

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TAÍS EFIGÊNIA DE FARIA**

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
HIPERTENSOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ÁGUAS CLARAS – MARIANA – MG**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS
FEVEREIRO - 2010**

TAÍS EFIGÊNIA DE FARIA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
HIPERTENSOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ÁGUAS CLARAS – MARIANA – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Denise Terenzi

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

FEVEREIRO – 2010

TAÍS EFIGÊNIA DE FARIA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
HIPERTENSOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ÁGUAS CLARAS – MARIANA – MG**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.**

Orientadora: Professora Denise Terenzi

Banca Examinadora

Prof.

Prof.

Prof.

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Denise Terenzi pelos comentários, sugestões e esclarecimentos.

Ao Gustavo, pelo amor, paciência, apoio e encorajamento.

Aos meus pais, pelos exemplos de conduta, dedicação e amor.

A minha irmã Iza, a maior incentivadora e peça fundamental para a elaboração deste trabalho.

A equipe da Secretaria Municipal de Saúde pela autorização e confiança para realização do estudo.

Aos agentes comunitários Paulo e Dorinha, pela ajuda na coleta dos dados e pela dedicação com que desempenham seu trabalho.

Aos sujeitos que se voluntariaram em participar do estudo, meu agradecimento especial.

A todos os amigos e familiares, pelo apoio, compreensão e carinho dedicados.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial, de detecção quase sempre tardia devido ao seu curso assintomático e prolongado. Estima-se que no Brasil 30% da população com mais de 40 anos possa ter pressão arterial elevada. Um desafio no diagnóstico e controle da HAS é conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do indivíduo. A partir do conhecimento do diagnóstico de HAS, os pacientes relatam mudanças sobre sua qualidade de vida. O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de caracterizar o perfil da população hipertensa coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) do distrito de Águas Claras, Mariana - Minas Gerais e correlacioná-lo à percepção da qualidade de vida desta população avaliando as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, ocupação, escolaridade), parâmetros relacionados à HA (tratamento medicamentoso e controle da HAS) e hábitos de vida (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, atividade física e obesidade). Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa e amostra de conveniência. Para coleta dos dados foi elaborado questionário pela pesquisadora, aplicado questionário MINICHAL e realizada avaliação física (peso, altura, circunferência abdominal e nível pressórico). As variáveis foram analisadas quanto aos valores absolutos e percentuais para caracterização da amostra. A correlação entre a percepção da qualidade de vida com as variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e relacionadas à HA foi realizada através de cálculo de coeficiente de *Spearman*. Foram avaliados 64 participantes, sendo que 59,4% tinham idade entre 50 a 70 anos com uma proporção de mulheres de 71,9%. A obesidade é o fator de risco modificável mais prevalente na população de estudo, posto que 67,2% (n=43) dos pacientes apresentaram IMC > 24,9 kg/m² e somente 31,5% dos participantes praticavam atividade física regularmente. Apesar de todos participantes relatarem seguir corretamente o tratamento medicamentoso, 65,5% apresentaram níveis inadequados de controle da pressão arterial. Não houve correlação entre as variáveis sócio-demográficas, relacionadas à HAS e de hábitos de vida com a percepção da qualidade de vida. Concluiu-se que a elevada ocorrência de hipertensos com níveis inadequados de controle da pressão arterial, é consequência da não adesão ao tratamento e da elevada incidência de obesidade corporal. Estes achados em conjunto indicam a necessidade de reestruturação das práticas de saúde, enfatizando a educação e a relevância do auto cuidado no controle da patologia, e realização de novas pesquisas para melhor compreensão da avaliação da qualidade de vida por parte desta população.

Palavras chave: Qualidade de vida, Hipertensão, Fatores de risco

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a multifactorial disease, detected almost always lately due to its asymptomatic and prolonged course. It is estimated that in Brazil 30% of the general population over 40 years old may have high arterial pressure. One of the challenges in the SAH diagnosis and control is to know the impact of the disease and its treatment upon the individual's life. From the SAH diagnosis, patients report changes about their life quality. This study was developed to characterize the profile of the hypertense population checked assisted by the Programa Saúde da Família (PSF) from the Águas Claras district, Mariana – Minas Gerais and correlate the perception of the life quality of this population with social-demographic variables (sex, age, civil state, occupation, education), related to AH (medical treatment and HAS control) and life habits (smoking, alcohol consumption, physical activity and obesity). It is an observational transversal-type study with quantitative approach and convenience sample. A MINICHAL questionnaire was elaborated by the researcher and applied for data collection. Also, physical evaluation (weight, height, abdominal circumference and pressure level) was made. The variables were analyzed in comparison of the absolute values and percentage to the sample characterization. The correlation between the perception of life quality with social-demographic variables, of life style and related to AH was made through calculation of the *Spearman* coefficient. Sixty-four participants were evaluated; as 59,4% were between 50 and 70 years old and the percentage of women interviewed was 71,9%. Obesity is the most prevalent modifiable risk factor in the studied population, since 67,2% (n=43) of the patients had Body Mass Index (BMI) > 24,9 Kg / m² and only 31,5% of the participants practiced physical activity regularly. Although all participants stated to use the medical treatment correctly, 65,5% showed inadequate levels of arterial pressure control. There wasn't a correlation between the social-demographic variables related to HAS and the life habits with the perception of life quality. We concluded that there is a high occurrence of hypertense people with inadequate levels of arterial pressure control, and hence the non-adhesion to the treatment and high incidence of corporal obesity. When gathered, these findings indicate the need of restructuring the health practices emphasizing education and the relevance of self-care in the pathology control, and also the performance of new researches for a better understanding of the life quality of this population.

Key words: Quality of life, Hypertension, Risk Factor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 O envelhecimento populacional brasileiro e o impacto das doenças crônicas não-transmissíveis	8
1.2 Hipertensão arterial: definição, aspectos epidemiológicos e classificação	9
1.3 Hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco e hábitos de vida	10
1.4 Qualidade de vida e hipertensão arterial sistêmica	13
2 OBJETIVOS	15
3 MÉTODOS	16
3.1 Delineamento do estudo	16
3.2 Local do estudo	16
3.3 Cálculo amostral	17
3.4 Procedimento de coleta de dados	17
3.4.1 Participantes	17
3.4.2 Coleta de dados	17
3.4.3 Instrumentos e procedimentos	18
3.4.3.1 Variáveis demográficas	18
3.4.3.2 Variáveis relacionadas à HAS	19
3.4.3.3 Variáveis de estilo de vida	19
3.4.3.4 Qualidade de vida	20
3.5 Análise estatística	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1 Características sócio-demográficas da população	22
4.2 Características das variáveis relacionadas à HAS e hábitos de vida	23
4.3 Qualidade de vida	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	35
APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 O envelhecimento populacional brasileiro e o impacto das doenças crônicas não-transmissíveis

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira. A maior longevidade da população associada às modificações ocorridas no estilo de vida tem contribuído significativamente para o aumento na ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis, que são responsáveis por grande número de óbitos em todo mundo¹.

As doenças crônicas não-transmissíveis são caracterizadas por história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interações de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos, longo período de latência e longo curso assintomático, curso clínico em geral prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade e a morte². Segundo a Organização Mundial de Saúde³ (OPAS-OMS), condições crônicas não-transmissíveis requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas e incluem as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes.

Dados do Ministério da Saúde⁴ indicam que no Brasil as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte, representando 27,8% dos óbitos. Dentre elas, as doenças cérebro vasculares ocupam o primeiro lugar (31,8%) e as doenças isquêmicas do coração (30,3%) o segundo. Essas doenças foram responsáveis por 34% do total de óbitos na faixa etária de 20 a 69 anos.

A mortalidade por doença cardiovascular ocorre predominantemente nas faixas etárias de 60 a 70 anos em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento essa mortalidade ocorre precocemente, em fase na qual o indivíduo é economicamente ativo, representando ônus social e econômico⁵. Além disso, é preocupante a frequência com que essas doenças causam nos indivíduos invalidez parcial ou total, trazendo consequências à pessoa acometida, à sua família e à sociedade⁶. Estes fatos em conjunto apresentam repercussão social, uma vez que atinge a população adulta em fase produtiva e possui caráter crônico, o que possibilita o surgimento de seqüelas e pode levar a incapacidades para o resto da vida.

A elevação da pressão arterial é considerada um dos fatores de risco mais importantes para a morbidade e mortalidade precoces causadas por DCV¹. O aumento de 20mmHg na pressão arterial sistólica ou de 10mmHg na pressão arterial diastólica, em indivíduos na faixa etária entre 40 a 70 anos, dobra o risco para ocorrência de DCV⁷. Desta forma, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem merecido especial atenção na elaboração

de programas de saúde, visto que é apontada como fator de risco mais prevalente para o desenvolvimento de DCV, acometendo cerca de um quarto da população mundial adulta⁸. Diante dessa realidade, torna-se evidente a necessidade de diferentes abordagens intervencionistas na tentativa de se prevenir e tratar tal patologia⁹.

1.2 Hipertensão arterial: definição, aspectos epidemiológicos e classificação

A HAS é uma doença multifatorial, de detecção quase sempre tardia, devido ao seu curso assintomático e prolongado¹⁰. É definida pela OMS como a elevação crônica da pressão arterial sistólica ou da pressão arterial diastólica, a níveis iguais ou maiores que 140mmHg e 90mmHg, respectivamente, sendo estes valores obtidos em pelo menos duas aferições subseqüentes, em dias diferentes, em condições de repouso e ambiente tranquilo¹¹. A ocorrência da HAS pode ser compreendida como o somatório de fatores de risco: obesidade, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, etilismo, idade, sexo, etnia, história familiar e escolaridade¹¹.

Segundo recomendação da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)¹², os valores de pressão arterial considerados normais que permitem classificar os indivíduos adultos acima de 18 anos, são:

- Normais - pressão sistólica <140mmHg e pressão diastólica <90mmHg;
- Hipertensão estágio 1 - pressão sistólica 140–159mmHg e pressão diastólica 90–99mmHg;
- Hipertensão estágio 2 - pressão sistólica 160–179mmHg e pressão diastólica 100–109mmHg;
- Hipertensão estágio 3 - pressão arterial \geq 180mmHg e pressão diastólica \geq 110mmHg;
- Hipertensão sistólica isolada - pressão arterial \geq 140mmHg e pressão diastólica <90mmHg.

Estima-se que 30% da população com mais de 40 anos possa ter pressão arterial elevada no país. Observa-se a transformação progressiva deste quadro num dos mais graves problemas de saúde pública, principalmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle e pelo impacto à saúde das populações, uma vez que oferece risco para a instalação ou agravamento de outras doenças¹³.

Um fator alarmante é que metade das pessoas acometidas desconhece a enfermidade. Dentre aquelas que conhecem o diagnóstico, apenas 50% realiza o tratamento

corretamente¹¹. Estes dados são corroborados por estudo realizado por Gus e colaboradores (2004)¹⁴ que indicaram que em indivíduos adultos, 50,8% tinham conhecimento da doença, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada. Resultado semelhante foi encontrado por Lessa (1998)¹: 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada, sendo que em 30 a 50% dos hipertensos há interrupção do tratamento no primeiro ano e em 75% depois de cinco anos. Nobre, Pierin e Mion (2001)¹⁵ apontam que a falta de adesão seja em torno de 40%. A não adesão constitui fundamentalmente na falha no sistema de saúde, embora a culpa pelo não seguimento do tratamento proposto seja frequentemente imputada ao paciente.

Dentre as principais complicações do controle inadequado dos níveis de pressão arterial pode-se citar a aterosclerose, o infarto do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca congestiva. Segundo dados do Datasus (2001)¹⁶, tais agravos foram responsáveis por 32% da mortalidade de adultos em geral em 2001, sendo a HAS responsável por 60% dos casos de infarto do miocárdio e por 80% dos casos de acidente encefálico vascular (AVE)¹⁷, patologia esta que representa a principal causa de morte em todas as regiões do país, sendo a ocorrência de HAS o principal fator de risco para ocorrência desta patologia¹⁸. Em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e violência¹². Segundo dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), 40% das aposentadorias precoces do país decorrem das doenças acima referidas¹⁷.

O Ministério da Saúde propõe três estratégias para o tratamento da HAS: educação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, tratamento medicamentoso. Portanto, é fundamental a avaliação dos hábitos de vida do paciente a fim de se obter subsídios para elaboração de estratégias de tratamento eficazes que garantam a aquisição de boa qualidade de vida¹⁷.

1.3 Hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco e hábitos de vida

Os fatores de risco para ocorrência de HAS podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis. Os não modificáveis compreendem a idade, sexo e a história familiar e os modificáveis incluem uso de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo¹⁹.

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade. A idade é considerada um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da HAS devido às alterações na

musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como conseqüência do processo de envelhecimento^{12,20}.

A pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos, sendo sugerido por Irigoyen e colaboradores (2003)²¹ que os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres durante o período reprodutivo e com o início da menopausa a prevalência da HAS entre homens e mulheres tende a se aproximar.

A baixa escolaridade e a baixa renda têm implicações direta nas condições de saúde das populações, uma vez que a precária condição socioeconômica associada à baixa escolaridade interfere em todos os aspectos da saúde²². Este fato pode ser decorrente à influência de fatores relacionados aos hábitos dietéticos, estresse psicossocial e menor acesso aos cuidados de saúde¹². Estudo realizado por Freitas e colaboradores (2001)²³ mostrou a relação entre os níveis pressóricos e o índice de escolaridade. Segundo a pesquisa, 49,5% dos analfabetos sofriam de hipertensão arterial sistêmica e apenas 12,7% dos que possuíam terceiro grau completo apresentavam doença hipertensiva, fato que segundo os autores pode estar relacionado a um menor conhecimento das estratégias de prevenção e na melhor compreensão e valorização do tratamento prescrito, o que interfere na adesão ao tratamento e conseqüente controle e cura da patologia.

O consumo de bebida alcoólica é outro fator de risco que contribui para o agravamento da patologia. Mion Júnior²⁴ (1988, citado por PESSUTO; CARVALHO, 1998²⁰) ressalta que o aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial de maneira lenta e progressiva, na proporção de 2 mmHg para cada 30ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando suspenso, há tendência de reversão deste quadro. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução do consumo de álcool¹².

Segundo Ramsay e colaboradores (1994)²⁵, citado por Oliveira (2000)²⁶, o tabagismo ativo, ou o ato de fumar, não tem efeitos significativos sobre a pressão arterial em estudos epidemiológicos, tanto na comparação entre grupos como no estudo do efeito de parar de fumar sobre os níveis pressóricos. Entretanto a hipertensão interage com o tabagismo na gênese das doenças cardiovasculares. A nicotina é prejudicial ao organismo, pois promove a liberação de catecolaminas, que aumentam a freqüência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica.

Em relação à obesidade, o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20 a 30% dos casos de HAS¹². O excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco de hipertensão, enquanto a diminuição de peso em normotensos reduz a pressão e a incidência de hipertensão¹². Apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os

indivíduos obesos tornam-se hipertensos. O ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado¹². Carneiro e colaboradores (2003)²⁷ ressaltam que a maior prevalência de hipertensão na obesidade tem sido atribuída à hipersulinemia decorrente da resistência à insulina presente em indivíduos obesos, principalmente naqueles que apresentam excesso de gordura na região do tronco. Neste contexto, a utilização de índices antropométricos, como medida da circunferência da cintura e índice de massa corporal tem sido proposta para determinar a associação entre excesso de peso e fatores de risco cardiovascular.

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial, uma vez que indivíduos sedentários apresentam risco aproximadamente 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos¹². A prática regular de exercícios físicos é recomendada porque reduz a pressão arterial sistólica/diastólica em 6,9/4,9 mmHg respectivamente¹², sendo este efeito bem maior quando há combinação com a redução do peso²⁸.

Conforme observado a partir da análise dos fatores de risco para desenvolvimento de HAS, concomitantemente à terapêutica para o controle da hipertensão arterial, os indivíduos devem adotar um estilo de vida saudável e entre as medidas necessárias estão o controle de peso, a orientação para a adoção de um padrão alimentar adequado, a redução do consumo de sal, o abandono do tabagismo, a prática regular de atividade física e a moderação no consumo de bebidas alcoólicas.

Apesar de sua importância estar muito difundida, a mudança de hábitos de vida ainda representa um grande desafio. A tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, embora imprescindível, constitui uma decisão pessoal que sofre diversas influências, como meio ambiente, culturais, sociais e dos profissionais de saúde²⁹.

Para Jardim e colaboradores (1996)³⁰, modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos.

Pierin e colaboradores (2004)²⁹ cita a não adesão ao tratamento como fator que dificulta o tratamento da HAS no mundo inteiro, ultrapassando as barreiras culturais. Adesão é a palavra que representa o seguimento do tratamento proposto e é caracterizada quando as recomendações médicas ou de saúde coincidem com o comportamento do indivíduo, em termos de tomar a medicação corretamente, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas³¹. Em países desenvolvidos a adesão a tratamentos de longo prazo está em torno de 50% e em cerca de 20% nos países em desenvolvimento³.

Segundo dados da OMS (2003)³, a atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante pode melhorar a adesão e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes. A OMS ressalta elementos essenciais de aprimoramento dos sistemas de saúde para auxiliar os pacientes com problemas crônicos, através de habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento, que constituem estratégias de prevenção da ocorrência de patologias bem como das complicações das doenças crônicas, destacando que a prevenção deve ser o componente precípua de toda a interação com o paciente. Essas propostas constituem um modelo voltado para a problemática das condições crônicas, denominado Cuidados Inovadores para Condições Crônicas e os resultados positivos são alcançados quando os pacientes e suas famílias, o grupo de apoio da comunidade e as equipes de atenção à saúde são informados, motivados, capacitados e trabalham em parceria³.

Os efeitos colaterais no tratamento medicamentoso e a necessidade de mudança de hábitos de vida podem influenciar de maneira negativa na qualidade de vida dos hipertensos, aumentando o número de indivíduos que não aderem ao tratamento em longo prazo. Investigar a qualidade de vida e intervir nos problemas detectados pode melhorar tanto a adesão ao tratamento como o controle da pressão arterial^{32,33}.

1.4 Qualidade de vida e hipertensão arterial sistêmica

A qualidade de vida (QV), segundo a OMS, é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo e polissêmico que tem motivado inúmeros estudos na área da saúde voltados para portadores de patologias crônicas. A QV compreende, de modo geral, a percepção da saúde e seu impacto sobre as dimensões sociais, psicológicas e físicas.

No que se refere à saúde coletiva e políticas públicas, as informações sobre a QV tem sido atualmente incluídas como indicadores para avaliação da eficácia e eficiência e impacto de determinados tratamentos, bem como na comparação entre procedimentos para controle de doenças. Outro aspecto de interesse está relacionado às práticas assistenciais, com indicadores clínicos para avaliar o impacto físico e psicossocial que a enfermidade pode acarretar para o indivíduo^{34,35}.

Com relação à HAS, o grande desafio consiste em conhecer o impacto da doença e de seu tratamento sobre a QV do paciente. O conhecimento do diagnóstico de hipertensão influencia o relato de sintomas, o absenteísmo ao trabalho e a qualidade de vida³⁵⁻³⁷. Em estudo realizado por Arbex (2009)³⁵ a variável pressão arterial controlada apresentou

diferença significativa em relação à QV. Os indivíduos com pressão arterial controlada possuíam três vezes mais chances de fazer parte do grupo com boa qualidade de vida. Esses achados são corroborados por estudos que verificaram que o controle da pressão arterial é preditor de melhor qualidade de vida³⁸⁻³⁹.

Desta forma, pode-se concluir que a HAS representa um grave problema para a saúde pública, sendo a enfermidade desconhecida por muitos pacientes e seu tratamento negligenciado frequentemente por aqueles que conhecem o diagnóstico. A dificuldade para controle e adesão ao tratamento provavelmente é decorrente do curso assintomático da patologia e da necessidade de tratamento complexo por toda vida. A avaliação da QV fornece subsídio para elaboração de estratégias de tratamento eficazes. Investigar a QV e intervir nos problemas detectados pelos instrumentos pode melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, proporcionar melhor controle da pressão arterial e melhor QV para esta população.

2 OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil da população hipertensa coberta pelo PSF Águas Claras, Mariana - Minas Gerais, segundo as *variáveis demográficas* (sexo, idade, estado civil, ocupação), *relacionadas à HA* (uso de medicamentos anti-hipertensivos, controle dos níveis pressóricos e tempo de progressão da HA), *hábito de estilo de vida* (atividade física, tabagismo, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal e consumo de bebida alcoólica) e *percepção da qualidade de vida*;
- Correlacionar a percepção da qualidade de vida desta população com variáveis demográficas, relacionados à HA e hábito de estilo de vida.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Este estudo observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, foi desenvolvido com o objetivo de caracterizar o perfil da população hipertensa coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) do distrito de Águas Claras, Mariana - Minas Gerais e correlacionar a percepção da qualidade de vida desta população com variáveis demográficas, relacionados à HA e hábitos de vida.

3.2 Local do estudo

O município de Mariana, localizado na zona metalúrgica de Minas Gerais, possui uma população de 53.968 habitantes, sendo que 82,81% residem na zona urbana e 17,19% na zona rural.

O município conta com 27 unidades básicas de saúde. Dentre as unidades básicas de saúde, uma é convencional, com clínicos, pediatras e ginecologistas; duas unidades são mistas, formadas por urgência/emergência e unidade básica de saúde e outra formada por urgência/emergência e PSF (unidade mista); uma unidade de medicina preventiva e vinte e três exclusivamente do PSF.

O PSF tem quatro equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, atuando exclusivamente em zona rural. Cada equipe é composta por médico, enfermeira, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e nutricionista (um único profissional para atender às quatro equipes). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a população do município coberta pelo PSF totaliza 13.093 habitantes.

O presente estudo foi realizado no distrito de Águas Claras, zona rural de Mariana – Minas Gerais, localizado a aproximadamente 45 km da sede do município. A população total deste distrito é de 3636 habitantes, ou 961 famílias, sendo 587 hipertensos acompanhados e cadastrados. A principal atividade econômica é a agricultura de subsistência e pequenas criações de gado de corte e leite.

A realização do estudo foi autorizada pela Prefeitura Municipal de Mariana, através da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO A).

3.3 Cálculo amostral

Utilizou-se o programa Epi-Info para os cálculos de tamanho da amostra, definindo-se como parâmetros básicos um poder estatístico de 99%; prevalência da doença de 16,1%, conforme dados do PSF, e nível de confiança de 95%. Desta forma, o tamanho da amostra estimado foi de 64 indivíduos.

3.4 Procedimento de coleta de dados

3.4.1 Participantes

Os participantes foram selecionados aleatoriamente dentre os 587 hipertensos cadastrados pelo PSF que freqüentaram a Unidade Básica de Saúde (UBS) no período de realização da pesquisa e atenderam aos critérios para inclusão no estudo.

Os critérios para inclusão no estudo foram:

- Idade superior a 18 anos;
- Diagnóstico clínico de HA;
- Residir na área de abrangência do PSF Águas Claras, Mariana-Minas Gerais e estar em acompanhamento com a equipe;
- Não apresentar dificuldades de manter comunicação verbal de maneira a possibilitar a resposta das perguntas do instrumento de pesquisa;
- Consentir em participar da pesquisa.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, garantindo-se que a assistência não seria afetada mesmo se houvesse recusa à participação, bem como pelas respostas fornecidas, caso aceitassem. Foram assegurados anonimato e sigilo ao participante que, ao concordarem com a participação voluntária, foram solicitados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

3.4.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010. Foi realizada por meio de entrevista e exame físico, no período de funcionamento do posto

de saúde, em salas individualizadas, com portas fechadas, respeitando a privacidade do participante.

Após leitura e explicação dos objetivos do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi entregue ao participante em duas vias, sendo solicitada a entrega de uma via assinada, o que garantiu a autorização de sua participação.

Entrevista e exame físico foram utilizados para coleta de dados sócio-demográficos, mensuração da qualidade de vida, mensuração de variáveis relacionadas à HA e mensuração de variáveis de hábito e estilo de vida, conforme demonstrado na figura 1.

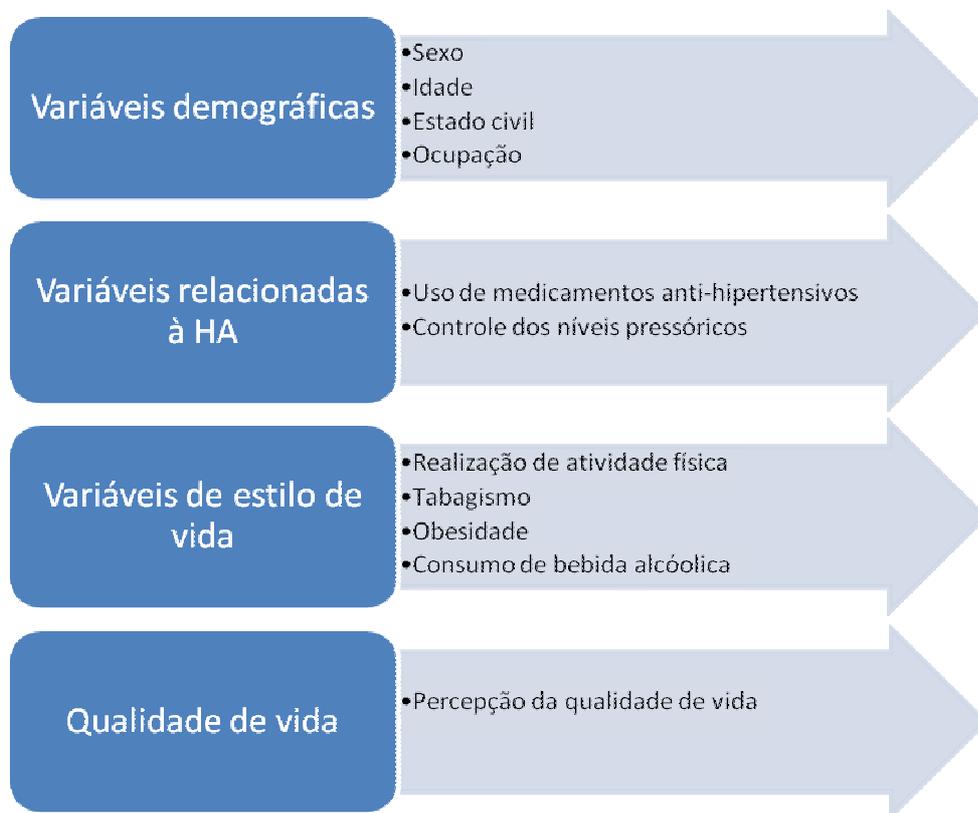


Figura 1 – Variáveis incluídas no estudo.

3.4.3 Instrumentos e procedimentos

3.4.3.1 Variáveis demográficas

As informações referentes ao sexo do participante, idade, estado civil e ocupação foram coletadas através de entrevista. Para análise dos dados, o estado civil foi classificado como: solteiro, casado, vive junto, separado/desquitado/divorciado ou viúvo.

3.4.3.2 Variáveis relacionadas à HA

A avaliação da utilização de medicamentos foi realizada através de pergunta: Você segue corretamente a prescrição médica? Quando a resposta foi negativa, o participante foi questionado quanto ao motivo da não adesão ao tratamento médico: fatores econômicos, falta de conhecimento, efeitos colaterais ou outros.

O controle dos níveis pressóricos foi classificado conforme recomendação da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)¹² (TAB.1). O método utilizado para mensuração da pressão arterial foi o indireto, com técnica auscultatória e o participante em posição sentada. O equipamento utilizado foi um esfigmomanômetro aneróide da marca BD, calibrado pelo INMETRO e adquirido com recursos da pesquisadora. Foram realizadas três medidas para verificação da pressão arterial.

TABELA 1
Classificação dos níveis da pressão arterial

Nível da Pressão Arterial	Classificação
< 120 sistólica e < 80 diastólica	Ideal
< 130 sistólica e < 85 diastólica	Normal
130~139 sistólica ou 86~89 diastólica	Normal-alta
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	Hipertensão Estágio 1
160~179 sistólica ou 100~109 diastólica	Hipertensão Estágio 2

3.4.3.3 Variáveis de estilo de vida

A realização de atividade foi mensurada através da seguinte pergunta: Você faz exercícios físicos? Em caso de resposta afirmativa, questionou-se o tipo de atividade física realizada, a frequência, a duração e há quanto tempo esta atividade é realizada.

O tabagismo foi avaliado através da seguinte pergunta: O senhor fuma? Em caso de resposta positiva questionou-se a idade que começou a fumar e o número de cigarros consumidos por dia. Em caso de resposta negativa, questionou-se se o participante já havia fumado anteriormente. Caso o participante fosse ex-fumante, foi avaliado há quanto tempo havia abandonado o fumo e o número de cigarros consumidos na época.

O consumo de bebida alcoólica foi mensurado através da seguinte pergunta: Você faz uso de bebida alcoólica atualmente? Em caso de resposta positiva, questionou-se a frequência semanal e o tempo de consumo. Em caso de resposta negativa, o participante foi

questionado se já havia consumido bebida alcoólica anteriormente. Neste caso, foi avaliado o período de consumo anterior e há quanto tempo havia abandonado a prática.

A obesidade foi mensurada através do Índice de Massa Corporal (IMC) e Circunferência Abdominal. O cálculo do IMC (kg/m^2) foi obtido através de mensuração de peso (kg) e altura (m) por um único examinador. O peso foi aferido através de balança mecânica de plataforma, calibrada pelo INMETRO, na qual os participantes foram posicionados em pé, no centro da balança, descalços e com roupas leves. A altura foi aferida através de estadiômetro de metal acoplado à própria balança, com variação de 0,1 cm, sendo que os participantes foram posicionados em pé, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo.

A classificação do IMC seguiu os critérios da OMS⁴⁰ no qual o sobrepeso é definido por IMC de 25 a $29,9\text{kg/m}^2$ e a obesidade por IMC acima de 30 kg/m^2 . A obesidade foi dividida em três classes: grau I (leve), com IMC de 30 a $34,0\text{ kg/m}^2$; grau II (moderada) com IMC de 35 a $39,0\text{ kg/m}^2$ e grau III (severa) com o IMC acima de $40,0\text{ kg/m}^2$.

A medida de circunferência abdominal seguiu as recomendações da I Diretriz Brasileira de Diagnostico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2005)⁴¹, sendo o valor obtido através da medida do meio da distância da crista ilíaca e o rebordo costal inferior, utilizando fita métrica em centímetros. Os valores que indicam obesidade abdominal são aqueles superiores a 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres. Os valores para risco de doença cardíaca foram classificados como normal, moderado e alto, conforme recomendação da OMS (2000)⁴⁰ (TAB.2).

TABELA 2

Classificação de risco de doença cardíaca

Sexo	Normal	Risco moderado	Risco alto
Masculino	Até 94 cm	94,1 a 101,9 cm	Acima de 102 cm
Feminino	Até 80 cm	80,1 a 87,9 cm	Acima de 88 cm

3.4.3.4 Qualidade de vida

A qualidade de vida foi mensurada através da aplicação, por meio de entrevista, do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL)⁴² (Anexo B). O MINICHAL contém 16 questões de múltipla escolha organizadas em dois fatores: Estado Mental (10 questões) e Manifestações Somáticas (seis questões) e uma questão para verificar como o paciente avaliou que a hipertensão e o seu tratamento têm influenciado na sua qualidade de vida. Os participantes responderam às questões fazendo referência aos

últimos sete dias. As respostas dos domínios estavam distribuídas em uma escala de frequência do tipo Likert e tinham quatro opções de resposta de 0 (Não absolutamente) e 3 (Sim, muito). A pontuação máxima para o Estado Mental é de 30 pontos, e para as Manifestações Somáticas é de 18 pontos. Nesta escala, quanto mais próximo de 0 estiver o resultado, considerando o conjunto das questões, melhor a qualidade de vida. A questão 17, que avaliava a percepção geral de saúde do paciente, foi pontuada na mesma escala Likert, porém não se inclui em nenhum dos dois domínios. O MINICHAL foi originalmente desenvolvido para ser auto administrado, entretanto neste estudo, devido à baixa escolaridade dos participantes, o instrumento foi aplicado mediante entrevista estruturada.

3.5 Análise Estatística

Os dados sócio-demográficos referentes ao estilo de vida e relacionados à HA e qualidade de vida foram descritos em valores absolutos e percentuais para caracterização da amostra. A correlação entre a percepção da qualidade de vida com as variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e relacionadas à HA será realizada através de cálculo de coeficiente de *Spearman* devido à natureza categórica das variáveis em análise⁴³. Em toda análise estatística será utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 16.0.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização sócio-demográfica da população

Este estudo teve a amostra constituída por 64 sujeitos, dos quais 28,1% (n=18) do gênero masculino e 71,9% (n=46) do gênero feminino, todos com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica e cadastrados na Unidade de Saúde da Família do distrito de Águas Claras, Mariana – Minas Gerais. O maior número de mulheres participantes pode ser interpretado em razão das características da mulher como mais cuidadosa e atenta aos aspectos relacionados a sua saúde. Estes achados são semelhantes aos encontrados em estudos anteriores, que ao estudar indivíduos com HAS em uma UBS nos municípios de Fortaleza (CE) e Campinas (SP) constaram a participação das mulheres em 75,6 e 77% da amostra, respectivamente^{35,44}.

A média de idade da amostra foi $61,3 \pm 12,5$ anos, sendo a idade mínima 37 anos e a máxima 85 anos. Quando observada a distribuição dos sujeitos por faixa etária constata-se que a maior procura pelo serviço na Unidade Básica de Saúde foi de pacientes na faixa etária entre 50 e 70 anos (n=38; 59,4%), o que pode ser observado na Tabela 3, a qual também descreve variáveis referentes ao estado civil, escolaridade e ocupação. Na medida em que são acrescidos anos de vida à população a pressão arterial se eleva, e, em conjunto com outras moléstias cardiovasculares, torna-se fator de grande repercussão nos índices de morbidade e mortalidade¹². Resultados semelhantes aos deste estudo foram encontrados por Arbex (2009)³⁵ que, ao estudar uma amostra de 156 participantes com diagnóstico de HAS e uso de medicação anti-hipertensiva, encontrou maior prevalência da doença em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos (54,5%). Em extensa revisão de literatura, Spritzer (1996)⁴⁵ ressaltou que as médias de pressão arterial sistólica crescem com a idade de forma regular e contínua. As médias diastólicas crescem até cerca dos 50 anos, seguindo-se de um platô e um decréscimo com as faixas etárias mais elevadas.

Em relação ao estado civil, 53,1% (n=34) dos participantes do estudo são casados; no que diz respeito à ocupação 67,2% (n=43) são aposentados. Também é expressivo o percentual de sujeitos com baixa escolaridade: 78,1% (n=50) não concluíram o Ensino Fundamental e 12,5% (n=8) são analfabetos.

TABELA 3
Distribuição sócio-demográfica dos entrevistados

Variáveis demográficas		N	%
Sexo	Masculino	18	28,1
	Feminino	46	71,9
Faixa etária	30 – 40 anos	2	3,1
	41 – 50 anos	11	17,2
	51 – 60 anos	19	29,7
	61 – 70 anos	19	29,7
	71 – 80 anos	8	12,5
	Acima 80 anos	5	7,8
	Estado civil	Casado	34
Viúvo		18	28,1
Solteiro		7	10,9
Separado-Divorciado		5	7,8
Escolaridade	Analfabeto	8	12,5
	Fundamental Incompleto	50	78,1
	Fundamental completo	4	6,2
	Ensino médio completo	2	3,1
Ocupação	Aposentado	43	67,2
	Do lar	9	14,1
	Trabalhador rural	6	9,4
	Motorista	2	3,1
	Servente escolar	2	3,1
	Comerciante	1	1,6
	Desempregado	1	1,6

4.2 Caracterização quanto às variáveis relacionadas à HAS e hábitos de vida da população

Com relação às variáveis relacionadas à HA, todos os participantes relataram seguir corretamente a prescrição médica. Porém, 65,5% (n=42) dos participantes apresentaram pressão normal alta ou HAS estágio 1 (TAB.4), provavelmente devido a dificuldade de adesão ao tratamento. Segundo Sarquis e colaboradores (1998)⁴⁶, a adesão pode ser caracterizada como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de

tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer as consultas coincide com as orientações da equipe de saúde. Mion e Pierin (1996)⁴⁷ em estudo com 353 hipertensos buscando identificar o que contribuiu para a não adesão ao tratamento, constataram que os motivos apontados foram: em relação aos remédios (alto custo – 89%, tomar várias vezes ao dia – 67% e efeitos indesejáveis – 54%); doença (desconhecimento da gravidade – 50% e ausência de sintomas – 36%); conhecimentos e crenças (só tomam remédio quando a pressão está alta – 83%, não cuidam da saúde – 80%, esquecem de tomar remédio – 75%, desconhecem a cronicidade – 70% e complicações – 70%) e relação médico-paciente (falta de conhecimento para tratar – 51% e relacionamento inadequado – 20%). Estes resultados indicam que é necessário rever as práticas de saúde, uma vez que a ‘culpa’ pela não adesão ao tratamento é imputada ao paciente²⁹⁻³³, porém demonstram falhas no sistema de saúde, principalmente no que se refere à educação em saúde. No presente estudo, apesar do relato de controle medicamentoso, há dificuldade para manutenção dos níveis pressóricos em valores adequados, o que pode ser decorrente da presença de hábitos inadequados, como alta ingestão de sal, sedentarismo ou uso incorreto da medicação¹². Ressalta-se que a adesão ao tratamento da HAS e o controle dos níveis pressóricos requer não somente o uso de medicação, como pode ser interpretado por alguns pacientes, mas mudanças de hábito, principalmente com a modificação da dieta e prática de atividade física, uma vez que a relação entre elevação da pressão arterial e sobrepeso é bem relatada na literatura.

TABELA 4
Classificação dos níveis de pressão arterial sistêmica

Classificação	N	%
Ideal	2	3,1
Normal	20	31,2
Normal alta	23	35,9
Hipertensão – Estágio 1	19	29,7

De acordo com os dados colhidos, a obesidade é o fator de risco modificável mais prevalente na população de estudo, posto que 67,2% (n=43) dos pacientes apresentaram IMC > 24,9 kg/m². Cinquenta e um pacientes (79,7%) apresentaram risco moderado ou alto para desenvolvimento de doença cardíaca, a partir da análise da circunferência abdominal, conforme demonstrado na tabela e no gráfico abaixo. O aumento de peso corporal

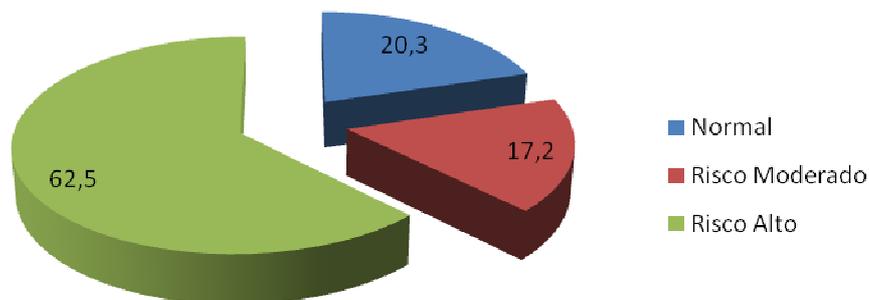
associado ao estilo de vida sedentário pode contribuir para aumento da incidência de HAS. Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostram-se associados a menores taxas de controle de HAS¹².

TABELA 5
Avaliação do estado nutricional de acordo com o IMC

Classificação	N	%
Abaixo do peso	1	1,6
Peso normal	20	31,2
Pré obesidade	18	28,1
Obesidade – Grau 1	17	26,6
Obesidade – Grau 2	7	10,9
Obesidade – Grau 3	1	1,6

GRÁFICO 1

Risco cardiovascular de indivíduos (%) de acordo com a circunferência abdominal



Os dados do presente estudo são corroborados por Carneiro e colaboradores (2003)²⁷. Estes autores, a partir da análise de uma amostra de 499 pacientes com sobrepeso e obesos, concluíram que a obesidade favorece a ocorrência de fatores de risco cardiovascular, sendo que a distribuição da gordura corporal se destacou especialmente como fator importante no desenvolvimento da hipertensão arterial. Em indivíduos obesos

(IMC > 30,0 kg/m²) a maior concentração de gordura na região abdominal esteve associada à maior prevalência de hipertensão arterial.

O segundo fator de risco mais prevalente foi o sedentarismo. A prática de atividade física foi reportada por somente 31,2% (n=20) participantes, sendo a frequência de realização duas a três vezes por semana (n=8; 40%) ou diariamente (n=12; 60%) e duração média de 47,0 (±16,9) minutos, valores variando entre 30 a 90 minutos. A atividade física realizada pela maioria dos participantes foi caminhada (n=19; 95%). Na tabela 6 pode-se observar a prática de atividade física e o controle do nível de pressão arterial dentre os participantes.

TABELA 6

Controle do nível de pressão arterial segundo a prática de atividade física

		Classificação do nível de pressão arterial			
		Ideal	Normal	Normal alta	Hipertensão estágio 1
Prática de atividade física	Sim	0 (0)	7 (10,9)	9 (14,1)	4 (6,3)
	n (%)	Não	2 (3,1)	13 (20,3)	14 (21,9)
					15 (23,4)

Conforme ressaltado por Ferreira e colaboradores (2005)⁴⁸, o treinamento físico regular promove a queda da pressão arterial por diminuição da atividade simpática periférica e do tônus simpático cardíaco, que, por sua vez, determina a diminuição da frequência cardíaca e a conseqüente queda do débito cardíaco. A redução média dos níveis pressóricos sistólico e diastólico pode chegar de 7 a 10mmHg, respectivamente. Os benefícios da atividade física são independentes do sexo, idade ou etnia, mas dependem da intensidade, duração e do tipo de atividade⁴⁹. Estudos epidemiológicos demonstraram uma relação inversa entre condição física, grau de atividade física e desenvolvimento de doenças cardiovasculares⁵⁰⁻⁵². Desta forma, apesar da prática regular de exercício físico ser indicada como uma maneira efetiva para reduzir os níveis de pressão arterial, melhorar o perfil dos fatores de risco cardiovascular e a qualidade de vida dos pacientes e ser considerada um importante coadjuvante na prevenção e tratamento da HAS, observa-se baixa adesão dos participantes deste estudo.

O hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas foram relatados por uma pequena parte da amostra. Cinquenta e cinco participantes (85,9%) não possuem o hábito de fumar atualmente. Destes participantes, 29,1% (n=14) abandonaram este hábito há um tempo médio de 15,6 ($\pm 10,4$) anos, com valores variando entre 4 a 40 anos de abstinência ao fumo. Dentre os fumantes (n=9; 14,1%), este hábito iniciou-se em média aos 18 ($\pm 8,5$) anos, sendo o valor médio de cigarros por dia de 10,3 ($\pm 12,3$), com valores variando entre 2 a 40 cigarros por dia.

Sessenta e um (95,3%) dos participantes relataram não consumir bebida alcoólica atualmente. Destes, 18,8% relataram consumo anterior de bebida alcoólica, sendo este hábito abandonado há 19,9 ($\pm 10,9$) anos, com valores variando entre 3 a 38 anos. Dentre os participantes que relataram consumo de bebida alcoólica (n=3; 4,7%), foi citada a frequência de consumo como de 1 a 2 vezes por semana há um período médio de 16,3 ($\pm 1,5$) anos.

Apesar do hábito de fumar e etilismo estarem relacionados como fatores de risco para o desenvolvimento de HAS^{12,24,25}, nesta amostra houve baixa ocorrência destes hábitos, indicando que programas de prevenção e educação em saúde devem focar-se nos outros fatores de risco, como controle de peso corporal e sedentarismo.

4.3 Qualidade de vida

Para o instrumento MINICHAL, a média da pontuação da QV na dimensão somática (pontuação máxima = 30 pontos) foi 3,3 ($\pm 3,0$), com valores variando entre 0 a 10 pontos. Com relação ao estado mental (pontuação máxima = 18 pontos), a média da pontuação foi 6,6 ($\pm 4,8$), com valores variando entre um e 22 pontos. A média global de QV (pontuação máxima = 48 pontos), considerando as duas dimensões, foi 9,9 ($\pm 7,0$), com valores entre 1 a 29 pontos. A avaliação da última pergunta, 'Você diria que sua hipertensão e o tratamento da mesma têm afetado sua qualidade de vida?' indicou que 48 participantes (75%) consideram que a patologia não afeta sua QV, conforme demonstrado na tabela abaixo (TAB. 6).

TABELA 6

Percepção da influência da HAS e de seu tratamento na QV: 'Você diria que sua hipertensão e o tratamento da mesma têm afetado sua qualidade de vida?'

Resposta	N	%
Não, absolutamente	48	75,0
Sim, um pouco	10	15,6
Sim, bastante	4	6,2
Sim, muito	2	3,1

Estes resultados indicam baixo comprometimento da qualidade de vida na dimensão somática, estado mental e percepção da influência da HAS e de seu tratamento na QV. Os estudos demonstram controvérsia em relação à QV dos hipertensos. Segundo Arbex (2009)³⁵, há estudos que não apresentaram significância estatística entre os normotensos e hipertensos ou analisaram somente indivíduos com pressão arterial elevada. Estes resultados provavelmente são decorrentes da diferença de metodologia para mensurar a QV.

Segundo Martins (1996)⁵³, em um estudo com 71 participantes com doenças crônicas, o significado da qualidade de vida relacionou-se principalmente ao bem estar material (40,9%), ao bem estar físico (23,9%) e ao bem estar emocional (11,2%). No presente estudo, a qualidade de vida pode ter sido positivamente percebida devido à característica crônica de evolução da doença, que possivelmente faz com o que o indivíduo adapte-se a sua condição de saúde, não ocorrendo interferência em aspectos relacionados ao bem estar material, físico e/ou emocional, comumente relacionados ao conceito de qualidade de vida. Apesar da utilização de questionários de qualidade de vida possibilitar o acesso a informações fundamentais para a atenção à saúde, observou-se dificuldade na compreensão do instrumento de avaliação utilizado devido, provavelmente, à baixa escolaridade da população estudada.

A análise de correlação entre a percepção de qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas, relacionadas à evolução da patologia e hábitos de estilo de vida não indicou significância estatística. Estes dados são contrários aos relatados em estudos prévios, nos quais na comparação entre gênero e qualidade de vida, observou-se que as mulheres apresentavam pior qualidade de vida quando comparada aos homens^{35,39}. Esta diferença de gênero é justificada pelo fato de que as mulheres vivem mais, ficam com a saúde mais comprometida e apresentam dificuldade em desempenhar as atividades de vida diária,

mostrando mais incapacidade, sintomas e piora da qualidade de vida em relação aos homens^{35,39}. No presente estudo, os participantes de ambos os sexos possuíam bom nível de desempenho funcional, sendo capazes de se locomover até a Unidade Básica de Saúde, fato que pode justificar a ausência de correlação entre gênero e qualidade de vida.

A relação entre controle da pressão arterial e qualidade de vida em hipertensos é controversa. Em estudos realizados por Arbex (2009)³⁵ e Li e colaboradores (2005)³⁸, o controle da pressão arterial foi um preditor para uma melhor qualidade de vida. Porém, os resultados do presente estudo foram divergentes, não sendo encontrada relação entre estas duas variáveis. Resultado semelhante foi encontrado por Melchioris (2008), que ao aplicar os instrumentos MINICHAL e WHOQOL-bref em hipertensos controlados e não controlados não encontrou diferença na percepção da qualidade de vida. As diferenças encontradas nos estudos podem estar associadas à maneira como as variáveis foram operacionalizadas, considerando-se a maneira de mensuração do controle da PA e os diferentes instrumentos utilizados.

A seleção da amostra, entre participantes que freqüentam a Unidade Básica de Saúde, restringe os resultados deste estudo à parcela da população hipertensa que conhece o diagnóstico e realiza tratamento. Estudos posteriores podem analisar a relação entre qualidade de vida de hipertensos e normotensos, bem como entre hipertensos que aderem ou não ao tratamento, incluindo outras variáveis que podem interferir no controle da pressão arterial, tais como: depressão, estresse, presença de patologias associadas e comorbidades, número de medicamentos utilizados, dentre outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença altamente prevalente na população brasileira, tornando-se fator relevante na morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas, principalmente as doenças cardiovasculares. A avaliação da qualidade de vida de indivíduos hipertensos é um fator determinante para avaliar a melhora do indivíduo após o início do tratamento, bem como identificar as alterações causadas pela doença e pelo seu tratamento.

No presente estudo ressaltamos a importância do aumento da adiposidade corporal na prevalência de hipertensão arterial, principalmente nos indivíduos que apresentam distribuição central de gordura.

O controle da pressão arterial não está relacionado apenas aos hábitos de vida saudável do indivíduo e seu tratamento medicamentoso, mas também à conscientização sobre a doença e as comorbidades relacionadas. Neste contexto, a equipe de saúde assume relevante papel na educação para saúde, elaborando estratégias de intervenção pautadas no conhecimento da população atendida e no referencial teórico referente à não adesão ao tratamento. Desta forma, uma melhor qualidade de vida nos indivíduos hipertensos pode estar relacionada à postura frente à doença e aos cuidados tomados para o controle da PA. Em ambos os casos, é fundamental a intervenção da equipe de saúde na aquisição de habilidades dos pacientes para controle da patologia.

Apesar dos resultados encontrados nesta pesquisa, sugere-se que novos estudos sejam realizados, visando uma melhor delimitação da interferência de fatores de risco e comorbidades na qualidade de vida destes pacientes, uma vez que não há consenso na relação entre estas variáveis.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- LESSA I. **Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.
- 2- COSTARDI IDE CA. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: Pierin AMG (Org.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole 2004:1-9.
- 3- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Vigilância em Saúde: dados e indicadores selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 5- LOTUFO PA. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 70, p. 321-325, 1998.
- 6- **CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO – CBH**. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1998.
- 7- LEWINGTON S, CLARKE R, QIZILBASH N, PETO R, COLLINS R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, v.360, n.9362, p.1903-1913, 2002.
- 8- KEARNEY PM et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**. v.365, n.9455, p.217-223, 2005.
- 9- LATERZA MC, RONDON MU, NEGRÃO CE. Efeito anti-hipertensivo do exercício. **Rev Bras Hipertens**. 2007; 14 (2): 104-11.
- 10- SOUZA AL. **Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo** [tese - doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1999.
- 11- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Disponível em: http://www.opas.org.br/prevencao/mos_info.cfm?codigodest=216. Acesso em 12 de Jun de 2008.
- 12- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, Sept. 2007, p. e24-e79.
- 13- ROLIM N, BRUM P. Efeitos do treinamento físico aeróbio na hipertensão arterial. **Hipertensão**. 2005; 8 (1): 35-7.
- 14- GUS I, HARZHEIM E, ZASLAVSKY C, MEDINA C, GUS M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 83, n. 5, p. 424-433, 2004.

- 15-NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION, D. J. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
- 16-DATASUS. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/index.cfm?saude=http%3A%2F%2Fportal.saude.gov.br%2Fportal%2Faplicacoes%2Fanuario2001%2Findex.cfm&botaoook=OK&obj=%24VObj>. Acesso em 10 de Maio de 2008.
- 17-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2001.
- 18-LOTUFO, P. A. Stroke: a neglected disease in Brazil. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005.
- 19-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2002.
- 20-PESSUTO J, CARVALHO EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.6, n.1, p.33-39, 1998.
- 21-IRIGOYEN MC, LACCHINI S, De ANGELIS K, CICHELINI LC. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**. v.13, n.1, p. 20-45, 2003.
- 22-BERLEZI EM. **Estudos de fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos adscritos a uma unidade de saúde da família**. [tese - doutorado]. Rio Grande do Sul: Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica/PUCRS; 2007.
- 23-FREITAS et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. **Arq Bras Cardiol**, v.77, n.1, p.9-15, 2001.
- 24-MION JÚNIOR, D. **Hipertensão: aspectos práticos**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial, 1988 *apud* PESSUTO J, CARVALHO EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.6, n.1, p.33-39, 1998.
- 25-RAMSAY LE, YEO WW, CHADWICK IG, *et al.* Non-pharmacological therapy of hypertension. **Br Med Bull**. v.50, p.494-508, 1994 *apud* OLIVEIRA RG. **Fatores relacionados à pressão arterial e fatores de risco de hipertensão arterial sistêmica em estudantes do ensino fundamental e médio – o estudo de Belo Horizonte** [tese - doutorado]. Belo Horizonte: Curso de Pós Graduação em Pediatria/UFMG, 2000.
- 26-OLIVEIRA RG. **Fatores relacionados à pressão arterial e fatores de risco de hipertensão arterial sistêmica em estudantes do ensino fundamental e médio – o estudo de Belo Horizonte** [tese - doutorado]. Belo Horizonte: Curso de Pós Graduação em Pediatria/UFMG, 2000.
- 27-CARNEIRO G, FARIA NA, BARRETO-FILHO FFR, GUIMARÃES A, LERÁRIO D, FERREIRA SRG, *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovasculares em indivíduos obesos. **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, n.3, p.306-311, 2003.

- 28-BEILIN LJ, PUDDEY IB, BURKE V. Lifestyle and hypertension, **Am. J. Hypertens.** v.12, p.934-945, 1999.
- 29-PIERIN AM, GUSMÃO JL, CARVALHO LV. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Hipertensão.** v. 7, n.3, p.100-103, 2004.
- 30-JARDIM PCBV, SOUZA ALL, MONEGO ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina** v.29, p.232-238, 1996.
- 31- MAGNABOSCO P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência** [dissertação - mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2007.
- 32-STRELEC MA, PIERIN AM, MION JR D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. **Arq Bras Cardiol.** v.81, n.4, p. 349-354, 2003.
- 33-HENDERSON JA, BUCHWALD D, MANSON SM. Relationship of medication use to health-related quality of life among a group of older American Indians. **J Appl Gerontol.** v.25, n.1, p.89-104, 2006.
- 34-SEIDL EM, ZANNON CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública.** v.20, n.2, p.580-588, 2004.
- 35-ARBEX FS. **Avaliação da qualidade de vida em adultos e idosos hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva.** Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas, 2009.
- 36-FIRMO JO, LIMA-COSTA MF, UCHÔA E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad Saúde Pública.** v. 20, n.4, p.1029-1040, 2004.
- 37- GUSMÃO JL, PIERIN AMG. A importância da qualidade de vida na hipertensão. **Rev Hipertens.** v.7, n.3, p.104-108, 2004.
- 38-LI W, LIU L, PUENTE JG, LI Y, JIANG X, JIN S et al. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. **J Hypertens.** v.23, n.9, p.1667-1676, 2001.
- 39- YOUSSEF RM, MOUBARAK II, KAMEL MI. Factors affecting the quality of life of hypertension patients. **East Mediterr Health J.** v.11, n.1/2, p.109-119, 2005.
- 40-OMS (2000). **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic:** Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva: WHO.
- 41-I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq Bras Cardiol.** v.84, supl.1, 2005.
- 42-SCHULZ et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arq Bras Cardiol.** v.90, n.2, p. 139-144, 2008.

- 43-DANCEY CP, REIDY J. **Estatística sem matemática para psicologia – usando SPSS para Windows**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 44-BRITO DM, ARAUJO TL, GALVAO MT, MOREIRA TM, LOPES MV. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública**. v.24, n.4, p.933-940, 2008.
- 45-SPRITZER N. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Medicina Ribeirão Preto**, v.29, abr./set., p.199-213, 1996.
- 46-SARQUIS LMM et al. Adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev Esc Enf USP**, v.32, n.4, p.335-353, 1998.
- 47-MION Jr, PIERIN AMG. Causas da baixa adesão ao tratamento e perfil de pacientes hipertensos. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão, São Paulo, 1996. Anais. Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1996, p.120.
- 48-FERREIRA C, MENEGHINI A, RIERA AR. Benefícios do exercício físico na hipertensão arterial. In: **Anais do 4 Congresso Virtual de Cardiologia**; 2005, Buenos Aires, Argentina. 7p.
- 49-ZAITUNES MP. **Fatores associados a hipertensão arterial e à prática de atividade física no lazer em idosos do município de Campinas, SP** [tese – mestrado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2005.
- 50-KIMURA T, YOKOYAMA T, MATSUMURA M, YOSHIKE N, DATE C, MURAMATSU M, et al. Genotype-dependent correlation between blood pressure and physical activity. **Hypertens**. v.41, p.355-360, 2003.
- 51-SIMON E, SILVA TT, BARBOSA JS, RODRIGUES RD, TEIXEIRA RJ. Fatores de risco cardiovasculares – Perfil clínico e epidemiológico dos participantes do projeto atividade física na Vila. **Rev Bras Med Fam e Com**. v.2, n.8, p.289-299, 2007.
- 52-CUNHA IC, PEIXOTO MR, JARDIM PC, ALEXANDRE VP. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Rev Bras Epidemiol**. v.11, n.3, p.495-504, 2008.
- 53-MARTINS LM, FRANCA APD, KIMURA M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.4, n.3, p. 5-18, 1996.
- 54-MELCHORS AC. **Hipertensão arterial: análises dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida** [tese – mestrado]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2008.

ANEXO A**DECLARAÇÃO**

A Prefeitura Municipal de Mariana, representada neste documento pela Srta. Rosana Moraes, coordenadora da Atenção Primária à Saúde, autoriza a divulgação de informações e dados coletados em sua organização, na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÁGUAS CLARAS – MARIANA – MG, realizado pela aluna Taís Efigênia de Faria, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, com objetivos de publicação e/ou divulgação em veículos acadêmicos.

Mariana, 29 de Janeiro de 2010

Rosana Moraes
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde
Prefeitura Municipal de Mariana

ANEXO B

Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL)

Nos últimos sete dias...	Não, absolutamente.	Sim, um pouco.	Sim, bastante.	Sim, muito.
1. Tem dormido mal?				
2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?				
3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?				
4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?				
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?				
6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?				
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?				
8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?				
9. Tem se sentido esgotado e sem forças?				
10. Teve a sensação de que estava doente?				
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?				
12. Teve inchaço nos tornozelos?				
13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?				
14. Tem sentido a boca seca?				
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?				
16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?				
17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade				

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você tem um tipo de doença denominada hipertensão arterial e está sendo convidado a participar do estudo sobre a qualidade de vida dos hipertensos residentes no distrito de Águas Claras, Mariana-Minas Gerais. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida dos hipertensos e correlacioná-la com as suas condições sócio-demográficas e hábitos de vida. Caso você participe, será necessário fazer uma avaliação física pela enfermeira da equipe. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo você não receberá nenhum dinheiro. Seu nome não aparecerá em qualquer momento no estudo, pois você será identificado com um número.

Eu, _____, li ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Mariana, ____ - ____ - ____

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal Documento Identidade

Assinatura da pesquisadora responsável

Taís Efigênia de Faria: (031) 8422-3464

APÊNDICE B

Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos da Equipe de Saúde da Família Águas Claras – Mariana – MG

Pesquisadora: Taís Efigênia de Faria

Nome: _____ Identificação: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Ocupação: _____

1) **Estilo de Vida**

Tabagismo

É fumante? () Sim () Não

Idade que começou a fumar (anos)? _____

Quantidade de cigarros por dia: _____

Ex fumante? () Sim () Não

Idade que começou a fumar (anos)? _____

Há quanto tempo parou (anos)? _____

Numero de cigarros por dia: _____

Consumo de bebida alcoólica

Faz uso de bebida alcoólica atualmente? () Sim () Não

Frequência (n x / semana): _____ Há quanto tempo? _____

Não consumidores de bebida alcoólica atualmente

Já fez uso de bebida alcoólica anteriormente? () Sim () Não

Por quanto tempo (anos)? _____

Há quanto tempo parou (anos)? _____

Atividade Física

Faz exercícios físicos? () Sim () Não

Tipo de atividade: _____

Frequência (n x / semana): _____ Duração (minutos): _____

Há quantos meses pratica atividade física? _____

Medidas Antropométricas (IMC)

Peso (Kg): _____ Altura: _____

IMC: _____ Classificação: _____

Circunferência abdominal (cm): _____ () Sobrepeso

2) Relacionadas à HA

Medicamentos utilizados: _____

Segue corretamente a prescrição médica? () Sim () Não

Se não, qual o motivo: () Fatores econômicos () Efeitos colaterais

() Falta de conhecimento () Outros

Valores de PA: ____/____ ____/____ ____/____

Registro de PA no ano anterior a coleta: _____

Nível da Pressão Arterial	Classificação
< 120 sistólica e < 80 diastólica	Ideal
< 130 sistólica e < 85 diastólica	Normal
130~139 sistólica ou 86~89 diastólica	Normal-alta
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	Hipertensão Estágio 1
160~179 sistólica ou 100~109 diastólica	Hipertensão Estágio 2
> 110 diastólica ou > 180 sistólica	Hipertensão Estágio 3
Diastólica normal com sistólica > 140	Hipertensão Sistólica Isolada

(V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006)

3) Qualidade de Vida

Média domínio físico: _____

Média domínio emocional: _____

Percepção geral de saúde: _____