

Ilídia Maria Gomes Pinto

**“Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco
da Hipertensão Arterial na população de Pedroso”**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Porto, Junho de 2012

“Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco da HTA na população de Pedroso”

“Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco da HTA na população de Pedroso”

Ilídia Maria Gomes Pinto

**“Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco
da Hipertensão Arterial na população de Pedroso”**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Porto, Junho de 2012

“Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco da HTA na população de Pedroso”

Ilídia Maria Gomes Pinto

**“Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco
da Hipertensão Arterial na população de Pedroso”**

Atesto a originalidade do presente Projeto de Graduação,

(Ilídia Maria Gomes Pinto)

“Projeto de Graduação apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem”

Sumário

A Hipertensão Arterial (HTA) é o problema de saúde pública mais importante em Portugal e representa a principal causa de morbidade e mortalidade no país. Trata-se de um problema comum, uma vez que, atinge mais de um terço da população adulta. É um fator de risco para um número elevado de complicações cardiovasculares, que se podem evitar através de mudanças no estilo de vida (Carrageta, 2006).

Os objetivos do presente Projeto de Graduação foram: verificar se a população de Pedroso tem conhecimentos sobre os fatores de risco da HTA, identificar se a população de Pedroso constitui um grupo de risco para o desenvolvimento da HTA, identificar quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso e saber o que pensa a população de Pedroso sobre o papel do Enfermeiro na prevenção da HTA.

Optou-se por um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo simples e transversal. Para a realização deste estudo utilizou-se uma amostra de 50 indivíduos da população de Pedroso. 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 tabelas após análise e tratamento dos mesmos através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20.

Após a apresentação, análise e interpretação dos dados obtidos concluiu-se que a maioria da amostra demonstrou ter “conhecimento bom” sobre fatores de risco da HTA. Os indivíduos que referiram não ter diagnóstico de HTA constituíam um grupo de risco para o desenvolvimento da mesma, por apresentarem fatores de risco como inatividade física, consumo de sal, presença de *stress* e não avaliação da Tensão Arterial (TA). Os fatores de risco que se verificaram numa maior percentagem no total da amostra foram presença de *stress*, inatividade física e consumo de sal.

Relativamente ao papel do Enfermeiro, a maioria dos indivíduos referiu que este deve sensibilizar a população a alimentar-se de forma saudável, fazer ensino sobre aspetos gerais da HTA e deve monitorizar a TA.

É possível prevenir e controlar a HTA através da adoção de estilos de vida mais saudáveis, sendo que o Enfermeiro tem um papel privilegiado nesta área. Verificou-se que na população estudada existe a necessidade de se efetuar educação para a saúde.

“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

Aos meus pais pelo apoio, carinho e suporte que sempre demonstraram ao longo de toda a minha vida.

Ao meu irmão Marco pela amizade e afeto.

À minha tia Sónia por toda a compreensão e ajuda que me permitiram estar hoje a alcançar esta meta.

À minha prima Maria José que sempre me auxiliou ao longo desta jornada.

Agradeço a todos os meus amigos com os quais partilhei momentos inesquecíveis.

Ao professor José Manuel dos Santos, orientador deste Projeto de Graduação, um agradecimento especial, pela sua disponibilidade e colaboração na elaboração deste documento.

Índice

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I - FASE CONCEPTUAL.....	15
1. Delimitação do tema, justificação e sua pertinência	15
2. Questões e objetivos de investigação	16
3. Revisão da literatura	17
3.1. Hipertensão Arterial.....	17
3.2. Fatores de risco associados à HTA	21
3.3. Prevenção e Tratamento da HTA.....	26
3.4. Papel do Enfermeiro	28
PARTE II - FASE METODOLÓGICA.....	29
1. Princípios éticos.....	29
2. Tipo de estudo	29
3. Variáveis.....	30
4. População, Amostra e Processo de Amostragem	30
5. Instrumento de recolha de dados	32
5.1. Definição de “ conhecimento sobre fatores de risco da HTA”.....	32
5.2. Definição de “ grupo de risco para o desenvolvimento da HTA”:	33
6. Pré-teste	33
7. Análise, apresentação e tratamento de dados	33
PARTE III - FASE EMPÍRICA	34
1. Apresentação dos dados	34
2. Análise e interpretação dos dados	46
CONCLUSÃO.....	53
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS.....	57
Anexo I – Questionário	58

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Valores de referência da TA.....	18
Tabela 2 - Classificação da HTA em adultos	18
Tabela 3 - IMC	24
Tabela 4 - Estatística descritiva - Idade (anos).....	34
Tabela 5 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade.....	35
Tabela 6 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao género	35
Tabela 7 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à escolaridade	35
Tabela 8 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à atividade profissional estar relacionada com a área da saúde	36
Tabela 9 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao estado civil.....	36
Tabela 10 - F e % das respostas certas às 10 questões da 2ª parte do questionário.....	37
Tabela 11 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao grau de conhecimento	37
Tabela 12 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao diagnóstico de HTA .	38
Tabela 13 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à menopausa / pós- menopausa.....	38
Tabela 14 - Distribuição dos dados da amostra relativamente aos contraceptivos orais..	39
Tabela 15 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à atividade física	39
Tabela 16 - Estatística descritiva - IMC (kg / m ²).....	39
Tabela 17 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao IMC.....	40
Tabela 18 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de sal.....	40
Tabela 19 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de açúcar...	41
Tabela 20 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de frutas e legumes.....	41
Tabela 21 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de pão de mistura, massa e arroz	42

Tabela 22 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de lacticínios magros ou meio gordos.....	42
Tabela 23 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de peixe	43
Tabela 24 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de carne	43
Tabela 25 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas.....	43
Tabela 26 - Distribuição dos dados da amostra relativamente a ser fumador	44
Tabela 27 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao <i>stress</i>	44
Tabela 28 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à avaliação da TA regularmente	44
Tabela 29 - Respostas dadas à 4ª parte do questionário	45

Abreviaturas:

F - Frequência Absoluta

kg - quilograma

m - metro

mmHg - milímetros de Mercúrio

p. - página

% - Frequência Relativa

Siglas:

AMA - Associação Médica Americana

ANF - Associação Nacional das Farmácias

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção-Geral da Saúde

FPC - Fundação Portuguesa de Cardiologia

HSi - Hipertensão Sistólica isolada

HTA - Hipertensão Arterial

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TA - Tensão Arterial

INTRODUÇÃO

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

Em Portugal, existe uma elevada prevalência (42,1 %) de HTA na população com mais de 18 anos (Ramalinho *cit. in* Polónia et al., 2006, p. 19).

A HTA é definida como a: “ (...) bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal.” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2000, p. 18).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*cit. in* Mallette, 2006, p. 33), devido à industrialização, urbanização e desenvolvimento económico, houve uma evolução que teve como consequência a modificação dos hábitos alimentares, da atividade física e do consumo de tabaco no mundo inteiro.

O Enfermeiro tem um papel essencial no que se refere à problemática da HTA, uma vez que, deve incentivar os indivíduos a adotar estilos de vida saudáveis.

Tendo em conta os dados referidos, a observação do comportamento de risco da população e a experiência pessoal enquanto estudante da Licenciatura em Enfermagem acerca da falta de informação da população, surge o presente Projeto de Graduação, com o seguinte tema: “Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco da Hipertensão Arterial na população de Pedroso”.

Relativamente à estrutura do presente trabalho, este encontra-se dividido em 3 partes: a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica.

Na fase conceptual encontra-se a delimitação do tema com a respetiva justificação e pertinência, as questões e os objetivos de investigação e a revisão da literatura.

Na segunda parte, ou seja, na fase metodológica são abordados os princípios éticos, o tipo de estudo, as variáveis, a população, a amostra, o processo de amostragem, o instrumento de recolha de dados, o pré-teste e a análise, apresentação e tratamento de dados.

A terceira e última parte, a fase empírica, é constituída pela apresentação, análise e interpretação dos dados.

Posteriormente consta a conclusão, a bibliografia e um anexo.

Foram delineados os seguintes objetivos: verificar se a população de Pedroso tem conhecimentos sobre os fatores de risco da HTA, identificar se a população de Pedroso constitui um grupo de risco para o desenvolvimento da HTA, identificar quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso e por fim, saber o que pensa a população de Pedroso sobre o papel do Enfermeiro na prevenção da HTA.

Para atingir os objetivos propostos inicialmente foi realizado um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo simples e transversal. O estudo foi dirigido a 50 indivíduos que teriam de residir na freguesia de Pedroso, ter idade igual ou superior a 18 anos e saber ler e escrever, para ser possível responder ao questionário. Os indivíduos foram selecionados através do método de amostragem não probabilística acidental. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se o questionário, tendo sido aplicado previamente um pré-teste. Posteriormente os dados foram analisados e tratados estatisticamente através do programa SPSS versão 20 e apresentados sob a forma de tabelas.

Após a apresentação, análise e interpretação dos dados obtidos foi possível responder aos objetivos delineados inicialmente. Concluiu-se que a maioria da amostra da população de Pedroso demonstrou ter “conhecimento bom” sobre fatores de risco da HTA. Os indivíduos com mais idade, do género feminino, sem ensino superior e em que a sua atividade profissional não está relacionada com a área da saúde são aqueles que possuem conhecimentos mais baixos.

Acerca deste assunto, Pierin (2004, p. 314) refere “Um requisito ideal para a prevenção de uma doença é o conhecimento de suas causas e da maneira de evitar a atuação do seu mecanismo etiopatogénico.”

O segundo objetivo consistia em determinar se os indivíduos que diziam não ter HTA constituíam um grupo de risco para o desenvolvimento da mesma. Chegou-se à conclusão que constituía um grupo de risco, relativamente à presença de fatores de risco como: género feminino, contraceptivos orais, inatividade física, consumo de sal, presença de *stress* no dia-a-dia e não avaliação da TA.

Concluiu-se que, o fator de risco que se verificou numa maior percentagem de indivíduos foi a presença de *stress* no dia-a-dia, seguindo-se a inatividade física e logo depois os maus hábitos alimentares, relativamente ao consumo de sal. Pelo contrário, os fatores de risco menos prevalentes foram: álcool (10 %), seguido de indivíduos fumadores (22 %) e por fim a presença de pré-obesidade (30 %).

Quanto ao quarto e último objetivo, a população de Pedroso afirma que em relação à prevenção da HTA, o Enfermeiro deve realizar ensino para a saúde em relação à alimentação, ao nível de vários aspetos relacionados com a HTA e também deve monitorizar a TA.

Através dos dados obtidos também foi possível estabelecer algumas relações entre os indivíduos que referiam ter diagnóstico de HTA e alguns dos fatores de risco não modificáveis e modificáveis. Relativamente aos não modificáveis, verificou-se que a HTA estava mais presente nos indivíduos com mais idade e do género feminino. Quanto aos fatores de risco modificáveis, verificou-se que a HTA estava mais presente nos indivíduos com maior IMC e que referiram ingerir bebidas alcoólicas.

PARTE I – FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual tem como objetivo a escolha e formulação de um tema com a respetiva justificação e pertinência, a definição de objetivos e questões de investigação do estudo e a revisão da literatura.

Fortin (1999, p. 17) define investigação científica como “ (...) um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.”

A investigação numa determinada disciplina desempenha um papel importante uma vez que estabelece “ (...) a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão.” (Fortin, 1999, p. 18).

1. Delimitação do tema, justificação e sua pertinência

“O tema de uma pesquisa é o assunto que se deseja provar ou desenvolver.” (Carvalho, 2002, p. 108).

A escolha e formulação de um problema de investigação pode surgir da observação, da literatura, de uma inquietação com um domínio particular, ou ainda de um conceito (Fortin, 1999, p. 39).

Segundo a FPC, em Portugal, existem cerca de dois milhões de hipertensos, em que 50 % destes têm conhecimento que sofre desta patologia, 25 % está medicado e em apenas 11 % dos casos a doença está controlada. A escolha do tema do presente trabalho surge após a observação de dados preocupantes como os referidos anteriormente, em que se verifica que é uma doença altamente prevalente, da observação do comportamento de risco da população nos dias de hoje, da experiência pessoal enquanto estudante da Licenciatura em Enfermagem acerca da falta de informação da população e também do interesse pelo tema da HTA.

Existem várias medidas preventivas que se podem adotar com o intuito de diminuir a prevalência da HTA e conseqüentemente diminuir o risco de aparecimento de doenças cardiovasculares, visto que a HTA é um dos principais fatores de risco. Segundo dados da Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2011) em Portugal as doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de morte, sendo responsável por 32% do total de óbitos.

Sendo assim, Pierin (2004, p. 13) refere que:

“ (...) tratar a hipertensão arterial ou diminuir o nível pressórico de uma população não hipertensa previne uma em cada seis mortes por derrame e uma em cada vinte mortes por doença coronária, gerando a prevenção de um milhão de mortes por doença cardiovascular por ano até 2020.”

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. Assim sendo, deve identificar situações que necessitem de intervenção e definir estratégias. Achou-se pertinente estudar os conhecimentos da população de Pedroso sobre os fatores de risco da HTA e verificar quais os fatores de risco mais prevalentes para ser possível verificar se existia a necessidade de se intervir na população a nível de educação para a saúde. A situação ideal seria que toda a população tivesse conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento da HTA, de forma a evitar os mesmos.

2. Questões e objetivos de investigação

Fortin (1999, p. 51) refere que uma questão de investigação é:

“ (...) uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.”

Tendo em consideração o que foi enunciado anteriormente, elaborou-se as seguintes questões de investigação:

- Será que a população de Pedroso tem conhecimentos sobre os fatores de risco da HTA?
- Será que a população de Pedroso constitui um grupo de risco para o desenvolvimento da HTA?
- Quais são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso?
- O que pensa a população de Pedroso sobre o papel do Enfermeiro na prevenção da HTA?

Com a realização deste Projeto de Graduação pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos:

“Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco da HTA na população de Pedroso”

- Verificar se a população de Pedroso tem conhecimentos sobre os fatores de risco da HTA;
- Identificar se a população de Pedroso constitui um grupo de risco para o desenvolvimento da HTA;
- Identificar quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso;
- Saber o que pensa a população de Pedroso sobre o papel do Enfermeiro na prevenção da HTA.

Para além dos objetivos acima mencionados, pretendeu-se atingir os seguintes objetivos académicos:

- Aprofundar e adquirir novos conhecimentos sobre a temática em estudo;
- Aprofundar e adquirir conhecimentos sobre as diferentes etapas do processo de investigação / processo científico.

Pretendeu-se que este estudo seja exequível, atual e com interesse de ser estudado.

3. Revisão da literatura

Com a revisão da literatura é possível saber em que estado se encontram os conhecimentos relativos a um problema de investigação (Fortin, 1999, p. 86).

3.1. Hipertensão Arterial

Segundo a Associação Médica Americana (AMA) (2003, p. 61), a primeira referência à TA é feita no século XVII, quando um cientista inseriu um tubo de vidro na artéria de um cavalo.

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

Os valores de referência da TA, segundo a DGS (2011), são os referidos na Tabela 1:

Tabela 1 - Valores de referência da TA

Categoria	Pressão Arterial Sistólica (PAS)	Pressão Arterial Diastólica (PAD)
Ótima	<120 e	<80
Normal	120 - 129 e / ou	80 - 84
Normal-Alta	130 - 139 e / ou	85 - 89

A unidade utilizada para exprimir a TA é milímetros de Mercúrio (mmHg).

Segundo a Associação Nacional das Farmácias (ANF), os valores de referência da TA são meramente indicativos, uma vez que variam de indivíduo para indivíduo.

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

Segundo a OMS (*cit. in* Mallette, 2006, p. 7) existem cerca de 600 milhões de indivíduos no mundo que sofrem de HTA, sendo a percentagem mais elevada nas mulheres (50 %), nos homens a percentagem desce para 30 %. Esta percentagem de mulheres e homens hipertensos varia segundo a idade.

Segundo Pádua, em Portugal, estima-se que uma em cada três pessoas adultas tenha HTA.

Designa-se HTA, a bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com uma pressão superior à considerada normal (CIPE, 2000, p. 18).

Segundo a DGS (2011) a HTA pode ser agrupada em 3 categorias, conforme se pode verificar na Tabela 2:

Tabela 2 - Classificação da HTA em adultos

Categoria	PAS	PAD
Grau 1 (HTA ligeira)	140 - 159 e / ou	90 - 99
Grau 2 (HTA moderada)	160 - 179 e / ou	100 - 109
Grau 3 (HTA grave)	≥180 e / ou	≥110
Hipertensão Sistólica isolada (HSi)	≥140 e	<90

Os níveis referidos anteriormente são válidos para indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que não utilizem medicação anti-hipertensora e que não sofram de nenhuma patologia aguda concomitante (DGS, 2011).

A DGS (2011) refere ainda que “ (...) quando as pressões arteriais sistólica e diastólica estiverem em diferentes categorias, considerar-se-á a categoria do valor mais elevado.”

Fisiopatologia da HTA

As artérias têm de ser lisas, flexíveis e não obstruídas, características essenciais para estas desempenharem as suas funções, facilitando a circulação do sangue. Nas grandes e médias artérias podem-se formar depósitos amarelados chamados ateromas, estes podem crescer e endurecer com o passar do tempo, reduzindo o débito sanguíneo que passa por aquela artéria. Quando o sangue começa a passar com mais dificuldade nas artérias, o coração tem de se esforçar mais para fazer circular o sangue, o que leva à hipertensão.” (Malette, 2006, p. 12).

Causas da HTA

A HTA pode subdividir-se em hipertensão essencial ou em hipertensão secundária. A hipertensão essencial também denominada primária ou idiopática, é designada assim quando a causa primária de hipertensão é desconhecida embora se possa conhecer os inúmeros fatores de risco. Este tipo de hipertensão acontece na maioria dos casos, ou seja, em 90 % das situações.

Relativamente aos restantes 10 % dos casos, a hipertensão é designada de hipertensão secundária, em que é possível identificar uma perturbação médica subjacente, como são exemplos: uma doença renal ou hormonal, uma perturbação endocrinológica ou vascular, um desequilíbrio de adrenalina, a absorção de certos medicamentos, o uso de certas drogas ou a ingestão de alcaçuz. Na hipertensão secundária, uma vez que, é possível identificar a causa subjacente, pode-se tentar controlar a situação e assim a TA geralmente volta aos valores de referência (Malette, 2006, p. 14).

A HTA secundária apresenta as seguintes características: aparece de repente e sem aviso, é geralmente a causa de hipertensão em crianças, produz valores muito altos

de TA, produz oscilações na tensão e normalmente é acompanhada de outros sintomas incomuns que faz com que seja descoberto o problema (AMA, 2003, p. 34).

Segundo a AMA (2003, p. 44) os medicamentos que podem causar ou agravar a hipertensão são os seguintes: antidepressivos, anti-inflamatórios, reguladores do apetite, antigripais, ciclosporinas, descongestionantes nasais, anti-inflamatórios não esteróides e contraceptivos orais.

Diagnóstico e monitorização da TA

Só é possível confirmar o diagnóstico de HTA após monitorização da TA do indivíduo em causa, e os valores têm de ser encontrar acima dos valores considerados normais, ou seja, a PAS igual ou superior a 140 mmHg e / ou a PAD igual ou superior a 90 mmHg, pelo menos, em duas consultas diferentes com um intervalo mínimo de uma semana entre elas. Em cada consulta deve-se avaliar no mínimo duas vezes e deve haver um intervalo de dois minutos entre cada medição (Malette, 2006, p. 147).

Além da monitorização da TA podem ser realizados exames físicos e exames laboratoriais. Os exames laboratoriais iniciais do hipertenso consistem na avaliação dos seguintes parâmetros: hematócrito, glicemia em jejum e 2 horas pós-prandial, creatinina, potássio sérico, ácido úrico, triglicérides, urina tipo I e eletrocardiograma (Pierin, 2004, p. 87).

É necessário ter em consideração alguns aspetos quando se tenciona monitorizar a TA. Devem ser seguidas as instruções de uso do aparelho e este deve-se encontrar certificado e calibrado. A TA deve ser avaliada sempre à mesma hora do dia, deve-se evitar substâncias estimulantes, como café, álcool ou tabaco num período de 30 minutos antes da avaliação, uma vez que, podem provocar alterações na leitura. Deve-se avaliar a TA após um momento de repouso em que o braço deve estar pousado numa superfície ao nível do coração (AMA, 2003, p. 85).

No caso de adultos saudáveis, é recomendada a avaliação da TA, pelo menos uma vez por ano (FPC).

Manifestações Clínicas

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

A HTA é muitas das vezes apelidada de “assassina silenciosa”, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas / sinais, à exceção de valores tensionais elevados que só podem ser detetados aquando da medição da TA. Sendo assim, muitas das vezes, a HTA é descoberta aquando de um exame de rotina, sem que a pessoa esteja a contar (Carrageta, 2006, p. 2).

Segundo Mallette (2006, p. 21), não existe nenhum sinal / sintoma evidente que possa relacionar-se diretamente com a HTA, ou então esses sintomas levam muito tempo a manifestar-se, contrariamente a outras doenças. Também se pode dizer que é assintomática até que a TA seja muito alta e cause danos nos vasos sanguíneos e nos principais órgãos vitais do organismo (cérebro, coração e rim) e surjam alguns sinais / sintomas como: dor de cabeça localizada ao nível da nuca (manifestando-se pela manhã), tonturas e desequilíbrio quando se está de pé ou a caminhar, dificuldades respiratórias, problemas de visão, fadiga (sonolência), zumbidos nos ouvidos ou palpitações.

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, fibrilhação auricular e disfunção erétil (DGS, 2011).

A HTA triplica a hipótese de desenvolver cardiopatia coronariana, aumenta seis vezes a probabilidade de ICC e aumenta sete vezes o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame (AMA, 2003, p. 47).

3.2. Fatores de risco associados à HTA

Vaz et al. (2005) define fator de risco como: “ (...) um atributo individual, ou uma determinada exposição que está positiva ou negativamente associada com a ocorrência de uma doença.” Em que por atributo se entende uma característica do indivíduo, como a idade ou género.

Mallette (2006, p. 32) refere que o baixo nível de atividade física, a obesidade, o consumo excessivo de sal alimentar, o abuso do álcool, o tabagismo e o *stress* possam contribuir para o aparecimento da HTA essencial.

Pierin (2004, p. 12) considera o aumento do peso corporal, o excesso de ingestão alcoólica e o consumo excessivo de sal, os três fatores de risco primordiais para o desenvolvimento da HTA. Refere ainda que “O controle desses fatores contribui de maneira fundamental para o controle da hipertensão arterial e das doenças cardiovasculares.”

A maioria dos fatores de risco para o desenvolvimento de HTA são modificáveis, uma vez que estão associados aos estilos de vida. Porém, existem alguns fatores que não são passíveis de ser controlados (fatores de risco não modificáveis), como é o caso da idade e do gênero.

Idade

A prevalência de HTA aumenta com a idade. Com o avançar da idade, o organismo começa a envelhecer, incluindo as artérias, que perdem a sua elasticidade e tornam-se rígidas, o que prejudica a circulação do sangue, o que conseqüentemente aumenta a TA (Malette, 2006, p. 48).

Segundo Pierin (2004, p. 223) a HTA é uma das doenças mais frequente nos idosos.

Gênero

Segundo a OMS (*cit. in* Malette, 2006, p. 56), a HTA representa o segundo maior fator de risco de morte nas mulheres nos países mais desenvolvidos.

Malette (2006, p. 61) afirma que as mulheres são mais susceptíveis de apresentar HTA apesar de ser nos homens que existe o maior consumo de álcool, de tabaco, de excesso de peso ou obesidade e alimentarem-se de forma menos adequada que as mulheres.

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

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

Sedentarismo

Mais de metade da população a nível mundial (60 %), não apresenta níveis de atividade física desejáveis (OMS *cit. in* Vaz et al., 2005).

A FPC refere que o sedentarismo é um dos maiores fatores de risco no aumento de doenças cardiovasculares e consequente desenvolvimento de HTA. A população portuguesa encontra-se muito exposta ao risco de desenvolvimento destas doenças, uma vez que, Portugal faz parte dos países com menores índices de atividade física da Europa.

Malette (2006, p. 135) refere que “A atividade física de intensidade moderada é, atualmente, considerada como parte essencial do tratamento e prevenção da hipertensão.”

A DGS (2011) aconselha uma prática regular e continuada de exercício físico de 30 a 60 minutos com uma frequência de 4 a 7 dias por semana.

Pierin (2004, p. 127) recomenda a prática de exercício físico através da realização de algumas atividades tais como: marcha rápida, corrida, ciclismo, natação, entre outros.

Além de controlar a TA a atividade física garante outros benefícios, como por exemplo: “ (...) ajudar a controlar o peso, reduzir a tensão provocada pelo *stress*, condicionar um sono mais profundo, melhorar a disposição (...).” (Carrageta, 2006).

Obesidade

O envelhecimento da população e a vida cada vez mais sedentária tem contribuído para o aumento da obesidade, já considerada pela OMS como a grande epidemia do século XXI.

Um dos grandes fatores de risco da HTA é a obesidade, que segundo a OMS (*cit. in* Malette, 2006, p. 37) é um dos dez maiores problemas de saúde do mundo.

Segundo dados da FPC está estimado que a hipertensão seja 2,5 vezes mais prevalente nos indivíduos que apresentam obesidade.

A obesidade é um fator de risco da HTA, uma vez que, vai promover a acumulação de gordura no organismo, e esta deposita-se mais facilmente nas paredes das artérias, o que faz com que aumente o risco de ateromas (Mallette, 2006, p. 37).

Para se realizar o rastreio da obesidade calcula-se o IMC através de uma fórmula que relaciona dois dados antropométricos, o peso corporal e a altura. O IMC é obtido pela relação entre o peso corporal, em quilogramas (kg) e a altura, em metros² (m²) do indivíduo. Através do valor obtido é possível verificar se o indivíduo se encontra com um peso saudável ou não (Girerd et al., 2003, p. 44).

O cálculo do IMC é um instrumento útil para a avaliação da obesidade visto que, é objetivo, simples de obter os dados e não acarreta custos (Pierin, 2004, p. 124).

Tendo em consideração a Tabela 3 (OMS *cit. in* Pierin, 2004, p. 125):

Tabela 3 - IMC

IMC (kg / m²)	Classificação
<18	Baixo peso
≥ 18 e < 25	Peso saudável
≥ 25 e < 30	Pré-obesidade
≥ 30 e < 35	Obeso grau I
≥ 35 e < 40	Obeso grau II
≥ 40	Obeso grau III

Deve haver controlo e manutenção do peso de maneira a que o IMC seja inferior a 25 kg / m² (DGS, 2011).

“Por cada 10 kg na redução do peso calcula-se que se consiga reduzir a tensão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg.” (Ramalinho *cit. in* Polónia et al., 2006, p. 18).

Hábitos alimentares

Uma alimentação saudável consiste na redução do consumo de certos alimentos como as matérias gordas, o sal e o açúcar e no aumento do consumo de outros como as frutas, os legumes, os cereais inteiros e as fibras (Mallette, 2006, p. 101).

O sal tem na sua composição o sódio, que por sua vez tem responsabilidade na HTA. Deve haver uma redução no consumo de sal para menos de 5,8 gramas por dia para manter a TA controlada (DGS, 2011).

A FPC aconselha a ingestão de hidratos de carbono como o pão de mistura, a massa e o arroz, lacticínios magros ou meio gordos, a preferência ao peixe mais do que à carne e água à discrição.

Excesso de álcool

O álcool favorece a redução do calibre dos vasos sanguíneos, contribuindo para a subida da tensão. E estimula o apetite, favorecendo assim a um aumento de peso, que é outro fator de risco da HTA.

Além de contribuir para a elevação da tensão, o consumo de álcool pode interferir com a terapêutica e induzir resistência aos anti-hipertensores (Girerd et al., 2003, p. 206).

A DGS (2011) refere que o consumo de álcool deve ser limitado, no máximo, a duas bebidas por dia.

Carrageta (2006, p. 4) afirma que “Está bem demonstrado que, quando se reduz o consumo de álcool, a pressão arterial desce.”

Tabagismo

Segundo a FPC, o consumo de tabaco em Portugal atinge aproximadamente 20 a 26 % da população, sendo que o consumo é mais elevado nos homens, com uma proporção de três homens e meio para cada mulher fumadora. Pode-se também afirmar que as doenças cardiovasculares são 2 a 4 vezes mais frequentes nos fumadores e estes, em média, têm menos dez anos de vida do que os não fumadores.

O tabagismo é um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares e pertence ao grupo dos fatores que se podem controlar. O tabagismo provoca danos no sistema cardiovascular, contribuindo para acentuar o aparecimento da HTA.

O fumo do cigarro contém monóxido de carbono e nicotina, substâncias químicas com vários efeitos prejudiciais à saúde. O monóxido de carbono diminui o transporte de oxigénio para o sangue, o que leva a um aumento da frequência cardíaca.

Quanto à nicotina estreita os vasos sanguíneos, o que limita a passagem do sangue e de oxigênio, aumenta a quantidade de depósitos que se acumulam na parede interna das artérias, e conseqüentemente faz subir a TA. Provoca também o relaxamento da adrenalina e da noradrenalina, que provoca aumento da pressão sanguínea e obriga o coração a fazer ainda mais esforço (Malette, 2006, p. 43).

Segundo Girerd et al. (2003, p. 205) 15 a 30 minutos após o consumo de um cigarro, dá-se a elevação da TA entre 5 a 19 mmHg.

Carrageta (2006, p.4) refere: “ (...) nos casos de HTA ligeira e moderada, o benefício obtido pelo abandono do tabaco é até superior ao da própria terapêutica farmacológica antihipertensora.”

Stress

Para algumas pessoas o *stress* pode ser considerado como um fator de risco da HTA. O *stress* eleva a TA, prejudicando a longo prazo as artérias e o coração (Malette, 2006, p. 49).

O mecanismo que faz com que o *stress* possa provocar HTA é conhecido. Num estado normal, a taxa de aminas segregada pelo organismo é muito baixa, mas quando ocorre alguma situação stressante as aminas são lançadas no sangue, o que faz com que o sistema nervoso simpático seja ativado, provocando um aumento da frequência cardíaca, uma constrição das artérias e conseqüentemente uma elevação da TA (Malette, 2006, p. 51).

Segundo Malette (2006, p. 59) as mulheres são “ (...) mais susceptíveis ao *stress* do que os homens.”

Sendo o *stress* considerado um fator de risco da HTA, o melhor é eliminá-lo e quando não é possível eliminá-lo, pelo menos, reduzi-lo (Malette, 2006, p. 140).

3.3. Prevenção e Tratamento da HTA

Existem várias medidas que se podem adotar de maneira a obtermos uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente diminuir a probabilidade de adquirir HTA. As medidas passam por manter um estilo de vida o mais saudável possível, como por

exemplo: uma boa alimentação, a restrição ou diminuição de bebidas alcoólicas, a prática de exercício físico, deixar de fumar e reduzir o *stress* do dia-a-dia.

Pierin (2004, p. 314) refere que existem inúmeras evidências que comprovam que é possível evitar ou atrasar o aparecimento da HTA. E quando a HTA aparece é possível atenuar as manifestações que esta provoca.

Acerca da mesma problemática, Mallette (2006, p. 100) afirma que, “ (...) insistindo nos comportamentos que favorecem um bom estado de saúde, poder-se-ia conseguir travar o aumento potencial da hipertensão e, pelo mesmo facto, da doença cardiovascular em geral.”

A HTA pode ser controlada através de medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas. O tratamento não medicamentoso consiste em mudanças no estilo de vida. Relativamente ao tratamento medicamentoso existem diversas classes de medicamentos anti-hipertensores disponíveis, que deverão ser prescritos pelo médico, segundo as características de cada doente.

Pierin (2004, p. 120) refere que em 40 % dos casos a HTA pode ser tratada exclusivamente a nível não medicamentoso e tratar a HTA é sinónimo de controlar fatores de risco cardiovasculares.

Quando é diagnosticada HTA e em caso de ser uma HTA ligeira existem várias medidas que se podem tomar em relação ao estilo de vida de maneira a baixar os valores da tensão, as medidas passam por uma alimentação saudável, por praticar uma atividade física, por ter um peso adequado, por deixar de fumar, reduzir o *stress*, pela restrição do consumo de sal e de álcool. Muitas vezes estas medidas são suficientes para que a TA volte ao normal. Em caso de uma HTA mais grave, estas medidas são importantes pois, podem diminuir a quantidade de medicamentos e também melhor a qualidade de vida. Em caso de HTA secundária o tratamento do problema subjacente poderá resolver a situação (Mallette, 2006, p. 68).

Os fármacos utilizados no tratamento da HTA denominam-se antihipertensores, e estes têm com objetivo diminuir a TA e, conseqüentemente, o trabalho que o coração faz para bombear o sangue. Existem inúmeros grupos de fármacos anti-hipertensores: os vasodilatadores, os diuréticos e os que diminuem o débito cardíaco (Seeley, 2005, p. 763).

Segundo a DGS (2011) os antihipertensores, a médio prazo, têm como objetivo retardar a progressão da doença e os efeitos que esta causa nos órgãos alvo e a longo prazo, diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular causada pela HTA.

A HTA é uma doença crónica em que é necessária terapêutica e vigilância contínua, o não cumprimento da terapêutica e vigilância adequada geralmente está associado a um agravamento da situação clínica do indivíduo em questão (DGS, 2011).

A AMA (2003, p. 13) afirma que “ (...) a hipertensão não tratada pode encurtar a vida em dez a vinte anos.”

3.4. Papel do Enfermeiro

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.”

Segundo a OMS (*cit. in* Vaz et al., 2005), “ (...) 75 % das doenças cardiovasculares podem ser atribuídas a fatores de risco modificáveis, ou seja, prevenidos, tratados ou controlados.”

O enfermeiro tem um papel fundamental no que diz respeito à prevenção e controlo da HTA, uma vez que, apresenta como funções contribuir para a adoção de estilos de vida mais saudáveis dos indivíduos, baseando-se num modelo de promoção da saúde e prevenção da doença.

É um dos profissionais de saúde que lida diretamente com as pessoas e o profissional de saúde mais acessível, por isso deve identificar comportamentos de risco e fazer os ensinamentos necessários para a saúde, assegurando que a informação dada é apresentada de forma clara e apropriada, ajudando desta forma os indivíduos a atingirem níveis ótimos de saúde.

Relativamente à prevenção de HTA, as intervenções de enfermagem passam por: monitorizar a TA, conhecer os hábitos de vida do indivíduo e verificar se esta apresenta fatores de risco, fazer ensinamentos sobre a terapêutica, orientar em relação aos estilos de vida, avaliar sintomas / sinais (Pierin, 2004, p. 359).

PARTE II - FASE METODOLÓGICA

Após a conclusão da fase conceptual, onde está inserida a delimitação do tema, com a respetiva justificação e pertinência, as questões e objetivos de investigação e a revisão da literatura, segue-se a segunda parte do presente trabalho, a fase metodológica.

1. Princípios éticos

Existem inúmeras definições para ética. Fortin (1999, p. 114) define ética num sentido mais amplo como “ (...) a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta.”

O investigador tem um conjunto de cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos que tem de respeitar, que são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999, p. 116).

A todas as pessoas que participaram no questionário foram assegurados todos os direitos aplicáveis aos seres humanos. A pessoa foi solicitada a responder ao questionário e poder decidir de forma livre a sua participação, foi mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados presentes no questionário e a pessoa foi informada sobre os objetivos e a duração do questionário.

2. Tipo de estudo

Neste Projeto de Graduação, os dados foram recolhidos e processados segundo uma abordagem quantitativa. O método quantitativo tem como objetivo “ (...) explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos.” (Fortin, 2006, p. 27).

Foi realizado um estudo do tipo descritivo simples e transversal numa amostra da população da freguesia de Pedroso. O estudo descritivo simples “ (...) implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população.” (Fortin, 2006, p. 237).

Relativamente ao estudo transversal pode-se dizer que este “ (...) serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.” (Fortin, 2006, p. 252).

Meio

É necessário definir o meio onde o estudo será conduzido. Os estudos podem ser conduzidos dentro e fora dos laboratórios, os realizados fora dos laboratórios têm a designação de estudos em meio natural. Este estudo foi realizado em meio natural, ou seja, junto da população (Fortin, 1999, p. 132).

3. Variáveis

“Variável é uma classificação ou medida; uma quantidade que varia.” (Carvalho, 2002, p. 123).

As variáveis do presente trabalho foram:

- Idade, género, escolaridade, atividade profissional, estado civil;
- Conhecimentos sobre os fatores de risco da HTA da população de Pedroso;
- Fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso;
- O papel do Enfermeiro na prevenção da HTA.

Destas, as primeiras cinco são de atributo uma vez que serviram para caracterizar a amostra e as restantes são as variáveis em estudo.

4. População, Amostra e Processo de Amostragem

População

Lakatos et al., (2001, p. 108) define população como: “ (...) conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.”

Uma vez que é impossível estudar a população da freguesia de Pedroso na totalidade, a população que será estudada é chamada de população alvo, e esta tinha de cumprir os critérios estabelecidos previamente (Fortin, 1999, p. 202).

Amostra

Para Fortin (1999, p. 202), “A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.” A amostra deve ser representativa da população, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra que foi selecionada.

A amostra foi constituída por 50 indivíduos da freguesia de Pedroso, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos, sendo constituída por mulheres e homens. Estes indivíduos tiveram de cumprir os seguintes critérios de inclusão: residir na freguesia de Pedroso, ter idade igual ou superior a 18 anos e saber ler e escrever, para responder ao questionário.

Processo de Amostragem

Fortin (1999, p. 202) refere que a amostragem é:

“ (...) o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.”

A amostragem não probabilística é um procedimento de seleção que não dá a cada elemento da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar uma amostra (Fortin, 1999, p. 208).

Foi utilizada a amostragem não probabilística uma vez que não era possível ter acesso a toda a população, apesar de ter a desvantagem de ser menos representativa do que a amostragem probabilística e de dificilmente os resultados poderem ser generalizados (Fortin, 1999, p. 211).

Existem quatro principais métodos de amostragem não probabilística e destes recorreu-se à amostragem acidental, uma vez que são incluídas no estudo as pessoas que se encontram num local determinado, num momento preciso. Tem como vantagem o facto de ser fácil organizar e de ser pouco onerosa. E como desvantagem, a incerteza de

que a amostra seja representativa da população alvo, limitando assim a generalização dos resultados (Fortin, 1999, p. 208).

5. Instrumento de recolha de dados

Sobre o instrumento de recolha de dados, Fortin (1999, p. 239) afirma:

“Como a investigação pode incidir sobre uma variedade de fenómenos, requer o acesso a diversos métodos de colheita de dados. A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar.”

O investigador tem a tarefa de decidir qual o instrumento de recolha de dados, mais adequado ao objetivo do seu estudo e às suas questões de investigação, uma vez que existem diversas maneiras de colher dados junto das pessoas (Fortin, 1999, p. 240).

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário (Anexo I). O questionário foi elaborado pelo investigador, facilitando assim a obtenção das respostas necessárias para o estudo. Era constituído por quatro partes: a 1ª parte referia-se à caracterização da amostra; a 2ª parte era constituída por questões que permitiam avaliar os conhecimentos sobre fatores de risco da HTA; com a 3ª parte foi possível conhecer a existência ou não de fatores de risco e por fim a 4ª parte, composta por uma questão de resposta aberta sobre as possíveis atitudes que os Enfermeiros do centro de saúde poderiam pôr em prática para ajudar na prevenção da HTA.

A recolha de dados através do questionário foi realizada no dia 28 de Março de 2012, entre as 14:30 e as 20:00 horas.

5.1. Definição de “ conhecimento sobre fatores de risco da HTA”

Segundo a CIPE (2000, p. 45):

“Conhecimento é um tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação.”

Definiu-se os seguintes critérios para verificar se a amostra tinha ou não conhecimentos sobre fatores de risco da HTA:

- Responde acertadamente a 0 ou 1 questão sobre fatores de risco da HTA:
“Conhecimento não demonstrado”

“Avaliação dos conhecimentos e da existência de fatores de risco da HTA na população de Pedroso”

- Responde acertadamente a 2, 3 ou 4 questões sobre fatores de risco da HTA:
“Conhecimento insuficiente”

- Responde acertadamente a 5, 6 ou 7 questões ou mais sobre fatores de risco da HTA: “Conhecimento suficiente”

- Responde acertadamente a 8, 9 ou 10 questões sobre fatores de risco da HTA:
“Conhecimento bom”

5.2. Definição de “ grupo de risco para o desenvolvimento da HTA”:

Para a população de Pedroso ser considerada um grupo de risco para o desenvolvimento da HTA, mais de 50 % da amostra (indivíduos que referiram não ter o diagnóstico de HTA) teria de ter presente determinado fator de risco (sedentarismo, obesidade, maus hábitos alimentares, excesso de álcool, tabagismo e *stress*).

6. Pré-teste

Antes da aplicação do questionário definitivo à amostra é necessário aplicar um pré-teste a uma percentagem da amostra, que tem como objetivo verificar se o questionário é de fácil compreensão e prever o tempo necessário para o preenchimento do mesmo (Fortin, 1999, p. 253).

Ou seja, o pré-teste serve para testar o instrumento de recolha de dados. O pré-teste foi aplicado no dia 21 de Março de 2012 a 10% da amostra, ou seja, a 5 indivíduos da população de Pedroso, sendo que estes foram posteriormente excluídos da amostra uma vez que foram constatadas falhas no questionário (Lakatos et al., 2001, p. 129).

Com a aplicação do pré-teste verificou-se então a necessidade de reformular duas questões (Questão 2.1 da 3ª parte e Questão 1 da 4ª parte), uma vez que poderiam não estar explícitas, de modo a que os resultados obtidos fossem mais precisos.

7. Análise, apresentação e tratamento de dados

A análise estatística dos dados foi executada através da utilização do programa estatístico SPSS versão 20, que é “ (...) um precioso instrumento de trabalho que executa procedimentos estatísticos, transformando os dados em informação compreensível.” (Carvalho, 2002, p. 95).

Os resultados foram apresentados através da utilização de tabelas.

PARTE III – FASE EMPÍRICA

Nesta última parte do desenvolvimento serão apresentados os dados, através da utilização de tabelas e posteriormente será feita a análise e interpretação dos mesmos.

1. Apresentação dos dados

Uma vez terminada a colheita de dados através dos questionários realizados à amostra, é necessário proceder à sua apresentação e posteriormente à sua análise e interpretação. O questionário era constituído por 4 partes, sendo assim, a apresentação dos dados foi feita separadamente, através da utilização de tabelas.

Apresentação dos dados da 1ª parte do questionário

A 1ª parte do questionário consistiu na colheita de dados para posterior caracterização da amostra inquerida. A amostra foi caracterizada em relação à idade, ao género, à escolaridade, à sua atividade profissional estar ou não relacionada com a área da saúde e ao estado civil.

Tabela 4 - Estatística descritiva - Idade (anos)

	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Idade mínima	Idade máxima
Idade (anos)	38,54	36,50	31	14,214	18	76

Conforme se pode verificar na Tabela 4, os 50 indivíduos da amostra tinham uma média de idades de 38,54 anos, uma mediana de 36,50, uma moda de 31 e um desvio padrão de 14, 214. A pessoa mais nova que respondeu ao questionário tinha 18 anos e a mais velha apresentava 76 anos.

Os 50 indivíduos da amostra foram distribuídos por 6 faixas etárias distintas consoante a idade que diziam apresentar. As 6 faixas etárias foram: 18 – 27 anos; dos 28 – 37 anos; dos 38 – 47 anos; 48 – 57 anos; 58 – 67 anos e por fim, dos 68 – 77 anos, sendo que cada faixa etária tem um intervalo de 9 anos.

Tabela 5 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à idade

Idades categorizadas	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
18 – 27	14	28
28 – 37	11	22
38 – 47	11	22
48 – 57	9	18
58 – 67	3	6
68 – 77	2	4

Tendo em consideração a Tabela 5, a maioria dos indivíduos da amostra tinham idades compreendidas entre os 18 – 27 anos, ou seja, 14 indivíduos (28 %). Relativamente à faixa etária dos 28 – 37 anos e dos 38 – 47 anos estavam incluídos 11 indivíduos (22 %) em cada. Dos 48 – 57 anos, encontravam-se 9 indivíduos (18 %), dos 58 – 67 anos, 3 indivíduos (6 %) e, por fim, 2 indivíduos (4 %) que se encontravam na faixa etária dos 68 – 77 anos.

Tabela 6 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao género

Género	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Feminino	32	64
Masculino	18	36

Conforme se pode verificar na Tabela 6, a amostra era constituída maioritariamente por indivíduos do género feminino, ou seja, 32 mulheres (64 %) e por 18 homens (36 %).

Tabela 7 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à escolaridade

Escolaridade	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever	2	4
4º Ano	26	52
12º Ano	18	36
Ensino superior	4	8

Como se pode observar na Tabela 7, 2 indivíduos (4 %) não possuíam escolaridade, porém sabiam ler e escrever. A maioria da amostra, ou seja, 26 indivíduos (52 %), apresentavam o 4º ano, 18 indivíduos (36 %) tinham o 12º Ano e 4 indivíduos (8 %) referiram ter como escolaridade o ensino superior.

Tabela 8 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à atividade profissional estar relacionada com a área da saúde

Atividade profissional relacionada com a área da saúde	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	4	8
Não	45	90
Não respondeu	1	2

Tendo em consideração a Tabela 8, à questão “A sua atividade profissional está relacionada com a área da saúde”, 4 indivíduos (8 %) responderam sim, 45 indivíduos (90 %) responderam não e 1 indivíduo (2 %) não respondeu.

Tabela 9 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao estado civil

Estado civil	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Casado	26	52
Divorciado / Separado	2	4
Solteiro	16	32
União de facto	2	4
Viúvo	4	8

Conforme se pode verificar na Tabela 9, dos 50 indivíduos que responderam ao questionário, 26 (52 %) eram casados, 2 (4 %) eram divorciados / separados, 16 (32 %) eram solteiros, 2 (4 %) viviam em união de facto e 4 (8 %) eram viúvos.

Apresentação dos dados da 2ª parte do questionário

A 2ª parte do questionário consistiu num conjunto de 10 questões com o intuito de avaliar os conhecimentos dos indivíduos acerca dos fatores de risco da HTA.

De seguida, apresentar-se-á as 10 questões da 2ª parte do questionário com a frequência absoluta (F) e frequência relativa (%) das respostas certas.

Tabela 10 - F e % das respostas certas às 10 questões da 2ª parte do questionário

Questões	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Uma pessoa mais velha tem maior probabilidade de ter HTA?	39	78
A Mulher e o Homem têm a mesma probabilidade de ter HTA?	6	12
O exercício físico pode ajudar a prevenir a HTA?	50	100
As pessoas obesas têm maior probabilidade de ter HTA?	48	96
A má alimentação influencia no aparecimento de HTA?	43	86
O álcool pode desencadear HTA?	38	76
Fumar é um fator desencadeante de HTA?	37	74
O stress pode provocar HTA?	44	88
Acredita que numa grande parte das pessoas é possível prevenir a HTA, através das mudanças de hábitos de vida?	47	94
Acha importante avaliar a TA com regularidade para despistar a HTA?	48	96

Relativamente às questões enunciadas na Tabela 10, houve um elemento da amostra que não respondeu às questões 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

Tabela 11 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao grau de conhecimento

Conhecimento	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Não demonstrado	0	0
Insuficiente	1	2
Suficiente	11	22
Bom	37	74

Como se pode observar na Tabela 11, houve 1 indivíduo (2 %) classificado como tendo “conhecimento insuficiente”, 11 indivíduos (22 %) como tendo “conhecimento suficiente” e 37 indivíduos (74 %) como tendo “conhecimento bom”. Houve ainda 1 elemento da amostra que não respondeu às 10 questões, não podendo por isso ser inserido em nenhuma das categorias anteriores.

Apresentação dos dados da 3ª parte do questionário

A 3ª parte do questionário consistiu em determinar se as pessoas possuíam ou não fatores de risco para o desenvolvimento da HTA.

Tabela 12 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao diagnóstico de HTA

Diagnóstico de HTA	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	14	28
Não	35	70
Não respondeu	1	2

De acordo com os dados apresentados na Tabela 12: 14 indivíduos (28 %) diziam ter diagnóstico de HTA, 35 indivíduos (70 %) diziam não ter diagnóstico de HTA e 1 indivíduo (2 %) não respondeu.

Acerca dos dados anteriores, Carrageta (2005, p.5) afirma que “Cerca de 3,3 milhões de Portugueses são hipertensos. Estima-se que 46 % destes, ou seja, mais de 1,5 milhões nem sequer saibam que são hipertensos.”

Tabela 13 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à menopausa / pós-menopausa

Menopausa / Pós-Menopausa	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	8	25
Não	22	68,75
Não respondeu	2	6,25

A pergunta 2 da 3ª parte do questionário dizia respeito apenas ao género feminino. Tendo em consideração a Tabela 13, das 32 mulheres que constituíam a

amostra, 8 (25 %) encontravam-se na menopausa / pós-menopausa, 22 (68,75 %) não se encontravam na menopausa / pós – menopausa e 2 (6,25 %) não responderam.

Tabela 14 - Distribuição dos dados da amostra relativamente aos contraceptivos orais

Contraceptivos orais	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	16	50
Não	15	46,875
Não respondeu	1	3,125

Em semelhança com a tabela anterior, a Tabela 14 diz respeito apenas ao género feminino e apresenta os dados relativamente a toma de contraceptivos orais. Sendo assim, das 32 mulheres, 16 (50 %) utilizavam contraceptivos orais, 15 (46,875 %) não utilizavam e uma mulher (3,125 %) não respondeu.

Tabela 15 – Distribuição dos dados da amostra relativamente à atividade física

Atividade física	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	20	40
Não	29	58
Não respondeu	1	2

Conforme se pode verificar na Tabela 15, 20 indivíduos (40 %) praticavam atividade física, 29 indivíduos (58 %) não praticavam atividade física e 1 indivíduo (2%) não respondeu.

A questão 4 da 3ª parte do questionário perguntava o peso e a altura do indivíduo. Estes dois dados antropométricos foram pedidos com o intuito de se calcular o IMC. O IMC foi calculado pela seguinte fórmula: peso (kg) / altura² (m²), sendo os indivíduos posteriormente classificados como tendo baixo peso, peso saudável, pré-obesidade, obesidade de grau I, obesidade de grau II e obesidade de grau III.

Tabela 16 - Estatística descritiva - IMC (kg / m²)

	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	IMC mínimo	IMC máximo
IMC (kg / m²)	25,4	24,2	21,9	4,1621	18,38	34,66

Como se pode observar na Tabela 16, os 50 indivíduos da amostra tinham uma média de IMC de 25,4 kg / m², uma mediana de 24,2, uma moda de 21,9 e um desvio padrão de 4,1621. O IMC mais baixo foi de 18,38 kg / m² e o mais elevado foi de 34,66 kg / m².

Da amostra, houve 1 indivíduo (2 %) que não respondeu à questão do peso e da altura, conseqüentemente não foi possível proceder ao cálculo do IMC.

Tabela 17 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao IMC

IMC (kg / m²)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
<18 - Baixo peso	0	0
≥ 18 e < 25 - Peso saudável	26	52
≥ 25 e < 30 - Pré-obesidade	15	30
≥ 30 e < 35 - Obesidade grau I	8	16
≥ 35 e < 40 - Obesidade grau II	0	0
≥ 40 - Obesidade grau III	0	0

De acordo com os dados apresentados na Tabela 17, verificou-se que 26 indivíduos (52 %) apresentavam um IMC ≥ 18 e <25 (peso saudável), 15 indivíduos (30 %) apresentavam um IMC ≥ 25 e <30 (Pré-obesidade) e 8 indivíduos (16 %) apresentavam um IMC ≥ 30 e <35 (Obesidade grau I).

Tabela 18 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de sal

Sal (adição de sal durante a confeção dos alimentos e alimentos salgados)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sempre	7	14
Muitas vezes	5	10
Algumas vezes	28	56
Raramente	7	14
Nunca	3	6

Tendo em consideração a Tabela 18, em relação ao consumo de sal (adição de sal durante a confeção dos alimentos e alimentos salgados), 7 indivíduos (14 %) dizem

utilizar sempre, 5 indivíduos (10 %) muitas vezes, 28 indivíduos (56 %) algumas vezes, 7 indivíduos (14 %) raramente e 3 indivíduos (6 %) nunca.

Tabela 19 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de açúcar

Açúcar (bolachas, bolos, chocolates)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sempre	3	6
Muitas vezes	10	20
Algumas vezes	28	56
Raramente	8	16
Nunca	1	2

Conforme se pode verificar na Tabela 19, em relação ao consumo de açúcar (bolachas, bolos, chocolates), 3 indivíduos (6 %) dizem consumir sempre, 10 indivíduos (20 %) muitas vezes, 28 indivíduos (56 %) algumas vezes, 8 indivíduos (16 %) raramente e 1 indivíduo (2 %) nunca.

Tabela 20 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de frutas e legumes

Frutas e legumes	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sempre	14	28
Muitas vezes	13	26
Algumas vezes	19	38
Raramente	4	8
Nunca	0	0

Como se pode observar na Tabela 20, em relação ao consumo de frutas e legumes, 14 indivíduos (28 %) dizem consumir sempre, 13 indivíduos (26 %) muitas vezes, 19 indivíduos (38 %) algumas vezes, 4 indivíduos (8 %) raramente.

Tabela 21 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de pão de mistura, massa e arroz

Pão de mistura, massa e arroz	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sempre	6	12
Muitas vezes	18	36
Algumas vezes	24	48
Raramente	2	4
Nunca	0	0

De acordo com os dados apresentados na Tabela 21, em relação ao pão de mistura, massa e arroz, 6 indivíduos (12 %) dizem consumir sempre, 18 indivíduos (36%) muitas vezes, 24 indivíduos (48 %) algumas vezes, 2 indivíduos (4 %) raramente.

Tabela 22 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de lacticínios magros ou meio gordos

Lacticínios magros ou meio gordos	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sempre	8	16
Muitas vezes	19	38
Algumas vezes	20	40
Raramente	3	6
Nunca	0	0

Tendo em consideração a Tabela 22, em relação aos lacticínios magros ou meio gordos, 8 indivíduos (16 %) dizem consumir sempre, 19 indivíduos (38 %) muitas vezes, 20 indivíduos (40 %) algumas vezes e 3 indivíduos (6 %) raramente.

Tabela 23 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de peixe

Peixe	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sempre	3	6
Muitas vezes	9	18
Algumas vezes	32	64
Raramente	5	10
Nunca	1	2

Conforme se pode verificar na Tabela 23, em relação ao peixe, 3 indivíduos (6%) dizem consumir sempre, 9 indivíduos (18 %) muitas vezes, 32 indivíduos (64 %) algumas vezes, 5 indivíduos (10 %) raramente e 1 indivíduo (2 %) nunca.

Tabela 24 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao consumo de carne

Carne	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sempre	7	14
Muitas vezes	22	44
Algumas vezes	17	34
Raramente	4	8
Nunca	0	0

Como se pode observar na Tabela 24, em relação à carne, 7 indivíduos (14 %) dizem consumir sempre, 22 indivíduos (44 %) muitas vezes, 17 indivíduos (34 %) algumas vezes e 4 indivíduos (8 %) raramente.

Tabela 25 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas

Bebidas alcoólicas (mais de 2 copos por dia)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	5	10
Não	45	90

De acordo com os dados apresentados na Tabela 25, a ingestão de bebidas alcoólicas (mais de 2 copos por dia) verificou-se em 5 indivíduos (10 %).

Tabela 26 - Distribuição dos dados da amostra relativamente a ser fumador

Fumadores	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	11	22
Não	39	78

Tendo em consideração a Tabela 26, a amostra foi constituída por 11 indivíduos (22 %) que referiram ser fumadores e por 39 indivíduos (78 %) que referiram não ser fumadores.

Tabela 27 - Distribuição dos dados da amostra relativamente ao *stress*

Stress	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	36	72
Não	14	28

Conforme se pode verificar na Tabela 27, 36 indivíduos (72 %) diziam estar sujeitos a níveis elevados de *stress* no dia-a-dia, enquanto 14 indivíduos (28 %) diziam não estar sujeitos a níveis elevados de *stress* no dia-a-dia.

Tabela 28 - Distribuição dos dados da amostra relativamente à avaliação da TA regularmente

Avaliação da TA regularmente (pelo menos uma vez por ano)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (%)
Sim	32	64
Não	18	36

Como se pode observar na Tabela 28, 32 indivíduos (64 %) referiam avaliar a TA regularmente, enquanto os restantes 18 indivíduos (36 %) referiram que não avaliavam a TA regularmente.

Apresentação dos dados da 4ª parte do questionário

As respostas dadas à pergunta 1 da 4ª parte do questionário encontram-se na Tabela 29. Relativamente a esta questão, 6 indivíduos não responderam (Q17, Q18, Q32, Q33, Q41 e Q 42).

Tabela 29 - Respostas dadas à 4ª parte do questionário

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Ensino para a saúde	Exercício físico	Q27 - “incentivar as pessoas com exercício físico”; Q39 - “incentivando ao exercício físico”
	Alimentação	Q1 e Q27 - “boa alimentação”; Q3 - “terem certos cuidados com a alimentação”; Q12 - “aconselhar as pessoas de qualquer idade a fazer uma alimentação razoável”; Q13 e Q44 - “alimentação saudável”; Q15 - “informar melhor os doentes sobre a alimentação correta para prevenirem a Hipertensão Arterial”; Q16 - “alertar os seus pacientes para uma melhor alimentação”; Q23 - “realizar ensinamentos sobre a alimentação”; Q24 - “Ensinar a comer melhor”; Q30 - “alertar os pacientes para com os cuidados que devem ter com a alimentação”; Q38 - “aconselhar, mais as pessoas como comer, beber muita água”; Q39 - “ajudando na escolha da alimentação”; Q49 - “reduzir o sal na alimentação”
	HTA	Q2 - “lembrar que a morte de hipertensão arterial é elevada”; Q5 - “informar os utentes das consequências”; Q14 - “avisar/prevenir todos os doentes sobre as consequências”; Q16 e Q30 - “dar conhecimento do que realmente é a Hipertensão Arterial”; Q19 - “informar o utente sobre os comportamentos de risco a fim de os poder prevenir”; Q20 - “informar sobre os comportamentos de risco e aconselhar as pessoas a adotarem um comportamento mais saudável”; Q29 - “comunicarem com os doentes os cuidados a terem para prevenir a hipertensão arterial”; Q34 - “alertarem os utentes quais as consequências que podem causar a hipertensão arterial”; Q35 - “avisarem as pessoas de mais idade quais os riscos podem causar a Hipertensão arterial”; Q36 - “informar o mais possível os utentes quais os comportamentos de risco”; Q37 - “explicar as pessoas como podem combater esta doença”; Q50 - “mais informação sobre a hipertensão”
Monitorização de aspetos ligados à saúde física	Monitorizar Tensão Arterial	Q1 e Q26 - “medir a hipertensão arterial”; Q4 e Q22 - “medir as tensões”; Q6 - “ver as tensões”; Q9 - “medir a tensão a todos os doentes”; Q31 - “incentivar e agendar com os doentes com maior probabilidade de hipertensão, para fazerem o rastreio”; Q35 - “medir a tensão”; Q37 e Q46 - “medir a tensão arterial”; Q38 - “medindo as tensões regularmente”; Q43 - “medir mais amiúde”; Q44 - “medir a tensão com mais regularidade”; Q50 - “fazer mais rastreio”

Atendimento ao utente	Atender em tempo útil	Q7 – “devia ser mais rápidos atender os doentes quando estamos à espera mais doentes ficamos”
	Disponibilidade	Q34 – “mais disponibilidade para medirem a tensão arterial com mais regularidade”
	Empatia	Q11 – “atendimento melhor ao público, mais simpáticos com os utentes”
Prevenção	Exercício	Q1 – “prática de exercício”; Q3 - “fazerem exercício físico”; Q12 – “exercício físico algumas vezes por semana”; Q13 – “fazer exercício todos os dias”; Q48 – “praticar exercício físico”; Q49 – “fazer exercício”

Algumas das respostas não foram de encontro ao solicitado, não se enquadrando em nenhuma das categorias mencionadas anteriormente, razão pela qual descreverei as respostas de seguida: Q8 - “prevenir e avisar para que as pessoas consigam agir corretamente”; Q10 – “divulgar mais informações aos jovens”; Q21 - “colocar uma parte no hospital para a prática de exercício físico”; Q25 – “que as pessoas sejam sinceras no questionário”; Q28 – “deviam ter mais atenção as pessoas porque somos nós que lhe damos o pão”; “ Q 40 - “qualquer uma”; Q45 – “Precaver as pessoas (mais idade) mais vezes”; Q 47 – “ter que fazer mais coisas para ajudar a Hipertensão Arterial” e por fim Q48 – “fazer consultas com regularidade”

2. Análise e interpretação dos dados

Após a apresentação dos dados, torna-se imprescindível proceder à análise e interpretação desses mesmos dados, com o intuito de ser possível responder aos objetivos inicialmente delineados.

De acordo com o tema deste Projeto de Graduação pretendeu-se verificar se a população residente em Pedroso tinha conhecimentos sobre os fatores de risco da HTA, identificar se a população de Pedroso constituía um grupo de risco para o desenvolvimento da HTA, identificar quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso e por fim, saber o que pensava a população de Pedroso sobre o papel do Enfermeiro na prevenção da HTA.

Para ser possível responder ao primeiro objetivo do presente Projeto de Graduação, ou seja, verificar se a população residente em Pedroso tinha conhecimentos sobre os fatores de risco da HTA, foram colocadas 10 questões relativas aos fatores de risco que podem desencadear HTA, estas poderiam estar certas ou erradas.

Segundo critérios anteriormente estabelecidos, a população poderia ter “conhecimento não demonstrado, insuficiente, suficiente ou conhecimento bom”.

Através da análise dos dados verificou-se que 1 indivíduo (2 %) demonstrou ter “conhecimento insuficiente”, 11 indivíduos (22 %) demonstraram ter “conhecimento suficiente” e por fim, 37 indivíduos (74 %) demonstraram ter “conhecimento bom”.

Torna-se importante verificar as diferenças nas características entre a população que possuía “conhecimento suficiente” e “conhecimento bom” de modo a ser possível direcionar ações preventivas para uma população específica, neste caso, a população que apresentava menos conhecimentos. Relativamente ao “conhecimento insuficiente” não se teve em consideração neste estudo para se estabelecer relações, uma vez que apenas um indivíduo apresentou este tipo de conhecimento, logo não é muito representativo.

Apenas como curiosidade, o indivíduo da amostra que possuía “conhecimento insuficiente” encontrava-se na faixa etária dos 18 aos 27 anos, era do género masculino, tinha como escolaridade o 12º ano, a sua atividade profissional não estava relacionada com a área da saúde e era solteiro.

Procedeu-se então à análise das características da amostra com “conhecimento suficiente e bom”, de maneira a salientar as diferentes características encontradas.

Quanto ao parâmetro da idade, pode-se verificar que a maioria da amostra que possuía “conhecimento suficiente” tinha entre 28 e 47 anos, enquanto que a maioria da amostra que possuía “conhecimento bom” tinha idade inferior a 37 anos.

Relativamente ao género, verificou-se que o género masculino tinha mais conhecimento sobre os fatores de risco da HTA do que o género feminino.

Em relação à escolaridade, a única conclusão que foi possível obter foi que a totalidade dos indivíduos que possuíam o ensino superior tinha “conhecimento bom” acerca dos fatores de risco da HTA. Relativamente aos que não tinham escolaridade, que tinham o 4º ano ou o 12º ano, não foi possível estabelecer nenhuma relação.

Outra das conclusões a que foi possível chegar foi que a maioria dos indivíduos que afirmaram que a sua atividade profissional estava relacionada com área da saúde demonstraram ter “conhecimento bom”.

Não foi possível chegar a nenhuma relação entre o estado civil e ter ou não conhecimento sobre fatores de risco da HTA.

Acerca do primeiro objetivo, pôde-se concluir que a maioria (74 %) da amostra da população de Pedroso demonstrou ter “conhecimento bom” sobre fatores de risco da HTA. Porém, chegou-se à conclusão que os indivíduos com mais idade, do gênero feminino, sem ensino superior e em que a sua atividade profissional não está relacionada com a área da saúde são aqueles em que se deve investir mais a nível de educação para a saúde.

Pierin (2004, p. 315) afirma que é “ (...) imperativo que se conheçam esses fatores de risco, a fim de verificar a possibilidade de anulá-los ou controlá-los.”

O segundo objetivo consistiu em identificar se a população de Pedroso constituía um grupo de risco para o desenvolvimento de HTA. A 3ª Parte do questionário serviu para a concretização deste mesmo objetivo, uma vez que apresentava um conjunto de 9 questões acerca do estilo de vida de cada indivíduo.

Na parte metodológica, encontra-se definido o que se considerou grupo de risco para ser possível a concretização deste objetivo.

Dos 50 indivíduos que constituíram a amostra, 14 indivíduos (28 %) da amostra referiram ter HTA, logo estes indivíduos não foram considerados na análise que se segue, porque não tem interesse verificar se constituíam um grupo de risco para o desenvolvimento da HTA uma vez que já a possuem.

A população de Pedroso constituía um grupo de risco relativamente ao género, uma vez que a amostra era constituída maioritariamente (64 %) pelo género feminino. Mallette (2006, p. 61), afirma que a HTA é mais comum entre as mulheres do que nos homens.

A maioria (61,90 %) das mulheres da amostra referiram utilizar contraceptivos orais. Acerca deste assunto, Carrageta (2006, p. 5) afirma que a maioria das mulheres que tomam contraceptivos orais sofre uma elevação da TA.

A inatividade física verificou-se em 62,86 % dos indivíduos. Em relação aos indivíduos ativos, estes têm um risco aumentado de 20 % a 50 % de ter HTA (Mallette, 2006, p. 139).

A adição de sal durante a confeção dos alimentos e o consumo de alimentos salgados “sempre, muitas vezes e algumas vezes” verificou-se em 88,57 % dos indivíduos. Apenas 11,43 % dos indivíduos disseram “nunca” consumir ou consumir “raramente”. Importa salientar que não existiu nenhum critério que definisse o “sempre, muitas vezes, algumas vezes e raramente”. Acerca do sal, Carrageta (2006, p. 4) afirma que uma grande parte dos portugueses apresenta um consumo exagerado e desnecessário de sal, que contribui para o desenvolvimento da HTA.

O *stress* é um outro fator de risco para o desenvolvimento da HTA. A maioria (71,43 %) dos indivíduos afirmou estar sujeitos a níveis elevados de *stress* no dia-a-dia.

Por fim, pode-se considerar a não avaliação da TA, que se verificou em 51,43 % dos indivíduos. A monitorização da TA é imprescindível para o diagnóstico da HTA, uma vez que está na maioria das vezes é uma doença silenciosa que não causa sinais / sintomas evidentes. O ideal é que a amostra e a população em geral pudessem avaliar a TA no mínimo uma vez por ano.

Quanto ao segundo objetivo, pôde-se concluir que a população de Pedroso (indivíduos que referiram não ter diagnóstico de HTA) constituía um grupo para o desenvolvimento da HTA relativamente à inatividade física, ao consumo de sal, à presença de *stress* no dia-a-dia e à não avaliação da TA. A amostra era constituída maioritariamente pelo género feminino sendo também considerada grupo de risco por isso e pela toma de contraceptivos orais.

Como refere Carrageta (2006, p. 3) “Existe todo um conjunto de erros no estilo de vida que condicionam, nos indivíduos susceptíveis, o aparecimento e / ou o agravamento da HTA (...).”

Um outro objetivo do presente trabalho foi identificar quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso (relativamente a este objetivo já foram consideradas os indivíduos que afirmaram ter HTA).

O fator de risco que se verificou numa maior percentagem de indivíduos (72 %) foi a presença de *stress* no dia-a-dia. Seguiu-se a inatividade física, que foi verificada em 58 % dos indivíduos e logo depois os maus hábitos alimentares, em que 56 % dos indivíduos diziam adicionar sal durante a confeção dos alimentos e consumir alimentos salgados “algumas vezes”, de salientar ainda que 14 % refere consumir “sempre” e apenas 6 % “nunca”.

Apesar de todos os indivíduos que constituíram a amostra terem respondido de forma certa à seguinte questão: “O exercício físico pode ajudar a prevenir a Hipertensão Arterial?”, demonstrando que tinham conhecimento que o exercício físico é importante na prevenção e controlo da HTA, 58 % dos indivíduos referiu não praticar nenhuma atividade.

Importa também descrever quais foram os fatores de risco menos prevalentes. Em primeiro lugar, apareceu o álcool, que se verificou em 10 % dos indivíduos, seguido de indivíduos fumadores (22 %) e por fim a presença de pré-obesidade, verificada em 30 % da amostra, que apesar de ser o 3º fator de risco menos prevalente, deve-se ter em conta uma vez que 30 % é uma percentagem significativa.

O último objetivo consistiu em saber o que pensava a população de Pedroso sobre o papel do Enfermeiro na prevenção da HTA, as respostas dadas a esta pergunta encontram-se na tabela 29.

A maioria das respostas incidiu no ensino para a saúde em relação à alimentação e na monitorização da TA, seguindo-se o ensino para a saúde ao nível de vários aspetos relacionados com a HTA. Por fim, 2 indivíduos mencionaram que o papel do enfermeiro passa por ensino ao nível do exercício físico. As outras respostas apesar de estarem descritas na Tabela 29, não estão relacionadas com o papel do Enfermeiro na prevenção da HTA, como o atender em tempo útil, a disponibilidade e a empatia.

Apesar de não ser objetivo explícito deste Projeto de Graduação, achou-se pertinente fazer uma breve análise relativamente aos indivíduos que diziam ter HTA e a sua caracterização (idade, género, escolaridade, estado civil, conhecimentos sobre fatores de risco da HTA, atividade física, IMC, consumo de sal, bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, stress e avaliação regular da TA).

A média de idades dos indivíduos que diziam ter diagnóstico de HTA era de 47,71 anos, idade superior à média de idades da amostra que era de 38,54 anos. Segundo Carrageta (2006) “Com a idade a pressão arterial tem tendência a subir”.

Relativamente ao género, 71,43 % dos indivíduos eram do género feminino e 28,57 % do género masculino, o que vai de encontro com Mallette (2006, p. 61), que afirma que a HTA é mais comum entre as mulheres.

Quanto à relação entre a escolaridade e a HTA, verifica-se que a maioria daqueles que diziam ser hipertensos tinham escolaridade igual ou inferior ao 4º ano.

Pode-se dizer que em relação ao estado civil, 50 % dos indivíduos eram casados, 21,43 % eram solteiros, 21,43 % eram viúvos e 7,14 % eram divorciados / separados.

Em relação aos conhecimentos, a maioria dos indivíduos (71,43 %) que diziam ter HTA tinham conhecimento bom em relação aos fatores de risco da HTA.

Quanto à prática de atividade física, esta foi verificada em 50 % dos indivíduos que se diziam hipertensos. Relativamente aos restantes 50 %, referiram não praticar atividade física. Ou seja, não é possível estabelecer nenhuma relação entre a atividade física e a HTA. Mas sobre o assunto Carrageta (2006, p. 4) afirma: “O exercício físico regular reduz a pressão arterial em cerca de 10 a 15 mmHg.”

A média de IMC da amostra era de 25,4 kg / m², mas quando se analisa a média de IMC dos 14 indivíduos que diziam ter HTA, está sobe para 27,67. Sendo assim, dos 14 indivíduos hipertensos, 28,57 % eram classificados como tendo peso normal, 28,57% como tendo pré-obesidade e a maioria dos indivíduos (42,86 %) eram classificados como tendo obesidade de grau I, o que vai de encontro com Carrageta (2006, p.4) que afirma “A HTA é muito mais frequente nos indivíduos com excesso de peso e obesos (...)”. Demonstrou-se então haver uma relação entre a HTA e o IMC.

No que diz respeito ao consumo de sal, 7,14 % referiu consumir “sempre”, 50 % “algumas vezes”, 35,71 % “raramente” e 7,14 “nunca”. “A diminuição do consumo de sal reduz a pressão arterial em grande número dos hipertensos.” (Carrageta, 2006, p. 8).

Relativamente às bebidas alcoólicas, 21,43 % daqueles que diziam ter HTA bebia mais de 2 copos por dia. Esta percentagem é menor (5,71 %) se considerarmos os indivíduos que diziam não ter HTA. Ou seja, pode-se dizer que parece existir uma relação entre o excesso de álcool e a HTA. Sobre este assunto, Mallette (2006, p. 44) refere que “ (...) o consumo regular e em doses elevadas de álcool está associado a um risco acrescido de hipertensão arterial.”

No que diz respeito ao tabaco, verificou-se que dos 14 indivíduos que diziam ter hipertensão 21,43 % fumavam. Não foi possível estabelecer nenhuma relação significativa entre a HTA e o tabagismo na amostra estudada mas sabe-se que “O hábito de fumar eleva a pressão arterial.” (Carrageta, 2006, p. 4).

Quanto ao *stress*, 71,43 % dos indivíduos mencionaram estar sujeitos a níveis elevados de *stress* no dia-a-dia. Este fator de risco não foi considerado muito relevante nesta análise, uma vez que na amostra geral a percentagem de indivíduos que diziam estar sujeitos a elevados níveis de *stress* no dia-a-dia era igualmente elevada.

Por fim, em relação à amostra de hipertensos, estes costumavam avaliar a sua TA com regularidade (100 %).

Pode-se então concluir que os indivíduos que diziam ter diagnosticada HTA, tinham presentes fatores de risco no seu dia-a-dia. Através da análise e interpretação dos dados obtidos com este Projeto de Graduação foi possível corroborar a relação entre a HTA e alguns fatores de risco não modificáveis e modificáveis. Quanto aos fatores de risco não modificáveis verificou-se que a HTA estava mais presente nos indivíduos com mais idade e do género feminino. Relativamente aos fatores de risco modificáveis, verificou-se que a HTA estava mais presente nos indivíduos com maior IMC e que referiram ingerir bebidas alcoólicas.

CONCLUSÃO

Este Projeto de Graduação teve como objetivos: verificar se a população residente em Pedroso tinha conhecimentos sobre os fatores de risco da HTA, identificar se a população de Pedroso constituía um grupo de risco para o desenvolvimento da HTA, identificar quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso e saber o que pensava a população de Pedroso sobre o papel do Enfermeiro na prevenção da HTA.

Achou-se pertinente obter respostas para os objetivos citados anteriormente uma vez que a HTA é uma patologia com uma morbilidade e consequências devastadoras. Mas que pode e deve ser evitada através de uma intervenção adequada por parte dos profissionais de saúde (Ramalhinho *cit. in* Polónia et al., 2006, p. 19).

É imprescindível mudar o estilo de vida da população e assim diminuir os fatores de risco que influenciam no aparecimento da HTA. O enfermeiro é o profissional de saúde que tem um papel importante na promoção da saúde uma vez que pode e deve apostar em ações preventivas.

Uma vez que o questionário foi aplicado a uma pequena amostra da população de Pedroso, 50 indivíduos, os resultados obtidos não poderão ser generalizados à população em geral. Os dados obtidos através do questionário foram tratados através do SPSS e recorreu-se a tabelas para a apresentação dos mesmos.

Pode-se concluir pela análise dos dados obtidos que a maioria dos indivíduos tinha “conhecimento bom” acerca dos fatores de risco da HTA.

É importante verificar em que estado se encontram os conhecimentos da população em relação aos fatores de risco da HTA, uma vez que “É no conhecimento desses fatores e na maneira de controlá-los que se baseiam as medidas visando à prevenção da hipertensão arterial primária e suas complicações.” (Pierin, 2004, p. 315).

Outra das conclusões é que os indivíduos que referiram não ter diagnóstico de HTA constituíam um grupo para o desenvolvimento da HTA relativamente ao género, à toma de contraceptivos orais, à inatividade física, ao consumo de sal, à presença de *stress* no dia-a-dia e à não avaliação da TA.

O fator de risco que se verificou numa maior percentagem de indivíduos foi a presença de *stress* no dia-a-dia, seguindo-se a inatividade física e logo depois os maus hábitos alimentares, quanto ao consumo de sal.

A população de Pedroso defende que o papel do Enfermeiro passa por ensino para a saúde em relação à alimentação e ao nível de vários aspetos relacionados com a HTA e na monitorização da TA.

Relativamente aos objetivos inicialmente delineados foram atingidos uma vez que se conseguiu obter respostas para estes.

Espera-se que a elaboração do presente Projeto de Graduação contribua para que os profissionais de saúde direcionem os seus ensinamentos para uma população específica e que tentem combater os fatores de risco mais prevalentes na população através de campanhas.

Por isso, pretende-se que os resultados obtidos sejam divulgados no centro de saúde pertencente aquela freguesia.

BIBLIOGRAFIA

Associação Médica Americana (2003). *O guia essencial da hipertensão: médicos dedicados à saúde da América*. Rio de Janeiro, Anima.

Associação Nacional das Farmácias. [Em linha]. Disponível em <http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1006&Itemid=59> [Consultado em 27/03/2011].

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

Carvalho, J. E. (2002). *Metodologia do trabalho científico: “saber-fazer” da investigação para dissertações e teses*. Lisboa, Escolar.

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

Direção-Geral da Saúde (2011). *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M., Côté, J. e Filion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Fundação Portuguesa de Cardiologia. *Hipertensão*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.fpcardiologia.pt/hipertensao.aspx>>. [Consultado em 29/11/2011].

Girerd, X., Digeos-Hasnier, S. e Heuzey, J. (2003). *Guia prático Climepsi da hipertensão arterial*. Lisboa, Climepsi.

Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (2001). *Metodologia do trabalho científico: Procedimentos básicos; pesquisa bibliográfica, projeto e relatório; publicações e trabalhos científicos*. 6ª ed. São Paulo, 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 04/06/2012].

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 02/04/2012].

Pierin, A. M. G. (2004). *Hipertensão Arterial: Uma proposta para o cuidar*. São Paulo, Manole.

Polónia, J., Carmona, J.P. e Saavedra, J. (2006). *A hipertensão arterial na prática clínica*. Lisboa, Cortex.

Seeley, R. R., Stephens, T. D. e Tate, P. (2005). *Anatomia e fisiologia*. 6ª Edição. Loures, Lusociência.

Vaz, D., Santos, L. e Carneiro, A. (2005). Fatores de risco: conceitos e implicações práticas. *Revista Portuguesa Cardiologia*; 24 (1): pp. 121-131.

ANEXOS

Anexo I – Questionário

QUESTIONÁRIO

Ilídia Maria Gomes Pinto, aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no âmbito da elaboração do Projeto de Graduação com o tema “**Avaliação dos conhecimentos e existência de fatores de risco da Hipertensão Arterial na população de Pedroso**”, elaborou o questionário que se segue para o qual solicita a sua colaboração.

Os objetivos deste questionário são: Verificar se a população residente em Pedroso tem conhecimentos sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial; Identificar se a população de Pedroso constitui um grupo de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial; Identificar quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA na população de Pedroso; Saber o que pensa a população de Pedroso sobre o papel do Enfermeiro na prevenção da Hipertensão Arterial.

Os dados obtidos com este questionário serão anónimos e confidenciais, pelo que não se deve identificar em nenhuma parte do mesmo.

Instruções para o preenchimento:

- Responda a todas as questões;
- O preenchimento é individual;
- O preenchimento do questionário demora aproximadamente 10 minutos.

Obrigada pela sua colaboração

A aluna: Ilídia Pinto

1ª PARTE – Dados pessoais (coloque um X na opção que se adequa a si)

1. **Idade:** _____ anos

2. **Género:** Feminino Masculino

3. **Escolaridade:**

Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever

4º Ano

12º Ano

Ensino Superior

4. **A sua atividade profissional está relacionada com a Área da Saúde?**

Sim Não

5. **Estado Civil:**

Casado

Divorciado / Separado

Solteiro

União de facto

Viúvo

2ª PARTE (coloque um X na opção que ache correta)

1. **Uma pessoa mais velha tem maior probabilidade de ter Hipertensão Arterial?**

Sim Não

2. **A Mulher e o Homem têm a mesma probabilidade de ter Hipertensão Arterial?**

Sim Não

3. **O exercício físico pode ajudar a prevenir a Hipertensão Arterial?**

Sim Não

4. As pessoas obesas têm maior probabilidade de ter Hipertensão Arterial?

Sim Não

5. A má alimentação influencia no aparecimento de Hipertensão Arterial?

Sim Não

6. O álcool pode desencadear Hipertensão Arterial?

Sim Não

7. Fumar é um fator desencadeante de Hipertensão Arterial?

Sim Não

8. O stress pode provocar Hipertensão Arterial?

Sim Não

9. Acredita que numa grande parte das pessoas é possível prevenir a Hipertensão Arterial, através das mudanças de hábitos de vida?

Sim Não

10. Acha importante avaliar a Tensão Arterial com regularidade para despistar a Hipertensão Arterial?

Sim Não

3ª PARTE (coloque um X na opção que se aplica a si)

1. Tem diagnosticada Hipertensão Arterial?

Sim Não

2. Se é do género feminino:

2.1. Menopausa / Pós-Menopausa (ausência de menstruação)?

Sim Não

2.2. Toma contraceptivos orais:

Sim Não

3. Pratica atividade física?

Sim Não

4. Índice de Massa Corporal:

Peso: _____ Kg **Altura:** _____ m

5. Qual a frequência com que consome os seguintes alimentos? (coloque um X)

Sal (adição de sal durante a confecção dos alimentos e alimentos salgados)

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

Açúcar (bolachas, bolos, chocolates)

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

Frutas e legumes

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

Pão de mistura, massa e arroz

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

Laticínios magros ou meio gordos

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

Peixe

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

Carne

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

6. Costuma ingerir bebidas alcoólicas (mais de 2 copos por dia)?

Sim Não

7. É fumador?

Sim Não

8. Costuma estar sujeito a níveis elevados de *stress* no dia-a-dia?

Sim Não

9. Costuma avaliar a sua Tensão Arterial com regularidade (pelo menos uma vez por ano):

Sim Não

4ª PARTE

- 1. De entre as possíveis atitudes que os enfermeiros do centro de saúde poderiam pôr em prática para ajudar a prevenir a Hipertensão Arterial, qual pensa que será a mais importante?**
