

QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS USUÁRIOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Cassia Leticia Pereira

Acadêmicas do curso de Farmácia da UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá; Bolsista do Programa de Iniciação Científica PICC.

Mariana Sirote Borges

Acadêmicas do curso de Farmácia da UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá; Bolsista do Programa de Iniciação Científica PICC.

Janete Lane Amadei

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá - UEM; Docente no curso de Farmácia da UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá. E-mail: janeteamadei@gmail.com.

RESUMO: Qualidade de vida é um conceito novo na área de saúde. Em hipertensos, a presença de doença crônica, a necessidade de tratamento contínuo por um longo período e a presença de comorbidades são fatores que podem interferir na qualidade de vida. Realizou-se estudo descritivo com abordagem quantitativa com o objetivo de verificar a qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial em tratamento medicamentoso, atendidos na rede pública de saúde do município de Atalaia – Paraná. O estudo constou de entrevista com aplicação do SF-36 traduzido e validado no Brasil, coleta de dados demográficos e socioeconômicos, de dados de hábitos de vida e de uso de medicamentos. Foram entrevistados 50 hipertensos sendo 64% eram do sexo feminino, com faixa etária prevalente entre 60 e 69 anos (32%). A população estudada apresentou comprometimento nos domínios: capacidade funcional, desempenho físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, saúde mental e evolução do estado de saúde, exceto no domínio aspectos sociais. Conclui-se que a organização de uma assistência bem orientada e direcionada a esta população, visando fortalecer a importância de mudanças de hábitos, pode melhorar os escores de qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de Risco; Hipertensão; Qualidade de Vida.

LIFE QUALITY OF HYPERTENSIVE PEOPLE FREQUENTING GOVERNMENT HEALTH SERVICES

ABSTRACT: Life quality is a new concept in health. Chronic illness in hypertensive people, the need for continuous treatment during long periods and co-morbidities are factors that may interfere in life quality. A descriptive, quantitative approach analysis was undertaken to verify the life quality of hypertensive people in treatments by the government public service in the municipality of Atalaia PR Brazil. Study included an interview with the application of SF-36 validated for Brazil, demographic and socio-economical data collection, data on life style and use of drugs. Fifty hypertensive people were interviewed, of which 64% were females, aged between 60 and 69 years old (32%). Population was compromised in functional capacity, mental health, health status evolution, with the exception of social aspects. Results showed that a well-guided and directed assistance to the above population to strengthen the importance of habit changes may improve life quality scores.

KEY WORDS: Risk Factors; Hypertension; Life Quality.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônico-degenerativa, de detecção quase sempre tardia, devido ao seu curso assintomático e prolongada (CESARINO, et al., 2008). Nas últimas décadas esta patologia tem apresentado índices com elevação significativa, devido às condições de vida, trabalho, modificações econômicas e políticas e ao aumento da expectativa de vida (REIS; GLASHAN, 2001).

Caracteriza-se, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), pela elevação da pressão arterial sistólica a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg e/ou de pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg em medidas de consultório, onde o diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões.

A HA requer tratamento medicamentoso e não medicamentoso para toda a vida (SALES; TAMAKI, 2007); 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e, dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada (SANTOS, et al., 2005) com alto custo social sendo responsável por absenteísmo no trabalho e cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce (FARIA, 2010).

Quando não tratada corretamente, a HA se torna um grande problema para a saúde pública, diminui a expectativa e a qualidade de vida das pessoas, visto que interfere na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

Esta patologia é referenciada como um dos fatores de risco preponderantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e sofre influência multifatorial com destaque para o estilo de vida (SANTOS, et al., 2005). Em geral é determinada por diversos fatores genéticos, como idade, raça, sexo, história familiar e de riscos associados ao tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e excesso de sal (CESARINO, et al., 2008).

Um dos desafios para a equipe de saúde reside em propor uma terapêutica eficaz em longo prazo, porque requer a participação e cooperação do portador que, ao conviver com a cronicidade, tem dificuldade de alte-

rar seu estilo de vida. A terapêutica, somada às modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente e hábitos pessoais (abolição do álcool e do tabaco, realização de atividade física, perda do excesso de peso e mudanças nos hábitos alimentares) proporciona alívio dos sintomas e traduz-se em melhoria da qualidade de vida (REIS; GLASHAN, 2001).

A qualidade de vida (QV), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (BRITO et al., 2008).

A avaliação da QV fornece subsídios para a elaboração de estratégias de tratamentos eficazes. Investigar a qualidade de vida e intervir nos problemas detectados pela aplicação dos instrumentos de avaliação pode melhorar a adesão ao tratamento, proporcionar controle da pressão arterial e uma melhora na qualidade de vida para esta população (FARIA, 2010).

Ressalta-se a importância de realizar estudos focando questões relativas à QV de hipertensos, visando identificar os fatores que interferem na manutenção adequada da pressão arterial, a fim de se conhecer o impacto da doença sobre a vida do paciente.

Este estudo foi desenvolvido para verificar a qualidade de vida de indivíduos vivendo com hipertensão arterial em tratamento medicamentoso, atendidos em rede pública de saúde, através do instrumento de avaliação SF36® (*The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*).

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa. A população estudada constitui-se de 50 pacientes com diagnóstico de HA sob tratamento medicamentoso, atendidos na Unidade Primária de Saúde (UPS) do município de Atalaia, localizada na região Noroeste do Paraná, com população estimada em 3.913 habitantes (IBGE, 2010).

Foram adotados como critério de inclusão: estar ciente do seu diagnóstico, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar em uso de terapêutica anti-hipertensiva

há pelo menos seis meses, recebendo medicamento na unidade, não possuir outro tipo de patologia e aceitar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se a recusa daqueles que decidirem não participar, em qualquer de suas etapas.

Os sujeitos foram abordados na UPS, no período de junho a agosto de 2011, através de entrevista preenchida por único pesquisador. No intuito de evitar interferências do grupo de trabalho, antes da coleta de dados realizou-se uma reunião na Unidade de Saúde com seus integrantes para apresentação do projeto, na qual as intenções foram divulgadas e as dúvidas esclarecidas.

O instrumento contendo dados da população (dados pessoais, hábitos de vida, uso e tempo de utilização de medicamentos e obesidade através do cálculo do Índice de Massa Corporal - IMC), foi elaborado pelo pesquisador. A classificação do IMC seguiu os critérios da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (2011), que considera peso normal IMC entre 18,5 a 24,9; abaixo do peso < 18,5; sobrepeso de 25,0 a 29,9; obesidade grau I de 30,0 a 34,9; obesidade grau II de 35,0 a 39,9; obesidade grau III, $\geq 40,0$.

Os dados sobre QV foram obtidos através da versão em português do instrumento *The Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey* (SF 36®), que foi desenvolvido por Ware e Sherbourne em 1992, tendo sido traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli em 1999, seguindo todos os passos exigidos pelo comitê de especialistas (CICONELLI et al., 1999).

O SF36® é um formulário genérico de avaliação, traduzido e adaptado em 29 países e utilizado em diferentes grupos de pacientes, incluindo portadores de hipertensão arterial (BRITO, et al., 2008). É formado por 36 itens que englobam nove domínios: Capacidade Funcional (CF) com 10 itens; Desempenho Físico (DF) com 4 itens; Dor (DR) com 2 itens; Estado Geral de Saúde (GS) com 5 itens; Vitalidade (VT) com 4 itens; Aspectos Sociais (AS) com 2 itens; Aspectos Emocionais (AE) com 3 itens; Saúde Mental (SM) com 5 itens; Evolução do Estado de Saúde (EV), refere-se a avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás, com 1 item. Para cada item, o participante deveria escolher ape-

nas uma opção (REIS et al., 2001). Nos domínios do SF-36®, os itens são codificados e transformados em escala de zero a 100 pontos, utilizando-se pontuação e interpretação própria da escala. Dessa forma, obtém-se um escore médio: o maior escore indica melhor estado de saúde ou qualidade de vida, e os escores menores, pior situação ou qualidade de vida prejudicada. Este cálculo é chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida (BRITO, et al., 2008).

Para a descrição dos valores dos domínios foram empregados os valores de média, desvio padrão, mediana, mínima e máxima. O domínio “evolução do estado de saúde” não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada, para avaliar o estado geral e o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás, sendo apresentado em porcentagem.

Os resultados sobre a população foram analisados e apresentados através de estatística descritiva em distribuição e frequência. Na análise das médias dos domínios em comparação com os hábitos de vida foi utilizado o Teste t não pareado com nível de significância fixado em $p < 0,05$ utilizando-se o software R. 2.10.0.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR) - Parecer nº 130/2011.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

Dos 50 hipertensos que participaram da entrevista, 64% eram do gênero feminino e 36% masculino, prevalecendo à faixa etária entre 60 e 69 anos (32%); escolaridade menor de 4 anos de estudo (64%); seguido por analfabetos (22%), 4 anos completos (8%) e com 8 anos de estudo concluído (6%).

O maior número de mulheres participantes pode ser interpretado em razão das características da mesma ser mais cuidadosa e atenta aos aspectos relacionados à sua saúde (BRITO et al., 2008). A faixa de idade de hipertensos se justifica devido ao fato de que a pressão arterial se eleva na medida em que são acrescidos anos de vida à população (REIS; GLASHAN, 2001).

Observou-se nesta população o baixo nível de escolaridade com prevalência de analfabetos e com menos de quatro anos de estudo. Esta característica pode dificultar a compreensão dos indivíduos acerca das orientações recebidas, sobretudo das medidas de tratamento correto, o que contribui para a não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a maior prevalência das complicações hipertensivas (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

3.2 HÁBITOS DE VIDA E OBESIDADE

Sobre o hábito de fumar os respondentes relataram não ser fumantes (70%) ou que abandonaram o vício (24%), sendo 10% em até 10 anos e 14% há mais de 10 anos.

A ingestão de bebidas alcoólicas foi referida como “nunca usou” (66%) e, dos que fazem uso, (30%) referem este costume “uma vez por semana” (6%), “mais de uma vez por semana” (14%), “raramente” ingerem (10%) ou, “pararam de beber há 5 anos (2%) e 35 anos atrás (2%)”. A prática de exercícios físicos não foi relatado como um hábito entre a maioria dos entrevistados (86%).

Os hábitos investigados interferem nos índices pressóricos podendo refletir na qualidade de vida: o uso do tabaco compromete a integridade dos vasos sanguíneos e a nicotina produz a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a resistência periférica e, por consequência, a pressão arterial; a ingestão de álcool eleva a pressão arterial de modo lento e progressivo, na proporção de 2 mm Hg para cada 30mL de álcool etílico ingeridos diariamente (TEIXEIRA et al., 2006) e pode diminuir a potência anti-hipertensiva das drogas tendo seu efeito revertido sobre a pressão arterial somente duas semanas após a redução do hábito de beber (MANO, PIÉRIN, 2005).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) refere que os exercícios físicos diminuem a pressão arterial e podem reduzir o risco de doença coronariana e mortalidade.

Em relação ao controle da ingestão de sal na dieta, 58% dos sujeitos responderam que sua alimentação é preparada com pouco sal, caracterizando que a maioria mantém este hábito de maneira correta. Segundo Teixeira

et al. (2006), o controle da quantidade de sal ingerida é importante no controle dos índices pressóricos. Todavia, se faz necessário encontrar formas criativas e prazerosas na alimentação, pois o gosto e o bem-estar são importantes para a saúde.

A análise do IMC caracterizou que 56% dos indivíduos estavam acima do peso, destes 24% apresentavam sobrepeso e 18% obesidade grau I. O excesso de peso é fator predisponente à hipertensão arterial e estima-se que 20% a 30% dos indivíduos hipertensos podem apresentar essa associação (OSHIRO, 2007). A prevalência desta patologia aumenta entre estes pacientes e a gravidade da mesma parece relacionar-se diretamente com o grau de gordura corporal e com o padrão de distribuição predominantemente visceral (SOUZA et al., 2007). Mesmo uma modesta perda do peso corporal está associada a reduções na PA em pessoas com sobrepeso (SBC, 2010).

3.3 USO DE MEDICAMENTOS

Sobre o uso de medicamentos, 60% dos entrevistados referiram que “esquecem de tomar o medicamento”. O tempo de tratamento caracterizou-se por pacientes que se encontram em terapia há menos de 10 anos (72%) ou há mais de 10 anos (28%). O regime terapêutico evidenciou uso combinado de dois medicamentos anti-hipertensivos - captopril e hidroclorotiazida (58%), um medicamento ou monoterapia (36%), e combinação de três anti-hipertensivos (6%). A indicação de captopril e de hidroclorotiazida está relacionada com a disponibilidade destes medicamentos na Unidade Primária de Saúde no município estudado.

O esquecimento para tomar o medicamento é justificado por Gusmão et al., (2009), ao discorrer sobre os fatores que afetam a adesão e sua relação com a complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida.

O uso combinado de dois ou mais medicamentos é amplamente aceito como uma tentativa de otimizar os níveis de pressão arterial, minimizar os efeitos adversos e obter efeitos sinérgicos (SCHROETER et al., 2007).

3.4 PREVALÊNCIA DOS DOMÍNIOS (SF-36®)

Os resultados obtidos através da análise dos domínios da escala de qualidade de vida de acordo com SF-36® considerando as médias encontradas estão apresentados na tabela 1.

O maior comprometimento ocorreu no “estado geral de saúde” ($X = 44,5 \pm 16,6$) e “desempenho físico” ($X = 47,5 \pm 50,0$). Sobre o desempenho físico, em estudo realizado por Brito, et al., (2008), os indivíduos mostraram-se incapazes fisicamente de desenvolverem algumas atividades cotidianas, considerando-se as médias inferiores a 60 pontos, provavelmente em decorrência das manifestações clínicas relacionadas à etiologia da hipertensão arterial e ao tratamento instituído.

O domínio “aspectos sociais” que demonstra a integração da pessoa em atividades sociais obteve média de $87,7 \pm 19,4$ sugerindo uma melhor qualidade de vida. Os demais domínios apresentam valores ou qualidade de vida comprometida entre $52,9 \pm 19,7$ e $68,1 \pm 20,4$.

A evolução do estado de saúde, comparando a situação atual com um ano atrás, 28% referiram estarem melhores hoje, 46% informaram mesmo estado de saúde e 26% que estão pouco piores. Segundo Reis e Glashan (2001), a qualidade de vida coletiva ou individual está relacionada a sentimentos sobre sua própria saúde ou a outros aspectos da vida pessoal.

Tabela 1. Valores obtidos nos domínios do SF-36®, de acordo com relato de hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Mediana	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	47,5	56,0	21,7	25,0	100,0
Desempenho físico	0,0	47,5	50,0	0,0	100,0
Dor	56,0	54,9	33,1	0,0	100,0
Estado geral de saúde	47,0	44,5	16,6	0,0	82,0
Vitalidade	50,0	52,9	19,7	10,0	90,0
Aspectos sociais	100,0	87,7	19,4	37,5	100,0
Aspectos emocionais	100,0	64,0	48,4	0,0	100,0
Saúde mental	74,0	68,1	20,4	20,0	100,0

Tabela 2. Correlação entre os domínios (SF-36®) com fumantes e não fumantes através do Teste t não pareado, de acordo com relato de hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Tabagismo				p-valor*
	Não		Sim		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Capacidade funcional	54,4	21,9	59,7	21,5	0,4394
Desempenho físico	45,0	49,9	53,3	51,6	0,6020
Dor	56,5	35,1	51,4	28,7	0,5939
Estado saúde	45,2	18,4	42,9	11,9	0,6035
Vitalidade	54,4	21,0	49,3	16,7	0,3678
Aspectos sociais	84,3	20,9	95,8	13,1	0,0228
Aspectos emocionais	62,9	49,0	66,7	48,8	0,8025
Saúde mental	68,9	21,4	66,6	18,6	0,7095

*Teste t - não pareado.

** $p < 0,05$.

3.5 CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS (SF-36®) COM OS HÁBITOS DE VIDA

A comparação dos hábitos de vida dos hipertensos com os domínios do SF-36®, apresentados na tabela 2, caracteriza que a avaliação da qualidade de vida em relação aos fumantes e não fumantes apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,0228$) no domínio aspecto social, no qual os fumantes apresentaram melhor qualidade de vida sobre os não fumantes. Isto pode ser justificado pelo fato de que, por mecanismos associativos simples, os fumantes passam a se perceber como pessoas mais hábeis do que realmente seriam. O uso constante do cigarro como estratégia de enfrentamento em situações sociais adversas poderia levar muitos fumantes a

superestimarem suas habilidades sociais (PINHO, OLIVA, 2007).

A avaliação da qualidade de vida em relação ao consumo ou não de álcool (Tabela 3), apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,0401$) para o aspecto social, onde a média dos hipertensos que consomem bebidas alcoólicas apresenta melhor qualidade de vida em relação aos que não consomem álcool. Isto ocorre porque a ingestão de bebida alcoólica está relacionada ao prazer, não sendo o álcool considerado como um mal para os indivíduos que o consomem. A forma e a frequência com que é usado é que lhe confere a característica de insalubridade. Ao mesmo tempo em que a bebida alcoólica provoca tantos males, ela também é aceita socialmente (LIMA; BUCHER; OLIVEIRA, 2004).

Tabela 3. Correlação entre os domínios (SF-36®) com o consumo ou não de álcool através do Teste t – não pareado, de acordo com relato de hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Consumo de álcool				p-valor*
	Não		Sim		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Capacidade funcional	55,8	23,2	56,7	17,0	0,8882
Dor	52,1	34,8	64,1	26,5	0,2194
Desempenho físico	44,1	49,1	58,3	51,5	0,4106
Estado geral de saúde	44,8	18,3	43,8	10,3	0,8058
Vitalidade	51,8	21,2	56,3	14,5	0,4227
Aspectos sociais	85,2	20,3	95,8	14,4	0,0401
Aspectos emocionais	63,2	48,9	66,7	49,2	0,8317
Saúde mental	68,0	21,6	68,8	16,9	0,9017

*Teste t - não pareado.

** $p < 0,05$.

A prática de atividade física em comparação com os diversos domínios, descrita na tabela 4, indica que os hipertensos que não possuem o hábito dos exercícios físicos, possuem mais “dor” ($p=0,0464$) dos os indivíduos que praticam exercícios. Deve-se destacar a importância da prescrição individualizada dos exercícios físicos, sendo estes planejados segundo as necessidades, metas, capacidades iniciais e história clínica do paciente. Desta forma, os benefícios e a segurança dos exercícios físicos podem ser potencializados, promovendo o desenvolvimento da capacidade cardiovascular, força e resistência

muscular, além da flexibilidade muscular (COTTA et al., 2009). Isto pode ser explicado devido ao aumento da sobrecarga imposta ao aparelho locomotor que induz a um dano muscular e à dor resultante que ocorre algumas horas após o exercício físico, com determinada sobrecarga a qual não se está acostumado a realizar (FOSCHINI; PRESTES; CHARRO, 2006).

Tabela 4. Correlação entre os domínios (SF-36[®]) com a prática ou não de atividade física através do Teste t não pareado, de acordo com relato de hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Exercícios físicos				p-valor*
	Não		Sim		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Capacidade funcional	56,2	22,8	55,0	15,0	0,8643
Dor	57,8	34,2	37,9	19,6	0,0464
Desempenho físico	48,3	50,1	42,9	53,5	0,8090
Estado geral de saúde	44,2	16,7	46,6	17,5	0,7478
Vitalidade	53,5	20,5	49,3	15,1	0,5334
Aspectos sociais	88,4	19,0	83,9	23,6	0,6497
Aspectos emocionais	65,1	48,2	57,1	53,5	0,7208
Saúde mental	67,7	21,3	70,9	14,9	0,6420

*Teste t - não pareado.

** p < 0,05.

A associação entre o controle de sal e os domínios de qualidade de vida (Tabela 5), de acordo com o SF-36[®], não apresentou significância estatística. Nos países em desenvolvimento, atualmente há um consenso sobre

a importância da adoção precoce de hábitos de vida saudáveis para a prevenção de problemas de saúde (COTTA et al., 2009).

Tabela 5. Correlação entre os domínios (SF-36[®]) com o controle ou não do sal através do Teste t não pareado, de acordo com relato de hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Controle do sal				p-valor*
	Não		Sim		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Capacidade funcional	51,4	20,1	59,3	22,6	0,2002
Dor	51,4	33,4	57,6	33,2	0,5250
Desempenho físico	42,9	50,7	50,9	50,2	0,5830
Estado geral de saúde	44,2	19,0	44,8	15,1	0,9177
Vitalidade	47,9	20,9	56,6	18,4	0,1351
Aspectos sociais	91,1	16,4	85,3	21,4	0,2893
Aspectos emocionais	61,9	49,8	65,5	48,4	0,7990
Saúde mental	63,6	23,0	71,5	18,0	0,1955

*Teste t - não pareado.

** p < 0,05.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ressaltou a importância da adequação ao estilo de vida saudável para o controle adequado

dos níveis pressóricos e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso.

Ao se investigar a qualidade de vida mediante utilização do SF-36[®], os hipertensos apresentaram comprometimento em sua qualidade de vida, nos domínios capacidade funcional, desempenho físico, dor, estado

geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, saúde mental e evolução do estado de saúde, exceto no domínio aspectos sociais. Caracteriza-se que as limitações proporcionadas pela hipertensão arterial não interferem para que os aspectos sociais sejam os prioritários para uma boa qualidade de vida. Nesse caso, os domínios mais evidentes foram aqueles que investigaram o “estado geral de saúde” e “desempenho físico”.

Os resultados obtidos caracterizam que a organização de uma assistência bem orientada e direcionada à população hipertensa, no sentido de fortalecer a importância de mudanças de hábitos, pode melhorar a qualidade de vida, já que foram levantados aspectos falhos quanto à prática de atividade física, tratamento medicamentoso e alimentação.

Sugere-se maior atenção no aspecto social destes indivíduos, pois, na correlação dos domínios com os hábitos de vida, pode-se notar que os fumantes e os que consomem álcool relatam boa aceitação na sociedade, mesmo apresentando estes hábitos considerados agravantes para esta patologia específica.

Podemos refletir que, de alguma maneira, a qualidade de vida dos usuários entrevistados tenha sido afetada pela hipertensão arterial, visto que os aspectos mencionados estão intimamente relacionados com a manutenção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/>>. Acesso em: 20 set. 2011.
- BRITO, D. M. S. de et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, abr. 2008.
- CESARINO, C. B. et al. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São José do Rio Preto, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (BRASIL SF-36). **Revista Brasileira De Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-50, maio/jun. 1999.
- COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009
- FARIA, T. E. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos da equipe de saúde da família águas claras – Mariana – MG**. 2010. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2010.
- FOSCHINI, D.; PRESTES, J.; CHARRO, M. A. Relação entre exercício físico, dano muscular e dor muscular de início tardio. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 9, n. 1, p. 101-106, nov. 2006.
- GUSMÃO, J. L. de et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, p. 38-43, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidade-sat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 set. 2011
- LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; OLIVEIRA, J. W. de. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, jul./ago, 2004.
- MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 269-275, Jun. 2005.
- OSHIRO, M. L. **Fatores para não-adesão ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial em Campo Grande, MS: um estudo de caso e controle**. 2007. 91f. Tese (Doutorado em Farmacoepidemiologia) - Universidade

de Brasília, Brasília, 2007.

PINHO, V. D.; OLIVA, A. D. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e exfumantes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 3, n. 3, p. 1-15, dez. 2007.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M. F.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 526-534, out./dez. 2008.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-americano de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 51-57, maio 2001.

SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 157-163, abr./jun. 2007.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Enfermagem**, v.14, n. 13, p. 332-340, jul./set. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/vi_diretrizes_hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2011.

SCHROETER, G. et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2007.

SOUZA, A. R. A. et al. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 4, n. 88, p. 441-446, 2007.

TEIXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Enfermagem**, v.10, n. 3, p. 378-384, dez. 2006.

Recebido em: 23 de setembro de 2012

Aceito em: 28 de abril de 2013