa-se pelos dados obtidos que os indivíduos diminuíram o seu consumo após diagnóstico de HTA.

Relativamente aos objetivos inicialmente traçados para o Projeto de Graduação, foram atingidos uma vez que se conseguiram obter respostas para estes.

Espera-se que a elaboração do presente Projeto de Graduação contribua para que os Enfermeiros direcionem os seus ensinios para uma população específica, neste caso os portadores de HTA e aqueles que apresentam um maior risco do seu desenvolvimento. É fundamental tentar combater esses mesmos fatores de risco através de ensinios, campanhas direcionadas e acompanhamento em consulta de vigilância de HTA a nível dos cuidados de saúde primários de modo a fomentar uma melhor qualidade de vida e mais saúde destes grupos específicos.

Por isso, pretende-se que os resultados obtidos no presente estudo sejam divulgados no centro de saúde de Ponte de Lima.

V- BIBLIOGRAFIA

Amer, N., *et alli*. (2010). Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 96 (1). [em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000100009>. [consultado em 23/06/2013]

Baldissera, V., *et alli*. (2009). Adesão ao Tratamento Não Farmacológico Entre Hipertensos De Um Centro de Saúde Escola. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (13). [em linha]. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5521/6556>>. [consultado em 07/06/2013]

Boaventura, G. e Guandalini, V. (2007). Prevalência de Hipertensão Arterial e Presença de Excesso de Peso Em Pacientes Atendidos Em Um Ambulatório Universitário de Nutrição na Cidade de São Carlos. *Brazilian Journal of Food and Nutrition*, 18(4). [em linha]. Disponível em <<http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/179/187>>. [consultado em 27/06/2013]

Borges, C. e Silva, P. (2008). *O Livro da Hipertensão – Conhecer, prevenir e tratar*. Lisboa, A Esfera dos Livros.

Brandão, A. *et alli*. (2006). *Hipertensão*. Rio de Janeiro, Elsevier.

Carrageta, M. (2006). *Tudo o que deve saber sobre hipertensão arterial*. Clube Rei Coração. Nº 9 (Setembro).

Coca, A., *et alli*. (2010). Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos hipertensos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados – MS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7 (2). [em linha]. Disponível em

<<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/937>>. [consultado em 13/06/2013]

Conselho Internacional de Enfermeiros (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Direção Geral da Saúde (2006). Circular Normativa - *Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares*.

Direção Geral da Saúde (2013). Circular Normativa – *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*

Direção Geral da Saúde (2013). Circular Normativa – *Hipertensão Arterial: definição e classificação*.

Farah, O. e Sá, A. (2008). *Psicologia aplicada à enfermagem*. São Paulo, Manole.

Fojardo, C. (2006). A Importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 1 (4). [em linha]. Disponível em <<http://www.rbmfcc.org.br/index.php/rbmfcc/article/view/30>>. [consultado em 07/06/2013]

Fortin, M. (2009). *Processo de Investigação, Da concepção à Realização*. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fundação Portuguesa de Cardiologia. *Hipertensão*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.fpcardiologia.pt/hipertensao.aspx>>. [Consultado em 29/04/2013].

Hulley, S. *et alli*.(2007)*Delineado a Pesquisa Clínica*. 3ª Edição. São Paulo, Artmed.

Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Territoriais [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3> [Consultado em 01/07/2013]

Lakatos, E. e Marconi, M. (2007) *Técnicas de Pesquisa*. 6ª Edição. São Paulo, Editora Atlas.

Mallette, Y. (2006). *Hipertensão, a assassina silenciosa*. Mem Martins, Saber Viver.

Manual de elaboração de trabalhos científicos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>>. [Consultado em 20/06/2013].

Manzini, J. e Simonetti, J. (2009). Consulta de Enfermagem Aplicada a Clientes Portadores de Hipertensão Arterial: Uso da Teoria do Autocuidado de Orem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (1). [em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_18.pdf>. [consultado em 13/06/2013]

Martins, G.A., Theóphilo, G.A. (2007). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicada*. São Paulo, Editora Atlas

Ministério da Saúde (2006). Hipertensão arterial. [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>> [Consultado em 15/01/2013]

Ministério da Saúde (2013). Hipertensão arterial: uma ameaça silenciosa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/ameaca+silenciosa.htm>> [Consultado em 15/04/2013]

Nolêto, S., *et alli*. (2011). Conhecimento dos hipertensos sobre a doença. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 8 (3). [em linha]. Disponível em

<<http://www.upf.edu.br/seer/index.php/rbceh/search/advancedResults>>. [consultado em 10/05/2013]

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa.

Pádua, F. Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva - Os nossos conselhos sobre hipertensão arterial. [Em linha]. Disponível em <<http://www.incp.pt/consaude.htm#cat3>>. [Consultado em 02/10/2012].

Pessuto, J. e Carvalho, E. (1998). Fatores de Risco Em Indivíduos Com Hipertensão Arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6 (1). [em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. [consultado em 23/06/2013]

Piati, J., *et alli*. (2009). Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16 (2) [em linha]. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/14-perfil.pdf>>. [consultado em 17/05/2013]

Pierin, A. M. G. (2004). *Hipertensão Arterial: Uma proposta para o cuidador*, Barueri, Manole.

Polit. *et alli*. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. (5ª Edição) Porto Alegre, Editora Artmed.

Polónia, J., *et alli*. (2006). *A hipertensão arterial na prática clínica*. Lisboa, Cortex

Quivy, R. e Compenhoudt, L. (2008) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª Edição. Lisboa, Gradiva Publicações SA.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em psicologia da saúde*. 3ª Edição. Porto, Legis Editora

Silva, J. e Souza, S. (2004). Fatores de Risco Para Hipertensão Arterial Sistêmica Versus Estilo de Vida Docente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3 (3) [em linha]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/pdf/03_Original.pdf>. [consultado em 23/06/2013]

Teixeira, E., *et alli*. (2006). O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (3). [em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a04.pdf>>. [consultado em 13/06/2013]

Anexo 1- Algoritmo clínico para a Classificação da Pressão Arterial

Pressão arterial em adultos**(em mmHg)**

Categoria	Pressão Arterial Sistólica PASmmHg		Pressão Arterial Diastólica PADmmHg
Ótima	<120	E	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal Alta	130-139	e/ou	85-89
HTA Grau I	140-159	e/ou	90-99
HTA Grau II	160-179	e/ou	100-109
HTA Grau II	≥ 180	e/ou	≥ 110
Hipertensão Arterial Isolada	≥ 140	E	<90

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.
- 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).
- 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.

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

“Mudança de Hábitos Alimentares no Adulto Jovem com Diagnóstico de Hipertensão Arterial”

Caro (a) Colaborador (a),

No âmbito do Projeto de Investigação eu, Amélia Marina Mendes Rodrigues Pereira, Aluna da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da saúde- Polo de Ponte de Lima, da Licenciatura em Enfermagem, pretendo efetuar um estudo sobre mudanças de hábitos alimentares do adulto jovem com diagnóstico de HTA.

Para participar, apenas terá de preencher um questionário que se encontra dividido em duas partes: a primeira parte por questões sociodemográficas; a segunda por uma avaliação das mudanças dos hábitos alimentares após diagnóstico de HTA. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento sem que para isso lhe seja imposto qualquer prejuízo ou penalização. As suas respostas serão tratadas de forma anónima e análise dos dados será apresentada como um todo, salvaguardado a confidencialidade da informação. De referir também que a utilização dos dados recolhidos se destina exclusivamente para fins de Investigação.

Agradeço a sua disponibilidade.

O Investigador:

Amélia Marina Mendes Rodrigues Pereira

Consentimento Informado

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

I. Caracterização da Amostra

1.Dados Pessoais

1.1. Género

Masculino _____ Feminino _____

1.2.Idade

_____Anos

1.3.Escolariedade

Não completou o ensino, mas sabe ler e escrever _____

4ºano _____ 5ºano _____

6ºano _____ 12º Ano _____

Curso Superior _____

1.4.Estado Civil

Solteiro _____ Casado _____

Viúvo _____ Divorciado _____

União de Facto _____

1.5. Cor da Pele

_____Branca _____ Outra, especificar: _____

1.6.Peso

_____kg

1.7.Altura

_____Cm

1.8. IMC

_____ (a preencher pelo investigador)

1.9. Profissão

1.10. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de Hipertensão Arterial?

_____ Entre 3 e 11 meses

_____ Entre 1 e 4 anos

Entre 5 e 9 anos

Mais de 10 anos

1.11. Toma medicação para a Hipertensão Arterial?

Sim

Não

1.12. Tem história familiar de Hipertensão Arterial?

Sim

Não

1.13. Faz uso de anticoncepcionais orais (por exemplo pilula)?

Sim

Não

1.14. Que tipo medidas preventivas usa no controlo da Hipertensão arterial?

Nenhuma

Preferência por vegetais

Redução da ingestão de Gorduras

Redução da ingestão de Sal

Redução da ingestão de café

Redução da ingestão de álcool

Controlo do peso

Consumo de carne branca

1.15. Alterou a sua dieta alimentar após o diagnóstico de HTA?

Sim

Não

Se a sua resposta foi SIM por favor continue a responder ao questionário, passando à questão seguinte, se a sua resposta foi NÃO a sua colaboração termina por aqui.

Muito obrigada pela sua colaboração!

II. AVALIAÇÃO DA MUDANÇA DOS HÁBITOS ALIMENTARES

1. Já recebeu informação sobre a alimentação para a Hipertensão arterial

Sim

Não

2. Se SIM, quem o informou?

Médico
 Nutricionista
 Enfermeiro
 outros, identifique _____

3. Qual a quantidade média de sal usada diariamente?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
Não utiliza		Não utiliza	
1 colher de chá rasa		1 colher de chá rasa	
2 colheres de chá rasas		2 colheres de chá rasas	
3 colheres de chá rasas		3 colheres de chá rasas	

4. Qual a quantidade de água ingerida por dia?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
Menos de ½ litro		Menos de ½ litro	
De ½ litro a 1 litro		De ½ litro a 1 litro	
De 1 litro a 1,5 litros		De 1 litro a 1,5 litros	
Mais de 1,5 litros		Mais de 1,5 litros	

5. Costuma tomar café diariamente?

sim
 Não

5.1. Se sim quantos cafés por dia?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	

6. Diariamente, quantas refeições tem feito?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
1 a 2 refeições		1 a 2 refeições	
3 a 5 refeições		3 a 5 refeições	
6 ou mais refeições		6 ou mais refeições	

7. Com que frequência tem consumido carne, leite e ovos?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
Diariamente		Diariamente	
Semanalmente		Semanalmente	
Mensalmente		Mensalmente	

Raramente		Raramente	
-----------	--	-----------	--

8.Com que frequência tem consumido arroz, massa e pão?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
Diariamente		Diariamente	
Semanalmente		Semanalmente	
Mensalmente		Mensalmente	
Raramente		Raramente	

9.Com que frequência tem consumido óleo, margarida e azeite?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
Diariamente		Diariamente	
Semanalmente		Semanalmente	
Mensalmente		Mensalmente	
Raramente		Raramente	

10.Com que frequência tem consumido frutas, verduras e legumes?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
Diariamente		Diariamente	
Semanalmente		Semanalmente	
Mensalmente		Mensalmente	
Raramente		Raramente	

11.Costuma ingerir bebidas alcoólicas?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
Sim		Sim	
Não		Não	

12.Costuma usar banha de porco na preparação das suas refeições?

Antes do diagnóstico de HTA		Depois do diagnóstico de HTA	
Sim		Sim	
Não		Não	

Muito obrigada pela sua colaboração!