UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA
COMUNIDADE

LUCIANE SOARES SEIXAS

Adesão ao tratamento não farmacológico e qualidade de vida em
pacientes hipertensos na Estratégia Saúde da Família.

Ribeirão Preto

2015

Luciane Soares Seixas

Adesão ao tratamento não farmacológico e qualidade de vida em
pacientes hipertensos na Estratégia Saúde da Família.

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde na
Comunidade- Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Epidemiologia e
o Processo Saúde-Doença.

Orientador: Jair Lício Ferreira Santos

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Seixas, Luciane Soares

Adesão ao tratamento não farmacológico e qualidade de vida em pacientes hipertensos na Estratégia Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2015.

94 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Epidemiologia e o Processo Saúde-Doença.

Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira

1. Hipertensão Arterial. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Adesão ao tratamento. 4. Qualidade de vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciane Soares Seixas

Adesão ao tratamento não farmacológico e qualidade de vida em pacientes hipertensos na Estratégia Saúde da Família.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade.

Área de Concentração: Epidemiologia e o Processo Saúde-Doença.

Aprovado em _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

Ao meu marido Heitor Junior, por sua compreensão e apoio em todos os momentos da minha vida, por seu meu verdadeiro amigo e sábio companheiro.

À minha querida família e amigos, pelo amor e confiança, pelo mútuo aprendizado de vida.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Jeová, pois sem Ele, nada seria possível. Por ser tão maravilhoso e possibilitar todas as coisas em minha vida.

Agradeço à minha família, em especial meu querido marido, aos meus pais José Carlos e Solange, meu irmão Rodrigo e sua linda família, meus sogros Heitor e Eliane, e minha cunhada Jéssica por serem tão especiais em todos os momentos da minha vida.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo companheirismo durante o mestrado.

À equipe de Saúde da Família Santa Augusta de Marília, por terem me recebido durante esse estudo.

À coordenação e secretaria do mestrado em Saúde na Comunidade- Usp Ribeirão Preto. Obrigada pelo apoio e incentivo.

Ao Profº Drº Jair Lício Ferreira Santos, obrigada pela atenção, compreensão, disposição para sanar minhas dúvidas e sempre me incentivar à seguir em frente.

À todos que de forma direta e indireta contribuíram para a realização desse trabalho.

Obrigada!

*Não tenhas medo, pois estou contigo. Não olhes
em volta, pois eu sou teu Deus. Vou fortificar-te.
Vou realmente ajudar-te. Vou deveras segurar-te
firmemente com minha direita de justiça.*

RESUMO

SEIXAS, L. S. **Adesão ao tratamento não farmacológico e qualidade de vida em pacientes hipertensos na Estratégia Saúde da Família**. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e, portanto um tema extremamente relevante. Na rede pública de saúde, a porta de entrada para o portador de HAS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), nesse contexto, pouco se conhece sobre a magnitude da adesão ao tratamento não farmacológico para a hipertensão arterial. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo identificar as características relacionadas à adesão ao tratamento não farmacológico e avaliar a qualidade de vida em pacientes hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Marília, São Paulo. Foi realizado um estudo transversal, quantitativo, correlacional em 245 pacientes selecionados aleatoriamente, com diagnóstico de HAS, cadastrados na Unidade Saúde da Família Santa Augusta no município de Marília. Os dados foram coletados por meio de dois questionários, um para avaliar a adesão ao tratamento não farmacológico e o WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e realizada análise estatística, através do teste exato de Fisher, qui-quadrado, Mann-whitney e Kruskal Wallis. Foram entrevistados 245 pacientes hipertensos, sendo 60,4% mulheres e 39,6% homens, com idade média de 64,9 anos. A maioria, 54,7%, declarou cor branca, 44,5% baixa escolaridade, 47,7% aposentados e 94,6% relataram utilizar medicamentos para controle da HAS. A adesão ao tratamento não farmacológico foi identificada ao analisar os hábitos de vida, 65,3% eram sedentários; 29,3% faziam uso de bebidas alcoólicas; 34,1% dos homens relataram já terem fumado contra 24,4% das mulheres; 26,8% não controlavam a alimentação e 49,5% possuíam dois ou mais agravos da HAS. Além disso, 73,2% faziam dieta para o controle da HA, sendo que 69,3% diminuíram a quantidade de sal, gorduras e frituras da alimentação e 93% não eram tabagistas. Embora 88,5% relataram conhecer os problemas da HA, apenas 30% já haviam participado de palestras. Em relação à qualidade de vida, a população estudada possui um bom nível, com valores superiores a 50 em todos os domínios do questionário WHOQOL-bref, sendo que o domínio com maior escore foi o domínio geral, seguido pelo psicológico, social, físico e meio ambiente. Observou-se que uma maior qualidade de vida está associada com faixa etária, maior tempo de diagnóstico, controle e aferição da pressão arterial, conhecimento e participação em palestras relacionadas à hipertensão, não fumar e praticar atividade física regular. Os resultados obtidos indicam baixa adesão ao tratamento não farmacológico para a HAS, principalmente relacionado à atividade física regular e irão contribuir com o trabalho cotidiano da equipe de saúde para possibilitar a implementação de estratégias mais eficientes, eficazes e efetivas no tocante aos cuidados em saúde com a população estudada, além de buscar refletir em uma maior qualidade de vida desses pacientes.

Descritores: Hipertensão Arterial. Estratégia Saúde da Família. Adesão ao tratamento. Qualidade de vida.

ABSTRACT

SEIXAS, LS. **Adherence non-pharmacological treatment and life quality in hypertensive patients on the Family Health Strategy.** 2015. 94 f. Dissertation (Mastering of Health Sciences) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The Systemic Arterial Hypertension (SAH) is considered a serious public health problem in Brazil and in the world and, therefore, a highly relevant topic. In public health, the gateway to the carrier of Hypertension is the Family Health Strategy (ESF in Portuguese), in this context, little is known about the magnitude of non-adherence to non-pharmacological treatment for Arterial Hypertension. Therefore, this project has like objective to study the characteristics related to the adherence to non-pharmacological treatment, as well the average life quality in hypertensive patients attended by the Family Health Strategy in Marília, São Paulo. An cross-sectional, quantitative, correlational study of 245 randomly selected patients diagnosed with hypertension, registered in the Family Health Strategy in Santa Augusta Marília was performed. Data were collected through two instruments / one to assess adherence to non-pharmacological treatment and the WHOQOL-BREF to assess the quality of life questionnaires. The study was approved by the Ethics Committee and performed statistical analysis using Fisher's exact test, chi-square, Mann-Whitney and Kruskal Wallis. Were interviewed 245 arterial hypertensive patients between 60.4% women and 39.6% men, with a mean age of 64,9 years. A total of 54,7% were white, 44,5% had lower education (4th grade) and 47,7% were retired. Among the respondents 94,6% reported using medications to control Hypertension, adherence to non-pharmacological treatment was found when analyzing the life habits, 65,3% of hypertensive patients were sedentary, 29,3% used alcohol, 34,1% of men reported having ever smoked and 24,4% of women reported the same, 26,8% do not control their feeding habits, 49,5% had two or more aggravations related to Arterial Hypertension. Furthermore, 73.2% dieters to control hypertension, and 69.3% decreased the amount of salt, fats and frying of food and 93% were non-smokers. Although 88.5% reported knowing the problems of hypertension, only 30% had participated in lectures. Regarding life quality, it was noticed that the studied population has a good life quality, it had values greater than 50 for all domains of the WHOQOL questionnaire, and the area with the highest score was the general area, followed by the psychological, social, physical and environmental domain. We also observed that a higher life quality was associated with age, delayed diagnosis, control and measurement of blood pressure, knowledge and involvement in issues related to Hypertension, no smoking and practicing regular physical activity. The results indicate poor adherence to non-pharmacological treatment for Hypertension, mainly related to regular physical activity and will contribute to daily work of the health team and enable the implementation of more effective strategies and efficient with regard to health care with the population and enable a higher life quality.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Adherence to treatment. Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Escolaridade da população estudada, Marília, 2015.....	48
Figura 2- Adesão ao tratamento não farmacológico, atividade física, Marília, 2015.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das faixas etárias segundo o sexo, Marília, 2015.....	47
Tabela 2- Carcterísticas sócio-econômicas e demográficas por sexo, Marília, 2015.....	48
Tabela 3- Características dos estilos de vida por sexo, Marília, 2015.....	50
Tabela 4- Doenças associadas por sexo, Marília, 2015.....	51
Tabela 5- Adesão à atividade física e escolaridade, Marília, 2015.....	53
Tabela 6- Atividade física e doenças associadas, Marília, 2015.....	54
Tabela 7- Dieta e doenças associadas, Marília, 2015.....	55
Tabela 8- Valor mínimo, valor máximo, média e desvio-padrão dos diferentes domínios do WHOQOL-bref, na escala de 0 – 100 de portadores de hipertensão arterial, Marília, 2015.....	55
Tabela 9- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref de usuários hipertensos, segundo faixa etária, Marília, 2015.....	56
Tabela 10- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref de usuários hipertensos, segundo tempo de hipertensão, Marília, 2015.....	56
Tabela 11- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref, segundo controle da HA, Marília, 2015.....	57
Tabela 12- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref, segundo participação em palestras, Marília, 2015.....	57
Tabela 13- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref, segundo tabagismo, Marília, 2015.....	57
Tabela 14- Atividade Física e Qualidade de Vida no domínio Geral, Marília, 2015.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF- Estratégia Saúde da Família
PA- Pressão Arterial
OPAS- Organização Pan-americana de Saúde
HA- Hipertensão Arterial
IMC- Índice de Massa Corporal
AVC- Acidente Vascular Cerebral
MS- Ministério da Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
USF- Unidade Saúde da Família
AVE- Acidente Vascular Encefálico
UBS- Unidade Básica de Saúde
PTS- Projeto Terapêutico Singular
OMS- Organização Mundial da Saúde
QV- Qualidade de Vida
SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica
NASF- Núcleo de Apoio em Saúde da Família

SUMÁRIO

1 Introdução	15
1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e sua relevância	16
1.2 Hipertensão Arterial e Saúde da Família	19
1.3 Tratamento da Hipertensão Arterial	26
1.4 Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial	30
1.5 Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida	34
2 Objetivos	36
2.1 Objetivo Geral	37
2.2 Objetivos Específicos	37
3 Casuística e Método	38
3.1 Desenho do estudo	39
3.2 Características do serviço de saúde estudado	39
3.3 Amostra	41
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	42
3.5 Instrumentos de coleta de dados	42
3.6 Organização e Análise Estatística	43
4 Considerações Éticas	44
5 Resultados	46
5.1 Caracterização Socioeconômica e Demográfica	46
5.2 Estilo de vida	48
5.3 Situação de Saúde	50
5.4 Utilização do serviço de saúde	51
5.5 Controle e conhecimento da Hipertensão Arterial	51
5.6 Adesão ao Tratamento não farmacológico para Hipertensão Arterial	52
5.6.1 Adesão à atividade física regular	53
5.6.2 Adesão à mudanças na alimentação	54
5.7 Qualidade de Vida	55
6 Discussão	59
6.1 Caracterização da população	60
6.2 Utilização dos serviços de saúde	62
6.3 Controle e conhecimento da Hipertensão Arterial	63

6.4 Adesão ao tratamento não farmacológico para Hipertensão Arterial.....	64
6.5 Adesão à atividade física regular	66
6.6 Adesão a mudanças na alimentação	67
6.7 Qualidade de Vida	67
7 Considerações Finais	70
Referências	73
Apêndices	85
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	86
Apêndice B - Questionário	87
Apêndice C - Instrumento WHOQOL, ABREVIADO.....	91

Introdução

1. Introdução

1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e sua relevância.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É considerada um dos mais relevantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Quando pensamos no critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (Pressão Arterial (PA) 140 por 90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para mais de 30%, em 2010. Entre os gêneros a prevalência é de 35,8% nos homens e 30% em mulheres. Nos dois sexos, no entanto, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos de idade ou mais (Ministério da Saúde, 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, há diversos fatores de risco para a hipertensão arterial, entre eles encontram-se a idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2000) define fatores de risco com maior amplitude. Para esta Organização, entende-se por fatores de risco o surgimento de causalidades que têm a possibilidade de interferir nos sistemas vivos, psicossociais e do ser humano em seu funcionamento, com prejuízo às condições individuais ou coletivas de saúde.

Entre os fatores de risco que o indivíduo não pode modificar, estão os denominados fatores constitucionais que incluem a idade, o sexo, a etnia, e as

características hereditárias. Os fatores de risco não modificáveis são aqueles que o indivíduo carrega consigo transmitidos de seus antepassados (ANSS, 2006).

Já os fatores de risco modificáveis ou comportamentais são aqueles que possuem a interferência do indivíduo rumo ao seu próprio adoecimento, ou seja, ao ingerir alimentos com alto teor de gordura, sendo usuário de fumo e álcool, não se exercitando, fazendo uso de uma dieta hipercalórica e mantendo-se longos períodos em ambientes que geram estresse. Nesse sentido, os fatores de risco modificáveis ou comportamentais a pessoa, através de suas atitudes poderia, paulatinamente, alterá-los para comportamentos de saúde, em direção ao seu o bem-estar (GIANNOTTI, 2002).

Portanto, a HAS considerada assassina silenciosa é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas, de controle, disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por muito tempo, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade (LESSA, 2001).

Fava et al. (2004) demonstram que a HA representa um importante problema de saúde pública e a conversão desse quadro necessita de intensificações de estudos de todas as fases e implicações da doença com busca de soluções para o problema. A HA é de alta periculosidade, pois gera lesões e comprometimentos em órgãos vitais, podendo ser agente do fator de risco mais importante para as doenças cardiovasculares em âmbito mundial (PIERIN et al., 2001).

Souza (2008) e Azevedo e Paz (2006) afirmam que a HA na raça negra possui prevalência maior que a população branca, pior evolução e complicações mais graves e frequentes. Pertencer a classes sociais mais baixas e com nível socioeconômico também baixo são aspectos que podem estar correlacionados com a HA.

O nível socioeconômico, devido às desigualdades sociais, reflete no grau de escolaridade do indivíduo. Na visão de Kalimo e Vuori (1993), esse fator é um obstáculo para a adesão ao tratamento, pois, muitas vezes, o indivíduo não compreende as recomendações fornecidas pelo médico, possuindo como consequência a descontinuidade do tratamento. O baixo poder aquisitivo também reflete na alimentação do hipertenso, pois recorrentes vezes, não conseguem obter produtos adequados para uma dieta apropriada.

Gandarillas, Câmara e Scarparo (2005) colocam em evidência um aspecto muito interessante sobre o ambiente social e econômico. Esses autores relatam que, geralmente no debate sobre a relação HA e classe menos abastada, excluem-se as características do ambiente social e econômico, pois, estes podem estar subjacentes à falta de um conhecimento profundo e global sobre como se desenvolve a doença hipertensiva. Ressaltam que é fundamental realizar estudos para identificar fatores sociais relevantes que proporcionem auxílio para maior entendimento da HA e a compreendê-la não única e puramente através do modelo médico.

Outro fator importante que influencia a HA é o tabagismo, segundo Filho (2006), ele representa um dos mais graves problemas de saúde pública, se configura como uma epidemia que não só compromete a saúde como a economia do país e ao meio ambiente. “Já está provada a relação causal entre o uso de cigarro e doenças graves como câncer de pulmão (60% dos casos), enfisema pulmonar (80%), bronquite crônica e derrame cerebral (40%) e infarto do miocárdio (25%)”. O autor acrescenta ainda que estima-se que no país morram 80.000 pessoas a cada ano devido ao tabagismo, o que representa cerca de 10 brasileiros que morrem por hora por causa do cigarro. Tornando-se assim assunto essencial quando falamos em HA.

O alimento mais relacionado com a HA é o sal. Em sociedades onde o sal é mais consumido, o número de hipertensos é mais alto. A ingestão de sal na alimentação, além de esbarrar na condição financeira, envolve sentimentos de prazer na degustação de comidas mais temperadas (Lima, Bucher e Lima, 2004). O sódio em excesso nas refeições é considerado um dos principais acusados pela alteração dos níveis pressóricos, além do cuidado com o sal, o hipertenso deve atentar para outros cuidados com sua dieta, pois o consumo indiscriminado de alimentos ricos em sódio poderão levar à ingestão de nutrientes que proporcionam respostas, às vezes, indesejáveis na PA e no sistema cardiovascular. Os alimentos “de risco”, ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os “de proteção”, ricos em fibras e potássio, são permitidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Outra questão relacionada ao agravamento da HA é o consumo de álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Evidências epidemiológicas demonstram uma consistente associação entre o consumo de álcool e a prevalência

de HA, isso, independente das variáveis: sexo, idade, atividade física, Índice de Massa Corporal, tabagismo e ingestão de sódio e considerando a quantidade de álcool ingerido e do tempo de exposição (MOREIRA e FUCHS, 2005).

A vida sedentária é, comprovadamente, outro fator de risco. A pessoa que é mais bem preparada fisicamente, que faz exercícios regularmente, tem menor chance de apresentar problemas de coração e pressão alta (FERREIRA et al., 2005). Todo indivíduo hipertenso, com algumas exceções, devem praticar exercícios diariamente; tal atitude proporcionará, em longo prazo, uma redução da pressão diastólica, com consequente queda da pressão arterial (ARAÚJO, 1999).

O maior benefício do tratamento da HA incide da melhora da qualidade de vida, na maior expectativa de vida, na potencial diminuição da incidência do AVE na menor ocorrência de eventos coronarianos e do comprometimento das funções renais e de demais órgãos vitais (POLANCZIK, 2002).

1.2 Hipertensão Arterial e Saúde da Família

Na rede pública de saúde, a porta de entrada para o portador de Hipertensão arterial é a Unidade Básica de Saúde, que está estruturada de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e substituir o modelo tradicional de assistência, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade de saúde ou no domicílio pelos profissionais da saúde que compõem as Equipes de Saúde da Família. Esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação dos problemas de saúde da comunidade e seu atendimento (BRASIL, 1993).

Em 1994 o Ministério da Saúde (MS) implantou a Estratégia Saúde da Família, com a pretensão de promover a saúde através de ações básicas. Neste sentido, o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e do Diabetes *Mellitus*, através do sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia), objetiva monitorar os pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para

aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistematizada a estes pacientes (ZAVATINI, OBRELI-NETO, CUMAN, 2010).

A ESF tem a possibilidade de reorganizar a atenção aos portadores de Hipertensão Arterial. Possui como estratégia o controle desse agravo, promovendo o seu correto diagnóstico, permitindo o cadastramento dos portadores, tratamento, prevenção das complicações, identificação de emergências, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de agravos, é dessa maneira que se propõe o acompanhamento a esses usuários (SILVA, VIEIRA, SENA, 2008).

Assim sendo, essa estratégia deve ser organizada com abordagem integral, a fim de que o cuidado seja realizado de forma efetiva. As diretrizes clínicas para o cuidado à hipertensão recomendam o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos. A atenção básica tem papel central na rede de serviços, no sentido da implementação do cuidado integral à hipertensão arterial (LIMA, et al., 2009).

No intuito de obter adesão continuada dos pacientes, o Ministério da Saúde desenvolve o programa Hiperdia desde maio de 2002, para acompanhar regularmente os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nas Unidades Saúde da Família (USF). Se estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede e a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial. São realizadas reuniões mensais, nas quais há atendimento médico, palestras e distribuição gratuita de medicamentos. Porém, estudos apontam algumas dificuldades vivenciadas pelos pacientes como: a falta de medicamentos, a falta de instruções quanto ao tratamento não medicamentoso, dieta e mudanças no estilo de vida, a demora ou não atendimento dos pacientes e a inadequação da relação profissional de saúde-paciente (GOMES, SILVA, SANTOS, 2010).

Além disso, há diferenças significativas entre o modelo antigo de atenção à saúde, que ainda é encontrado e o atual. Em um estudo, foram evidenciadas diferenças entre os hipertensos de um grupo da ESF e do programa tradicional relativas a fatores biossociais, características da doença, hábitos de vida, exames laboratoriais, doenças associadas e tipos de atendimentos. A pressão arterial quando comparada à média de tempo em relação às reduções de níveis pressóricos

significativas entre as pressões iniciais e finais e entre os grupos, observou-se que ambos os grupos apresentam redução entre as pressões iniciais e finais, porém, os hipertensos da ESF foram os únicos em que a redução foi significativa e em menor tempo que os pacientes do programa tradicional. Esses fatos apontam para a necessidade de melhor integração multidisciplinar, melhora na organização das funções e atividades dos profissionais da ESF com o programa tradicional, e a promoção de atividades com os hipertensos para promover uma melhor adesão ao tratamento, melhorando o controle da hipertensão e prevenindo complicações que comprometem a saúde dos hipertensos (MANO; PIERIN, 2005).

A maioria dos estudos realizados com essa temática, apresenta o modelo de atenção à saúde priorizada pelo ministério da saúde atualmente, baseado na ESF. Diversos estudos, além disso, caracterizam os portadores de hipertensão. Em um estudo realizado em Fortaleza-CE, houve a caracterização de 601 portadores de hipertensão arterial acompanhados por uma unidade saúde da família, sendo que a idade predominante foi entre 50 e 69 anos e 71,27% do sexo feminino. Quanto às complicações encontradas, evidenciou-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE), sobre o estilo de vida adotado, houve um total de 61,80% de sedentários e 11,48% de tabagismo. E com relação às medicações utilizadas, encontrou-se captopril e glibenclamida (MOREIRA, et al., 2009).

Em estudo semelhante realizado em Alfenas-MG, com um total de 359 portadores de hipertensão arterial, encontrou-se predomínio do sexo feminino, casadas, com renda familiar de até três salários mínimos, baixo grau de escolaridade, portadoras de obesidade e submetidas ao tratamento predominantemente farmacológico (FRANCELI; FIGUEIREDO; FAVA, 2008).

Um estudo realizado em Vitória-ES, com uma amostra de 334 hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde da família, obteve 64,1% de mulheres e 35,9% de homens. Quanto à etnia, observou-se 44,4% de brancos, 19,2% de negros, 33,6% de pardos e 2,7% de indígenas. Já relacionado ao estado civil, notou-se 53,3% casados, 9,3% separados, 12,6% solteiros e 21,0% viúvos (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009).

Diferenciando-se dos demais, em um estudo realizado em Poços de Caldas-MG, a distribuição da população hipertensa foi equivalente entre os sexos, com predominância de indivíduos na idade adulta, taxa de nascimento em queda e envelhecimento populacional. O aumento no número de visitas domiciliares

apresentou significância se comparado às taxas de incidência, prevalência e hospitalização de Hipertensão arterial (JORGETTO; FREITAS; JORGETTO, 2010).

O perfil dos portadores de hipertensão arterial, em diversos estudos, demonstra uma grande complexidade, predominantemente de idosos, em sua maioria mulheres, com o 1º grau de escolaridade, com doenças associadas e que podem vir a desenvolver e/ou agravar doenças cardiovasculares. Assim sendo, há a necessidade de investimentos em educação para a população em grupos informais quanto ao conhecimento dessas doenças, especialmente a HA, suas causas, fatores de risco, tratamento e agravos, como preconizadas nas diretrizes das ESFs, sendo que essa compreensão poderá facilitar a motivação na observância ao tratamento. Esse processo educativo deve ser realizado periodicamente e não somente no dia de grupos, mas nas visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem (CARLOS, et al., 2008).

Machado e Car (2007) apresentam a dialética do modo de vida dos usuários portadores de hipertensão arterial, se constituindo realidade propícia à alienação (ora apresentam-se acríticos, ora com atitude fanática). Sem possibilidades de mobilidade social que permitisse aos usuários, o desenvolvimento de suas individualidades, talvez, ao se afastarem de suas cotidianidades, existisse a possibilidade dos mesmos serem despertados para suas potencialidades e escolhê-las. De acordo com o autor, o indivíduo não muda o mundo, mas pode mudar a sua posição diante do mundo.

Por ser a hipertensão arterial uma enfermidade crônica para a qual não existe cura, mas com a possibilidade de prevenção e de controle efetivo, a adoção de medidas e ações adequadas de vigilância à saúde pelas ESF's podem reduzir o impacto socioeconômico provocados por este agravo e contribuir para a melhoria na qualidade de vida da população (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Dessa forma, a ESF pode ser muito efetiva no tocante ao acompanhamento de portadores de Hipertensão, promovendo uma abordagem integral, baseada na prevenção e promoção da saúde. Assim, o MS propõe o Hiperdia para o acompanhamento dos hipertensos na ESF, porém, nota-se, dificuldades vivenciadas nesse contexto, como falta de medicações, faltam orientações adequadas principalmente com relação ao tratamento não farmacológico, demora no atendimento e certo descompromisso dos profissionais com os pacientes (ausência de vínculo).

É de fundamental importância que as Unidades de Saúde caracterizem seus pacientes, os conheçam a fim de realizarem um trabalho voltado diretamente a estes. É essencial que haja investimentos tanto por parte da gestão local, quanto dos profissionais envolvidos com o cuidado em saúde, para a educação da população, não se baseando simplesmente em grupos, mas também visitas domiciliares e atendimentos.

Pensando na ESF e no acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial, é de grande importância, que concomitante à terapêutica para o controle da hipertensão arterial, os indivíduos adotem um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que componham fatores de risco para a doença. Todavia, no acompanhamento à saúde dos pacientes, é grande a dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessária, constitui uma decisão pessoal (BRITO et al., 2008).

Segundo Silveira e Ribeiro (2005), a palavra adesão vem do latim *adhaesione*, e significa junção, união aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio, pressupondo relação e vínculo. É um processo que envolve diversos fatores, sendo uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. É muito importante que haja o vínculo entre o profissional e o paciente, para que ocorra uma estruturação e consolidação do processo de adesão ao tratamento.

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada (PERES; MAGNA; VIANA, 2003).

Há a necessidade de incentivar aos pacientes um aumento na afinidade e proximidade com os profissionais da unidade de saúde. As relações interpessoais com todos os membros da equipe é um dos fatores a propiciar aumento na adesão ao tratamento da hipertensão. O cuidar deve estar direcionado a uma forma integral, sistêmica e interativa (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Gomes, Silva e Santos (2010) mencionam que a participação ativa do paciente no seu tratamento é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. Para que haja esse engajamento, é importante que haja vínculo suficiente entre a equipe de saúde e paciente. Nos hospitais públicos brasileiros (serviços terciários) e em muitos centros de especialidade

(atenção secundária), os pacientes acabam ficando vinculados ao serviço, e não a um profissional de saúde específico. Esse cenário tem mudado com o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Por meio dessa abordagem, não só o paciente, mas toda a família e a comunidade estão vinculadas a uma equipe de saúde específica.

Os recursos humanos vinculados à ESF geralmente, apresentam uma inadequada qualificação dirigida à atenção ao hipertenso. Muitos profissionais que trabalham na atenção básica realizam especialização na área, porém poucos realizam capacitação específica na atenção ao hipertenso. Destaca-se ainda o fato de os profissionais de nível médio (auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) não receberem capacitação específica necessária para sua atuação no manejo e cuidado aos portadores de hipertensão (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Um estudo realizado em duas UBS's de Juiz de Fora-MG, utilizou-se do fluxograma descritor, permitindo uma representação gráfica do processamento do trabalho centrado nos caminhos percorridos pelos usuários. Percebeu-se durante o processo de realização do fluxograma, através das falas e silêncios dos profissionais, a centralidade da figura do médico no desenvolvimento do processo de cuidado ao hipertenso. Não foi percebido o envolvimento dos demais profissionais, buscando a construção coletiva dos projetos terapêuticos dos usuários cadastrados nas UBS's. Esta constatação talvez possa revelar uma desconsideração dos vários fatores, não diretamente biológicos, mas que estão ligados à hipertensão, como, por exemplo, problemas familiares, nos ambientes de trabalho, que podem desencadear doenças no aparelho circulatório (CASTRO et al., 2009).

Alves e Nunes (2006) analisaram consultas médicas a pacientes hipertensos, identificou-se uma abordagem que se distingue do modelo de educação em saúde hegemônico. A condução das consultas por um dos profissionais privilegiou o desenvolvimento da autonomia dos pacientes, ampliando a sua compreensão do problema e reflexão quanto a uma intervenção sobre a realidade que o contextualiza e determina. Esta é uma abordagem que assume, como ponto de partida, o indivíduo, não a sua doença. O objetivo final da ação médica não está na remissão dos sintomas, mas na promoção do cuidado com a saúde e outras dimensões da vida, a exemplo da geração de renda. Evidentemente que esse profissional assume

uma postura que propicia uma relação dialógica, ao acreditar no potencial criativo de seus pacientes-sujeitos.

Em investigação realizada em Pau dos Ferros/RN evidenciou-se que o cuidado de saúde aos hipertensos ainda encontra-se distante do sentido de encontro dialógico entre profissionais e usuários dos serviços básicos. O estudo aponta que os enfermeiros se sentem desmotivados para práticas educativas com este grupo, pois julgam que os usuários não assumem de forma responsável as mudanças requeridas em seus estilos de vida. Outra questão importante que emergiu no estudo refere-se à sensação de desamparo dos enfermeiros diante das demandas e necessidades colocadas pelos usuários e pela gestão municipal da rede de saúde local. O profissional se sente impotente diante da falta de recursos e dificuldades para vencerem os desafios postos pela lógica do atendimento centrado na medicalização e na atenção curativa individualizada (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

Este modo de cuidar presente em Pau dos Ferros não evidencia o encontro terapêutico, pois, mesmo que os enfermeiros e usuários compartilhem do mesmo cuidado de saúde na hipertensão arterial, estes vivenciam seus saberes e práticas em hemisférios distintos. Ao dialogar, profissionais de saúde e usuários poderão escolher construir pontes ao invés de muros, pois têm por atribuição colaborar com o tratamento mais apropriado à situação vivenciada pela pessoa com HAS valorizando-se a dimensão humana, ética, política, social e familiar que é presente no conceito ampliado de saúde (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

A mudança de hábitos praticados durante toda a vida é uma atitude de difícil aceitação, por isso é necessário que os profissionais de saúde escolham a melhor forma de abordar estes usuários para que as orientações referentes à educação em saúde sejam colocadas em prática, a maioria dos hipertensos tem consciência dos hábitos inadequados que possuem, porém sentem-se desencorajados a realizar mudanças devido ao caráter crônico da doença. Cabe ao profissional de saúde que faz o acompanhamento do portador de doença crônica estimulá-lo a encontrar alternativas para superar as dificuldades do tratamento. A visita mensal proporciona maior proximidade com o usuário e sua família, demonstrando um grau de comprometimento maior com a adesão às mudanças (MANTOVANI; MOTTIN; RODRIGUES, 2007).

É importante que a equipe envolvida com o cuidado ao hipertenso realize ações e estratégias para abordar cada indivíduo portador de hipertensão arterial respeitando suas peculiaridades e caracterizar os pacientes adscritos permitindo verificar a existência de fatores que podem interferir de maneira negativa na adesão aos tratamentos prescritos (idade avançada, baixa escolaridade e número elevado de morbididades), a fim de serem planejadas intervenções mais eficazes. Outro fator a ser considerado é a influência da família no tratamento dos pacientes, sendo importante que a equipe de saúde desenvolva vínculo com a família do paciente. Pois, esta poderá auxiliar na adesão dos pacientes aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, bem como nos momentos de dúvidas e angústias de seus familiares (ZAVATINI; OBRELI-NETO; CUMAN, 2010).

1.3 Tratamento da Hipertensão Arterial

O objetivo principal do tratamento da Hipertensão Arterial é a diminuição da morbidade e mortalidade cardiovasculares dos pacientes que possuem hipertensão, para esse fim, utiliza-se tanto medidas não-farmacológicas isoladas ou associadas com a medicação. O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998) recomenda que o tratamento do paciente hipertenso deva ser instituído quando os níveis de pressão arterial são iguais ou superiores a 140 por 90 mmHg.

Existem vários fatores que influenciam o tratamento da HAS: relacionados ao paciente como sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico; relacionado à doença, como a cronicidade, a ausência de sintomas e as consequências tardias; relacionado às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais; ao tratamento englobado à qualidade de vida; à instituição no acesso ao serviço de saúde e ao relacionamento com a equipe de saúde (LIMA; GAZETA, 2007).

Diversos estudos demonstram a eficácia da atuação da Saúde da Família no tocante à hipertensão arterial. Um estudo realizado em Salvador- Bahia atesta tal eficácia pela redução estatisticamente significativa na pressão arterial de portadores de hipertensão e o aumento de 97,2% na normalização da pressão arterial de 28,9% para 57,0%, mostrando assim, o quanto esse programa pode ser eficiente. Para isso ser garantido de forma mais efetiva, é fundamental a reorganização do cuidado

primário fundamentada na integração de uma equipe multiprofissional, com competências definidas (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Em estudo realizado em Vitória- ES, avaliou-se a eficácia do tratamento da hipertensão na redução do risco cardiovascular global em 252 pacientes vinculados ao Programa de Hipertensão da ESF. O tratamento utilizado na unidade foi baseado em consultas médicas, consultas de enfermagem, orientações quanto à natureza da doença, tratamento farmacológico e não-farmacológico. Ao final do estudo identificou-se que houve sucesso no tratamento de mais da metade dos indivíduos. O tratamento da hipertensão reduziu em aproximadamente 15% a probabilidade de eventos coronarianos agudos em 10 anos (LEMOS et al., 2006).

O tratamento da hipertensão arterial pode ocorrer através do uso contínuo de medicamentos, sendo que muitas vezes, o acesso aos mesmos se dá pela compra destes, acarretando altos gastos para os indivíduos, comprometendo, inclusive, necessidades básicas. Esse aspecto aponta para uma importante limitação de programas como o Hiperdia. O acesso total aos medicamentos de uso contínuo, de acordo com estudo realizado é menor na Região Nordeste, independentemente do grupo etário. Este achado é preocupante, pois demonstra iniquidade no acesso a medicamentos, considerando que a maioria da população avaliada nessa região pertence aos estratos econômicos D e E, dependendo basicamente, portanto, do setor público para a obtenção de medicamentos (PANIZ et al., 2008).

Muitas vezes, deste modo, o tratamento das doenças é basicamente realizado com uso de medicamentos, e poucas pessoas praticam atividades físicas. Além disso, é fortemente presente as inadequações nos hábitos alimentares como o elevado consumo *per capita* diário de sal, açúcar e óleo. Esses fatores de risco, se não controlados, podem aumentar a predisposição dos pacientes às doenças cardiovasculares, aumentando os custos para o sistema sanitário e diminuindo os anos de vida com qualidade para os indivíduos acometidos por esta enfermidade. Há a necessidade, portanto, de uma intervenção via interação interprofissional que favoreça a mudança de hábitos e estilos de vida ligados à alimentação e nutrição, importantes na promoção da saúde e prevenção de complicações tanto para os portadores de hipertensão e/ou diabetes como para a população em geral que é usuária da ESF (COTTA et al., 2009).

É importante que o paciente seja estimulado a refletir sobre sua patologia e perceber as implicações da mesma em sua vida. A hipertensão arterial, para o

indivíduo que a possui, pode significar perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e no prazer. Essas perdas podem levar, ao desânimo, à tristeza, à depressão e à frustração. Não é suficiente estabelecer soluções para os usuários com hipertensão através da transmissão de informações em grupos operativos. É necessário que a Equipe saúde da família aproxime-se desses usuários para compreender-lhes os sentimentos, as emoções e percepções, estabelecendo vínculos afetivos/efetivos e estabeleça relação entre esses conhecimentos e o saber científico (SILVA; VIEIRA; SENA, 2008).

Outro fator fundamental no tratamento aos portadores de Hipertensão é a participação da família. Em estudo realizado com familiares de hipertensos evidenciou-se que a maioria que se destacava no cuidado eram filhos e cônjuges, na faixa etária de 40 a 49 anos. Com relação ao saber sobre a HAS e seu tratamento, constatou-se que era elementar, ou seja, eles apresentaram algumas noções sobre a doença e o tratamento. Informaram o uso excessivo de sal, gordura animal e de álcool como fatores de risco para a HAS; e associaram como complicações o infarto agudo do miocárdio, AVE e miocardiopatia dilatada. Todavia, admitiu-se a cefaleia como uma manifestação clínica clássica da HAS. Como condutas terapêuticas, indicaram somente o uso regular do medicamento, redução do sal e abstenção de gordura. Contudo, em relação ao tratamento medicamentoso, a maioria conhecia o tipo de droga e sabia o número de tomadas, porém ignorava os efeitos terapêuticos e adversos da droga. Assim sendo, há a necessidade de (re)planejamento de estratégias educativas em saúde com vistas a capacitar não somente os usuários hipertensos, mas também os familiares no controle da HAS, resgatando o saber dessas pessoas, bem como, valorizando a sua cultura (SARAIVA et al., 2007).

A Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública e os serviços de saúde locais devem dar atenção especial a essa doença, com ênfase em ações de detecção e controle dos casos. Em relação às campanhas e aos grupos de apoio ao hipertenso, é necessário enfatizar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e às consultas de acompanhamento, além de incentivar programas que promovam a prática de atividades físicas e o controle do peso (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007).

Evidencia-se assim, que a ESF, com relação ao tratamento direto aos portadores de Hipertensão, pode melhorar os níveis pressóricos, diminuir o risco cardiovascular e diminuir a probabilidade de eventos coronarianos. Isso, se realizar

o tratamento baseado em consultas, orientações, uso de medicamentos de forma adequada, prática regular de atividade física, controle da alimentação, estresse, entre outros. Além disso, é importante estimular os pacientes a refletirem sobre a doença e aos profissionais compreenderem os pacientes, estabelecer vínculo e estimular a participação da família nesse processo (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

O tratamento não-farmacológico, permite que o paciente participe ativamente no seu tratamento. Sabe-se que a redução do peso, a restrição no consumo de sal, redução no consumo de bebidas alcoólicas, prática regular de atividade física entre outras modificações, podem reduzir pressão arterial e melhorar a eficácia do tratamento com medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O controle da HA, como citado, é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como mudanças na alimentação e realização regular de atividade física. No entanto, uma grande parcela dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar uma doença que, na maioria das vezes, não se manifesta com sintomas (GIROTTI, et al, 2013).

É considerado tratamento não farmacológico anti-hipertensivo: o controle de peso, pois estima-se que 20 a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença de excesso de peso; a adoção de hábitos alimentares saudáveis, sendo que uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão em indivíduos hipertensos; a redução do consumo de bebidas alcoólicas recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/ dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres; o abandono do tabagismo e a prática de atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. A atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (cinco dias) de forma contínua ou acumulada (BRASIL, 2006).

1.4 Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial

Segundo Girotto et al. (2013), poucos são os estudos, especialmente no Brasil, a respeito da adesão ao tratamento da hipertensão e dos fatores associados a essa adesão. Alguns autores ao analisarem artigos publicados de 1991 a 1995 encontraram somente um publicado em periódico do Brasil e dois na América Latina sobre o assunto. Em busca realizada nas fontes Lilacs e Medline, foram encontrados, desde 1996 a 2008, somente oito artigos acerca da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em periódicos brasileiros, sendo dois qualitativos.

A adesão ao tratamento da hipertensão é um problema encontrado constantemente nas unidades saúde da família. Para a melhoria no processo de adesão ao tratamento é importante a implementação de processos educativos que atendam às necessidades dos sujeitos, as orientações para uso de temperos alternativos visando à redução do sal, a inserção do usuário em programas para redução do consumo de bebidas alcoólicas e o abandono do tabagismo, o acompanhamento pela família e pelos profissionais de saúde quanto aos medicamentos, visando maior conscientização e interesse pelo autocuidado (FRANCELI; FIGUEIREDO; FAVA, 2008).

Em estudo realizado com 22 pacientes do programa de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-Ceará, identificaram-se fatores que afetavam diretamente a não adesão ao tratamento dos mesmos, como consumo exagerado de sal e gordura na alimentação, tabagismo, etilismo, ausência de prática regular de atividade física, estresse, uso inadequado de fármacos prescritos, ausência nas consultas agendadas, sobrepeso e valores da pressão arterial elevados. O cuidado desenvolvido no estudo permitiu a implementação do modelo de atenção ao paciente através de sua participação individual, interpessoal e familiar. Resultando assim, em melhorias nos comportamentos de adesão supracitados (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

A falta de adesão ao programa da hipertensão arterial sempre deve ser motivo de atenção e preocupação dos profissionais de saúde. Um estudo realizado em Presidente Venceslau-SP, com 36 portadores de hipertensão, constatou que um fator importante relacionado a pouca adesão ao tratamento é a falta de conhecimento do significado da hipertensão arterial, sua condição crônica e seus

riscos de complicações quando não tratada. Todos os indivíduos participantes do estudo demonstraram certa limitação em entender o processo saúde-doença da hipertensão arterial, influenciando assim, na adesão ao tratamento (CONTIERO et al., 2009).

É necessário que se crie ambientes que favoreçam a participação efetiva e consciente dos portadores de hipertensão no processo de trabalho e no plano de cuidado dos profissionais de saúde. É fundamental oferecer espaços para a expressão de seus sentimentos, atitudes e percepções, locais onde possam compartilhar suas percepções com seus semelhantes, acreditando no futuro (SILVA; VIEIRA; SENA, 2008).

O trabalho em grupos possui muitas limitações, principalmente referente às barreiras técnicas e teóricas do profissional que coordena o grupo. Apesar das limitações o trabalho com grupos, tornou-se cultural nas unidades de saúde da família. As equipes de saúde devem ser continuamente preparadas para responder aos desafios modernos, especialmente as questões emergentes de vida diária, desenvolvendo uma roda social que responda aos anseios dos pacientes além do paradigma da doença (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2008).

Em estudo avaliativo, foram selecionados 66 municípios de pequeno porte de Santa Catarina, cujo modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) era a ESF para toda a população. Dos 66 municípios, 25 (37,8%) foram eficientes na produção de serviços relacionados à HAS e 41, ineficientes (62,2%). Dentre os municípios, 41 foram ineficientes para a produção dos três tipos de serviços: vinculação do usuário, atendimento individual e visita domiciliar (RABETTI; FREITAS, 2011).

Outro estudo avaliativo realizado em Francisco Morato- SP mostra que o índice de satisfação dos usuários é positivo, apesar de queixas de falta de medicamento. Ao aferir se os procedimentos básicos de consulta, recomendados pelos consensos brasileiros de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, eram executados, percebeu-se que a questão da qualidade da assistência à saúde merece maior atenção. Apenas sete (10,9%) dos 64 usuários da ESF souberam reconhecer ou reconheceram que os procedimentos recomendados para um bom exame físico foram adotados em, pelo menos, uma consulta, e 16 (25%) deles tiveram sua anamnese incompleta (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

No que se refere às ações de prevenção, estas são consideradas atividades estratégicas prioritárias da ESF e atribuição de todos os membros que integram a

equipe de Saúde da Família. Apesar desse fato, o componente, ações preventivas, em estudo realizado em Recife- PE obteve um grau de implantação insatisfatório. Embora todas as ESF estudadas realizassem algum tipo de ação educativa, as atividades individuais predominaram em detrimento das atividades coletivas, ocorrendo uma baixa adesão das equipes às ações preventivas destinadas à população em geral (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Outro problema comumente encontrado é o cuidado centrado na doença, pautando-se pelo enfoque individual e medicalizador, com pouca penetração das atividades de educação em saúde no cotidiano das práticas sanitárias. No Amazonas, a proximidade da equipe (ou de parte dela, como o programa agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde) com a comunidade permitia que o conhecimento da realidade social fosse acessível a alguns profissionais, sobretudo agentes comunitários de saúde e enfermeiros, ainda que os médicos o desvalorizassem. Tal conhecimento gerava, por vezes, sentimentos de angústia e impotência, mas não se observou a produção de estratégias que propiciassem a incorporação das informações sobre as condições de vida nos processos de trabalho desenvolvidos nas unidades (SOUZA; GARNELO, 2008).

Importante considerar que o Cuidado, de acordo com Merhy e Franco (2003), se realiza/ materializa na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Este seria o conjunto de atos assistenciais pensados que devem ser encaminhados para resolver um problema de saúde e que são estruturados para produzir cuidado ao usuário. O Projeto Terapêutico só existe enquanto idealizado e programado mentalmente pelos profissionais, e toma materialidade quando executado por ações centradas no usuário “portador de problemas de saúde”, transformando-se em atos concretos assistenciais (CASTRO et al., 2009).

Podemos considerar também, as tecnologias de trabalho em saúde apresentam-se numa concepção ampliada, a partir do conceito proposto por Merhy, em tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas que remetem a relações entre sujeitos, estabelecidas no trabalho vivo em ato, ou seja, no momento em que o trabalho está sendo produzido. As tecnologias leve-duras referem-se à aplicação de conhecimentos e saberes constituídos e ao modo singular como cada profissional aplica este conhecimento para produzir o cuidado. Já as tecnologias duras compreendem aquelas inscritas nos instrumentos, estruturadas para elaborar certos produtos em saúde (FERNADES; SILVA; SOARES, 2011).

Assim, a tecnologia deve trazer consigo algo que seja interessante e atrativo para maior efetividade do cuidado na perspectiva de grupo. Ao mesmo tempo, deve facilitar a escuta, o acolhimento, a integração e o vínculo, considerando crenças e valores e a disseminação do conhecimento bilateral de culturas e do cuidar. Quando os sujeitos envolvidos desenvolvem autonomia, é possível que, depois de todo esse processo, reconheçam sua cultura, saberes, práticas de cuidado, assim como a cultura e o conhecimento profissional, possibilitando escolhas de modo mais consciente, pela melhor forma de se cuidar, o que se observa ser a proposta implícita desses grupos de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial, ainda não desvelada pelos atores envolvidos (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011). Embora, a falta de adesão ao tratamento seja um problema fortemente identificado no cuidado aos portadores de Hipertensão, e motivo de grande preocupação e atenção dos profissionais envolvidos, há possibilidade de se realizar um trabalho eficaz, baseado na participação ativa dos pacientes, promovendo espaços abertos para reflexões, posicionamentos, exposição de sentimentos, ou seja, proporcionando significado e vencendo a barreira da não adesão (SILVA; VIEIRA; SENA, 2008).

No Brasil, alguns estudos identificaram taxas elevadas de não adesão ao tratamento da hipertensão. Lessa e Fonseca (1997), investigando 200 hipertensos atendidos em ambulatório de HA de Salvador, entre 1994 e 1995, detectaram 58,5% dos pacientes sem adesão ao tratamento. Além disso, em um estudo transversal realizado com 945 pacientes hipertensos atendidos em ambulatório de hipertensão arterial de Porto Alegre demonstrou uma taxa de abandono do acompanhamento de 56,0%, sendo esta maior entre fumantes, com menor escolaridade, menor tempo de diagnóstico da hipertensão e usuários de bebidas alcoólicas, com resultados estatisticamente significativos (BUSNELLO et al., 2001).

A não adesão de hipertensos ao tratamento constitui um grande desafio para os profissionais que os acompanham. Vários fatores estão associados à não adesão ao tratamento: características dos pacientes (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); aspectos relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas); crenças, hábitos culturais e de vida, percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, auto-estima; aspectos relacionados ao tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); a

organização dos serviços de atenção ao paciente hipertenso (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e as relações estabelecidas com as equipes de saúde (acolhimento e vínculo) (SANTOS et al., 2005).

1.5 Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é 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. Dessa forma, a percepção que o paciente possui da doença influenciará na sua qualidade de vida interferindo em suas condições de saúde e em outros aspectos gerais da vida pessoal (OMS, 1996).

As experiências clínicas e as transformações comportamentais dos indivíduos em face de tratamentos específicos propiciaram a criação de medidas na avaliação de respostas do perfil de saúde dos pacientes. Concomitantes a esse fato surgiram propostas de avaliação da qualidade de vida obtidas por instrumentos ou escalas (BRITO et al., 2008).

Um desses instrumentos de medida é o WHOQOL-bref que consta de 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100, que proporciona uma avaliação detalhada das 24 facetas que o compõem, o WHOQOL-100 pode tornar-se muito extenso para algumas aplicações; por exemplo, em grandes estudos epidemiológicos em que a avaliação de qualidade de vida é apenas uma das variáveis em estudo. A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL- 100, o WHOQOL-bref (FLECK, 2000).

Nota-se assim, algo que pode contribuir de forma extremamente positiva no cuidado aos portadores de Hipertensão Arterial, o vínculo do paciente com a equipe de saúde, não simplesmente um determinado profissional. Deve ser estimulado o aumento na afinidade e proximidade com os mesmos, pois assim poderá haver um

aumento inclusive na adesão ao tratamento. É importante que a equipe seja estimulada a trabalhar de forma inter e multidisciplinar, que o cuidado não esteja centrado apenas no médico. Outro fator fundamental é que os profissionais possam receber capacitação adequada de forma contínua para o trabalho com os portadores de Hipertensão Arterial, pois assim, além de estimular e valorizar os profissionais, a atenção poderá ser realizada de forma mais eficiente.

Considerando-se a relação dos fatores da não adesão de hipertensos ao tratamento e a importância desse a fim de aumentar a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes, o presente estudo tem como objetivo verificar se informações demográficas, questões socioeconômicas, de saúde, percepção da doença e suporte social estão associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados em uma Unidade Saúde da Família do Município de Marília. Além de verificar o nível de qualidade de vida da população. Os resultados poderão contribuir com o trabalho cotidiano da equipe, possibilitando o estabelecimento de estratégias mais eficientes, eficazes e efetivas, no enfrentamento desta problemática no território de saúde.

Objetivos

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Identificar as características relacionadas à adesão ao tratamento não farmacológico e avaliar o nível de qualidade de vida em pacientes hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Marília, São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população hipertensa através de variáveis como sexo, etnia, escolaridade, situação de trabalho.
- Identificar fatores associados à hipertensão como: sintomatologia e uso do medicamento.
- Caracterizar hábitos de vida (nível de conhecimento e motivação com o tratamento), além de apoio da USF.
- Identificar a adesão ao tratamento não farmacológico proposto para a HAS.
- Identificar o nível de qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial e ver associações com os hábitos de vida dos Hipertensos.

Casuística e Métodos

3. Casuística e Método

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, correlacional para avaliar adesão ao tratamento não farmacológico e a qualidade de vida, assim como os fatores associados com os mesmos. Os pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, cadastrados na Unidade Saúde da Família Santa Augusta no Município de Marília, SP foram selecionados aleatoriamente.

3.2 Características do serviço de saúde estudado

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial foi criada em 1994, e possibilita a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, e estão localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 1993).

Assim sendo, a ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005).

O presente estudo foi realizado na cidade de Marília-SP. Há no município 216.745 habitantes, com taxa de urbanização de 95,84%. Possui sua economia voltada para a indústria alimentícia, com um total de 50 indústrias nesse setor.

Marília, localiza-se na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, o processo de municipalização da saúde nesse município iniciou-se em 1988, e dez anos após, o Município de Marília assumiu a gestão plena do sistema de saúde

municipal. Assim, em 1998, o município era responsável pelo processo de gestão de todo o sistema municipal de saúde, compreendendo além da rede básica de saúde e das ações de saúde coletiva, todo o processo de organização e regulação dos demais níveis de atenção à saúde. A ESF foi implantada no município em 1998, desde então à Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS) vem empreendendo esforços na consolidação desse modelo. (OLIVEIRA, 2001).

Atualmente, a cidade de Marília conta com 45 Unidades de Atenção Básica, sendo 33 Estratégias Saúde da Família e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS). As equipes são responsáveis pelo atendimento de pouco menos de 50% da população. Cada uma é formada por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de escrita e auxiliar de serviços gerais.

As Unidades de Saúde da Família do município, em geral, cumprem com os requisitos necessários à sua implantação, como preconiza o Ministério da Saúde, as agendas se organizam em torno da demanda espontânea, com consultas marcadas com médico, dentista e enfermeiro, com visitas domiciliares aos usuários incapacitados e atividades grupais. Essas unidades são instaladas em áreas onde a população apresenta maior carência socioeconômica, atendendo aproximadamente 96.000 pessoas, o que representa por volta 44% da população de Marília (MARIN, et al, 2012).

O estudo foi realizado na Unidade Saúde da Família (USF) Santa Augusta, localizada na Zona Sul da cidade de Marília, a Unidade, atende cerca de 3.400 pessoas. A área de abrangência é dividida em quatro microáreas e conta com um agente comunitário de saúde (ACS) por microárea.

Quanto aos recursos humanos, há um médico, uma enfermeira, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, dois auxiliares de enfermagem, quatro ACS e um auxiliar de serviços gerais. Além deles, uma assistente social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta atuam na unidade uma vez por semana, através do apoio do NASF (Núcleo de Apoio em Saúde da Família).

Além do atendimento individualizado, a unidade entrega resultados de exames preventivo do câncer de cólon do útero e desenvolve atividades com grupos de hipertensos e diabéticos e de artesanato, futebol, caminhada, orientação alimentar e grupos de gestantes.

Os principais problemas apontados em reuniões com a comunidade referem-se a: necessidade de orientações sobre ações preventivas de situações específicas

(dengue, leishmaniose, câncer de colo uterino, doenças sexualmente transmissíveis), necessidade de esclarecimentos sobre serviços comunitários; demora de encaminhamentos para especialistas; falta de medicamentos; lixo acumulado no bairro.

3.3 Amostra

A população do estudo foi composta por 245 portadores de hipertensão arterial, assistidos pela USF Santa Augusta, no município de Marília, São Paulo. Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a seguinte fórmula, segundo a literatura (WEYNE, 2004):

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 p \cdot q}$$

Estabelecendo:

n= Tamanho da amostra.

Z_{α} = 1,96. Ponto da curva normal correspondente ao Nível de confiança escolhido (95%).

p= 50% de acordo com a literatura (BARBOSA, LIMA, 2006). Percentagem com a qual o fenômeno se verifica.

q= Percentagem complementar 100-p.

N= 691 hipertensos. Tamanho da população. A relação desses hipertensos foi obtida através da Ficha de atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde.

e= 5%. Erro máximo permitido.

Temos que n= 245

A aplicação do questionário estruturado foi realizado pela pesquisadora em visitas domiciliares após a seleção aleatória dos pacientes.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- Pacientes de ambos os gêneros, acima de 18 anos, que estiveram de acordo com o consentimento livre e esclarecido e que possuíam diagnóstico de hipertensão arterial (APÊNDICE A);
- Ser capaz de compreender, verbalizar e responder às questões;
- Concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram:

- Não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Não contribuir com a entrevistadora na coleta das informações ou se recusar a participar da pesquisa.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

A avaliação da adesão ao tratamento não farmacológico foi realizada por meio de um questionário desenvolvido com informações relevantes como: dados pessoais, informações sobre a HA (medicação, controle, atividade física, dieta, estilo de vida, situação de saúde, acesso aos serviços de saúde, dados sócio-econômicos e demográficos (APÊNDICE B).

A qualidade de vida dos hipertensos em estudo foi avaliada por meio do instrumento genérico de Qualidade de Vida (QV) -WHOQOL-bref. Para os cálculos do escores médios, as facetas (questões) foram divididas de acordo com os respectivos domínios: físico (03, 04, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (05, 06, 07, 11, 19, 26), relações sociais (20, 21, 22), e meio ambiente (08, 09, 12, 13, 14, 23, 24 e 25); além de duas questões de qualidade de vida geral (1 e 2) (APÊNDICE C) (FLECK, 2000).

3.6 Organização e Análise Estatística

Os dados foram organizados e verificados em planilha no Excel, os dados coletados através dos instrumentos/questionários foram consolidados e analisados através do programa STATA e apresentados por meio de tabelas e gráficos. Para as hipóteses de não adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico e cada uma das variáveis estudadas, levantadas a partir da análise dos dados coletados, foram submetidos a tratamento estatístico utilizando-se o teste exato de Fisher e qui-quadrado. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valor de $p < 0,05$, ou seja, nível de significância de 5,0%.

Para a comparação entre duas amostras independentes (indivíduos que possuem adesão ao tratamento versus indivíduos que não possuem adesão ao tratamento e associações com a qualidade de vida foram utilizados os testes de Mann-whitney e Kruskal Wallis.

Considerações Éticas

4. Considerações Éticas

Todos os pacientes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, a importância das atividades desenvolvidas, bem como dos possíveis desfechos.

Foi recolhido de cada paciente o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), devidamente assinado, sendo os mesmos declarantes de conhecimento total ao teor do estudo, garantindo o sigilo da identidade dos pacientes.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP, sob parecer de número 497.268 de 21/11/2013.

Resultados

5. Resultados

5.1 Caracterização Socioeconômica e Demográfica

Neste item serão apresentados dados referentes às características da amostra estudada. Tais como idade, sexo, etnia, estado civil, ocupação, escolaridade e renda familiar.

Fizeram parte do estudo 245 portadores de hipertensão arterial, sendo 148 (60,4%) do sexo feminino, 134 (54,7%) brancos, com idade média de 64,9 anos (desvio padrão de 11,2 anos), na faixa etária entre 50 e 69 anos (60,8%), a distribuição das diversas faixas etárias pode ser vista na Tabela 1, na qual verificou-se que a maior proporção de homens estava na faixa etária de 60 a 69 anos e, de mulheres entre 50 e 59 anos.

Segundo a escolaridade dos entrevistados, a maioria 44,5% relatou estudo até a 4ª série e 21% nunca frequentaram a escola (Figura 1). Comparando-se com o sexo 47,3% das mulheres tinham até a 4ª série e 40,2% dos homens mostraram-se com essa mesma escolaridade.

Sobre os dados sanitários, 95,9% possuem residência de alvenaria, todos os entrevistados relataram ter sistema de coleta de lixo e 98,3% água encanada.

Tabela 1- Distribuição das faixas etárias segundo o sexo, Marília, 2015.

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
18-29	7	4,7	4	4,1	11	4,4
30-39	13	8,7	5	5,1	18	7,3
40-49	17	11,4	13	13,4	30	12,2
50-59	47	31,7	24	24,7	71	28,9
60-69	43	29,0	35	36,0	78	31,8
70-79	18	12,1	12	12,3	30	12,2
80 e +	3	2,0	4	4,1	7	2,8
Total	148	100,0	97	100,0	245	100,0

Figura 1- Escolaridade da população estudada, Marília, 2015.

Outras características sócio-econômicas e demográficas são mostradas na Tabela 2. Observa-se que 47,7% da amostra são aposentados, e os que trabalham de forma remunerada, 26,8% são homens e 20,2% são mulheres. Com relação à renda familiar, 47,3% recebem até um salário mínimo.

Tabela 2- Características sócio-econômicas e demográficas por sexo, Marília, 2015.

Variáveis	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	(n= 148)		(n= 97)			
	n	%	n	%	n	%
Tipo de trabalho						
Remunerado	30	20,2	26	26,8	56	22,8
Informal	14	9,4	3	3,0	17	6,9
Desempregado	5	3,3	5	5,1	10	4,0
Aposentado	68	45,9	49	50,5	117	47,7
Doméstico	22	14,8	10	10,3	32	13,0
Não Trabalha	9	6,0	4	4,1	13	5,3
Renda Familiar						
< 1 salário	36	24,3	22	22,6	58	23,6
1 salário	64	43,2	52	53,6	116	47,3
2 a 3 Sal.	41	27,7	19	19,5	60	24,4
4 e + Sal.	7	4,7	4	4,1	11	4,4

5.2 Estilo de vida

Dentre os entrevistados, 75,6% das mulheres referiram nunca ter fumado, dos homens um total de 65,9% relataram o mesmo. Algumas características dos estilos de vida dos entrevistados podem ser vistas na Tabela 3.

Sobre a ingestão regular de bebidas alcoólicas, 29,3% relataram o uso de bebidas alcoólicas, dentre estes, 32,9% são homens e 27,0% mulheres. A frequência do uso de bebidas alcoólicas foi de 21,6% diariamente e 36,4% de uma a duas vezes na semana. Em sua maioria 71,6% relataram fazer uso de bebidas alcoólicas com um menor teor alcoólico como cerveja e chope.

O sedentarismo foi encontrado em 65,3% da amostra, e quando relataram fazer atividade física, 81,0% relataram fazer caminhadas três vezes ou mais na semana com duração mínima de trinta minutos.

No tocante à dieta para a hipertensão arterial, 73,2% relataram fazer algum tipo de dieta para controlar a HA. Em sua maioria 69,8% relataram que além de diminuir o sal em suas dietas, diminuíram também o consumo de carnes vermelhas, gorduras, frituras e doces.

O consumo regular de alimentos ricos em sódio foi pouco relatado pelos entrevistados, 44,1% relataram ingerir alimentos embutidos eventualmente. O uso de alimentos enlatados e temperos industrializados também foram pouco relatados.

Tabela 3- Características dos estilos de vida por sexo, Marília, 2015.

Variáveis	Sexo					
	Feminino (n= 148)		Masculino (n= 97)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fumo						
Sim	7	4,7	10	10,3	17	6,9
Não	112	75,6	63	64,9	175	71,4
Já fumou	29	19,5	24	24,7	53	21,6
Bebidas alcoólicas						
Sim	40	27,0	32	32,9	72	29,3
Não	108	72,9	65	67,0	173	70,6
Frequência que bebe						
Diariamente	8	19,5	8	24,2	16	21,6
1 a 2 vezes	16	39,0	11	33,3	27	36,4
3 vezes ou mais eventualmente	2	4,8	3	9,0	5	6,7
	15	36,5	11	33,3	26	35,1
Prática de atividade física						
Sim	50	33,7	35	36,0	85	34,6
Não	98	66,2	62	63,9	160	65,3
Tipo de atividade						
Caminhada	44	75,8	33	89,1	77	81,0
Dança	3	5,1	1	2,7	4	4,2
Ginástica	5	8,6	0	0,0	5	5,2
Musculação	3	5,1	2	5,4	5	5,2
Esportes	3	5,1	1	2,7	4	4,2

5.3 Situação de saúde

Encontrou-se prevalência significativa de doenças auto-referidas, muitas vezes relacionadas à HA, como Diabetes (7,0%), depressão (5,7%), inchaço ou dores nas pernas (9,9%), colesterol elevado (7,4%) e um total de 49,5% relataram apresentar dois ou mais problemas relacionados (Tabela 4).

Tabela 4- Doenças auto referidas por sexo, Marília, 2015.

Variáveis	Sexo					
	Feminino (n= 148)		Masculino (n= 97)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Doenças Associadas						
Diabetes	11	7,5	6	0,0	17	7,0
Asma/bronquite	1	0,6	0	64,9	1	0,4
Doença renal	0	0,0	1	1,0	1	0,4
Doença cardíaca	1	0,6	2	2,0	3	1,2
Depressão	11	7,5	3	6,1	14	7,0
Inchaço/dores nas pernas	14	9,6	10	10,3	24	9,9
Colesterol	7	4,8	11	11,3	18	7,4
Derrame	0	0,0	2	2,0	2	0,8
Nenhuma	24	16,5	18	18,5	42	17,3
Duas ou mais	76	52,4	44	45,3	120	49,5

5.4 Utilização do serviço de saúde.

Dos entrevistados, 17,9% relatam ter plano de saúde, e a maioria (93,0%) utilizam à USF. Dentre estes, 74,6% consideram o atendimento da USF entre bom e regular, 46,5% possuem facilidade para realização de consultas e 70,2% possuem facilidade para adquirir medicamentos através da USF. Com relação às visitas domiciliares, apenas 54,2% relataram a receber.

5.5 Controle e conhecimento da Hipertensão Arterial

Dentre os entrevistados, 40% foram diagnosticados com Hipertensão Arterial há cerca de 5 a 10 anos, sendo que 70% destes, se encontram na faixa etária de 40 a 49 anos de idade e 94,6% utilizam medicamentos para o controle da Hipertensão Arterial, dentre os que não fazem uso da medicação, 81,8% se encontram na faixa etária de 18 a 29 anos. Um total de 80,8% aferem a pressão arterial frequentemente, entre diariamente até uma vez ao mês e 35,9% fazem consultas médicas pelo

menos uma vez a cada seis meses. Apenas 29,8% já participaram de palestras sobre a Hipertensão Arterial e seus riscos e 88,5% relataram conhecer os problemas que a HA pode trazer.

5.6 Adesão ao tratamento não farmacológico para HA

A adesão ao tratamento não farmacológico foi encontrada quando identificamos a participação efetiva em atividade física, o controle da alimentação, o abandono no tabagismo e a não ingestão regular de bebidas alcoólicas.

Identificou-se que a maioria dos pacientes hipertensos (65,3%) não fazem pratica regular de nenhum tipo de atividade física. Na Figura 2, observamos a adesão ao tratamento não farmacológico, especificamente com relação à prática de atividade física regular.

Mudanças positivas na alimentação após o diagnóstico da Hipertensão Arterial foram referidas por 73,2% dos entrevistados. De todos os entrevistados 69,8% relataram ter modificado características em sua alimentação, como diminuir a ingestão de sal, carnes vermelhas, gorduras, frituras e doces.

Do total de entrevistados, 6,9% referem fumar, dentre estes, 53,8% fumam de 5 a 10 cigarros por dia e 33,3% um maço. Além disso, 29,3% referem fazer uso de bebidas alcoólicas, sendo que dentre estes, 64,8% fazem uso regular (de duas vezes por semana a diariamente) de bebidas alcoólicas.

Figura 2- Adesão ao tratamento não farmacológico, atividade física, Marília, 2015.

5.6.1 Adesão à Atividade física regular

Houve associação significativa da adesão à atividade física regular com maior escolaridade (Tabela 5), e doenças associadas (Tabela 6), por exemplo, não possuir diabetes, asma, doença renal, doença cardíaca, não possuir depressão, inchaço/dores nas pernas, colesterol alto, e dos que possuíam dois ou mais problemas de saúde associados com a Hipertensão Arterial 78,3% não praticavam atividade física.

Tabela 5- Adesão à atividade física e escolaridade, Marília, 2015.

Variáveis	Atividade Física					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridade						
Nenhuma	9	16,7	45	83,3	54	100,0
1ª a 4ª série	40	36,7	69	63,3	109	100,0
5ª a 8ª série	17	50,0	17	50,0	34	100,0
Ensino Médio	16	37,2	27	62,8	43	100,0
Ensino Superior	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Total	85	34,7	160	65,3	245	100,0

Tabela 6- Atividade física e doenças associadas, Marília, 2015.

Variáveis	Atividade Física					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Doenças Associadas						
Diabetes	8	47,6	9	52,9	17	100,0
Asma/bronquite	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Doença Renal	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Doença Cardíaca	0	0,0	3	100,0	3	100,0
Depressão	6	42,9	8	57,1	14	100,0
Inchaço e Dores nas pernas	10	41,7	14	58,3	24	100,0
Colesterol elevado	8	44,4	10	55,6	18	100,0
AVE	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Nenhuma	22	52,4	20	47,6	42	100,0
Dois e mais Problemas	26	21,7	94	78,3	120	100,0
Total						

5.6.2 Adesão a mudanças na alimentação

Houve associação significativa da adesão à alimentação com as doenças associadas (Tabela 7), os que possuem diabetes, depressão, inchaço/dores nas pernas, colesterol alto e dois ou mais problemas de saúde associados à HA relataram realizar mudanças em sua alimentação.

Tabela 7- Dieta e doenças associadas, Marília, 2015.

Variáveis	Dieta					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Doenças Associadas						
Diabetes	11	64,7	6	35,6	17	100,0
Asma/bronquite	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Doença Renal	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Doença Cardíaca	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Depressão	10	83,3	2	16,7	12	100,0
Inchaço e Dores nas pernas	17	70,8	7	29,2	24	100,0
Colesterol elevado	18	100,0	0	0,0	18	100,0
AVE	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Nenhuma	36	85,7	6	14,3	42	100,0
Dois e mais Problemas	79	65,8	41	34,2	120	100,0
Total	175	72,9	65	27,1	240	100,0

5.7 Qualidade de vida

Para a qualidade de vida geral, obteve-se média de 62,6, no domínio físico obteve-se média de 58,9, no psicológico de 62,3, no social de 60,2 e no meio ambiente de 57,3 (Tabela 8).

Tabela 8- Valor mínimo, valor máximo, média e desvio-padrão dos diferentes domínios do WHOQOL-bref, na escala de 0 – 100 de portadores de hipertensão arterial, Marília, 2015.

Domínio	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Geral	25	100	62,6	17,1
Físico	3,6	89,3	58,9	16,4
Psicológico	12,5	95,8	62,3	16,3
Social	16,7	100	60,2	16,5
Ambiental	21,9	87,5	57,3	12,9

De acordo com a Tabela 8, entre os domínios, o geral foi o que apresentou a maior média, seguido pelo domínio psicológico. As médias mais baixas foram em ordem decrescente para o domínio ambiental, físico e social.

Ao analisar a qualidade de vida dessa população, segundo a faixa etária, pode-se demonstrar que no domínio geral, a faixa etária de 18 a 59 anos apresentou maior qualidade de vida (66,1) do que a faixa etária de 60 anos e mais (58,6), ($p < 0,001$). No domínio físico, psicológico, social e ambiental, todos os escores da faixa etária acima de 60 anos foram menores quando comparados à faixa etária de 18 a 59 anos (Tabela 9).

Tabela 9- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref de usuários hipertensos, segundo faixa etária, Marília, 2015.

Característica	Global	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Faixa Etária (anos)					
Até 59	66,1	60,9	65,2	62,9	60,0
60 e +	58,6	56,6	59,9	57,1	54,3

Quando analisamos os escores para os domínios do WHOQOL-bref e o tempo que o paciente possui hipertensão arterial, encontrou-se que quanto maior o tempo de hipertensão, maior a qualidade de vida ($p = 0,032$), (Tabela 10).

Tabela 10- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref de usuários hipertensos, segundo tempo de hipertensão, Marília, 2015.

Tempo de HA (anos)	Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Até 5	68,4	65,8	69,6	68,7	63,7
5 a 10	61,4	60,3	61,5	58,3	56,8
10 a 20	65,2	56,1	61,4	60,2	57,1
20 e +	58,3	54,8	60,0	57,9	54,3

Para a variável controle da Hipertensão Arterial e sua associação com a qualidade de vida encontrou-se uma maior qualidade de vida para os pacientes que referem aferir regularmente sua Pressão Arterial (2 vezes na semana), $p > 0,001$ (Tabela 11).

Tabela 11- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref, segundo controle da HA, Marília, 2015.

Controle da Pressão	Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
1x semana	65,0	59,9	62,3	63,7	62,3
2x na semana	79,2	68,1	74,1	71,3	63,0
3x na semana	59,8	57,5	62,8	59,8	57,6
Diário	56,0	55,6	59,7	51,3	53,6
1x cada 15 dias	63,1	56,3	57,6	58,3	54,6
1x mês	63,5	64,8	67,9	59,0	62,0
Outro	57,4	54,6	58,7	59,4	50,2

Em relação ao interesse e participação dos pacientes, frente sua patologia, através da participação em palestras com o tema “Hipertensão”, observou-se resultado significativo ($p=0,001$), a maioria dos que participaram das palestras tem qualidade de vida maior em todos os domínios do WHOQOL-bref quando comparados aos que não participaram (Tabela 12).

Tabela 12- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref, segundo participação em palestras, Marília, 2015.

Palestras	Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Sim	63,2	63,8	66,3	63,4	59,1
Não	62,3	56,8	60,6	58,8	56,5

Para a variável tabagismo, os pacientes que fazem uso do cigarro têm qualidade de vida inferior aos não tabagistas, nos domínios Geral, Físico, Psicológico e Meio ambiente, resultado este significativo (Tabela 13).

Tabela 13- Qualidade de vida segundo WHOQOL-bref e tabagismo, Marília, 2015.

Fumo	Geral ($p= 0,036$)	Físico ($p= 0,012$)	Psicológico ($p= 0,005$)	Social ($p= 0,932$)	Meio Ambiente ($p< 0,001$)
Sim	55,1	52,5	57,1	60,8	46,5
Não	64,0	61,1	64,3	60,7	58,9
Já fumou	60,1	53,6	57,5	58,3	55,4

Para a variável atividade física, encontrou-se qualidade de vida maior no domínio geral para os praticantes (66,3 para os que praticam contra 60,5 para os que não praticam), $p<0,005$ (Tabela 14).

Tabela 14- Atividade Física e qualidade de vida no domínio Geral, Marília, 2015.

Atividade Física	Média	Desvio Padrão	Min	Max	Valor p
Sim	66,3	16,0	37,5	100,0	p= 0,005
Não	60,5	17,3	25,0	100,0	
Total	62,6	17,1	25,0	100,0	

Díscussão

6 Discussão

Percebeu-se durante o estudo que muitos hipertensos da área de abrangência da Unidade ainda não estavam cadastrados e conseqüentemente não foram identificados. Principalmente quando pensamos nas transições demográfica, nutricional e epidemiológica que tem ocorrido desde o século passado, as doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão e o Diabetes assumiram ônus crescente e preocupante. Portanto as informações se modificam rapidamente, necessitando de atualização constante (TOSCANO 2004).

6.1 Caracterização da população

Identificou-se no presente estudo que a proporção de mulheres (60,4%) é superior à de homens (39,6%), semelhante ao encontrado em outros estudos que também visaram o estudo da hipertensão e que obtiveram uma frequência maior do sexo feminino em relação ao masculino (MONTEIRO, 2005; BERSUSA; ESCUDER, 2006; BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008; GIROTTTO, et al., 2013;; PAIVA;).

Fato importante de se observar é que a proporção de mulheres no estudo está na faixa etária de 50 a 59 anos, já a de homens encontra-se na faixa etária de 60 a 69 anos, comprovando o fato de que o diagnóstico no sexo feminino ocorre mais precocemente do que no sexo masculino. Dado esse semelhante ao encontrado por Borges e Caetano (2005), estudo com 226 pacientes cadastrados no programa Hiperdia no município de Florianópolis (SC).

Identificou-se nesse estudo que 44,5% da população estudada possuem no máximo até a 4ª série do ensino fundamental completo, não encontramos um alto índice de analfabetos (2%), outros estudos encontraram 36,6% e 73,8%. Embora não houve alto índice de analfabetismo, é de suma importância o estímulo às equipes de saúde no que diz respeito às informações e orientações passadas aos pacientes, com o objetivo que estas sejam passadas de forma clara e compreensível, para que entendam e se torne mais fácil de modificarem seus hábitos (ARAÚJO, GUIMARÃES, 2007; GIROTO, 2008).

O presente estudo demonstrou que, a maioria da população estudada está aposentada (47,7%) com renda familiar baixa, de até um salário mínimo (47,3%). Demonstrando assim, que essa população apresenta características sócio-econômicas baixas, muitas vezes desprovidas de recursos; dado semelhante encontrado por Veras e Oliveira (2009).

Em relação aos hábitos de vida da população estudada, encontraram-se fatores importantes que influenciam de forma significativa no risco cardiovascular e na qualidade de vida das pessoas. Identificou-se situações como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo e uma alimentação muitas vezes inadequada (JARDIM et al., 2007).

Dentre a população estudada, um total de 6,94% eram tabagistas, e 21,6% relataram o abandono do hábito, esses dados estão abaixo do encontrado em outros estudos, como por exemplo Sturmer et al. (2006) encontraram 47,4% de tabagistas entre 380 hipertensos estudados em Pelotas (RS) e Souza, Brito e Freitas (2010) identificaram 45% de tabagistas entre 180 hipertensos. Porém, evidenciou-se dados semelhantes no estudo de Oliveira et al. (2013) que encontraram um total de 7,9% de tabagistas em estudo realizado com 216 hipertensos na cidade de Januária (MG).

O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 29,3%, sendo que 21,62% relataram fazer uso de bebidas alcoólicas diariamente e 36,4% de uma a duas vezes na semana. Dado esse semelhante ao encontrado por Silveira et al. (2013), em que 21,5% relataram o uso de bebidas alcoólicas mais de duas vezes por semana e 45,7% uma a duas vezes por semana. Em estudo recente realizado em Novo Hamburgo (RS), com 383 hipertensos foi identificado um pior controle da HA nos indivíduos que consomem bebidas alcoólicas regularmente (SOUZA et al., 2014)

Com relação à prática regular de atividade física, encontrou-se alto índice de sedentarismo, um total de 65,3% dos hipertensos relataram não praticar nenhum tipo de atividade física. Dado semelhante encontrado por outros estudos, como Salomão et al. (2012) que encontraram um total de 74,7% de pacientes hipertensos sedentários e Passos, Assis e Barreto (2006) que encontraram um total de 71,3% de sedentarismo.

Sabe-se a importância de uma alimentação saudável não apenas para o controle da HA, mas também para manter uma vida saudável. Portanto, durante o estudo verificou-se que a maioria da população estudada (73,2%) fazia algum tipo de dieta para o controle da Hipertensão, sendo que 69,8% dos Hipertensos

diminuíram o consumo de sal, carnes vermelhas, gorduras, frituras e doces. Dados semelhantes foram observados por Sousa et al. (2013), que encontraram um total de 89,2% de hipertensos que diminuíram o consumo de sal em sua dieta, 57,8% diminuíram o consumo de carnes vermelhas, 69,6% diminuíram o consumo de doces e 75,5% diminuíram o consumo de frituras.

Percebeu-se durante o estudo que muitos hipertensos apresentam vários agravos relacionados com a Hipertensão Arterial, como o Diabetes (7%), a depressão (5,8%), inchaço ou dores nas pernas (9,9%), colesterol elevado (7,4%) e um total de 49,6% possuem dois ou mais agravos como diabetes, asma/bronquite, doença renal, doença cardíaca, depressão, inchaço/dores nas pernas, colesterol, infarto ou derrame. Dados semelhantes foram observados por Costa et al. (2007), que encontraram 6% de hipertensos com associação de diabetes. Estudo realizado em Goiás identificou também prevalência maior de depressão na população de Hipertensos (AMARAL et al., 2007), e Gus et al. (2004) identificaram um total de 38,4% de taxas de colesterol elevados. Observa-se a necessidade do controle desses agravos, além da própria Hipertensão Arterial.

6.2 Utilização dos serviços de saúde

Identificou-se durante o estudo um total de 17,9% de hipertensos que possuíam plano de saúde, semelhante ao estudo de Girotto et al. (2013) que encontrou um total de 23,1%. Demonstrando o baixo poder aquisitivo da população estudada.

A maioria (93,0%) utiliza a Unidade de Saúde, dentre estes, 74,6% consideram o atendimento entre bom e regular, fato esse compreensível já que se trata de uma Unidade Saúde da Família, onde o vínculo com os usuários é primordial e assim contribui para uma maior satisfação dos usuários. O estabelecimento do vínculo dos usuários com a equipe de saúde promove a melhoria da qualidade dos serviços que são ofertados à comunidade e consequentemente a maior efetivação dos direitos dos usuários (NERY, et al., 2011).

Apenas 46,5% possuem facilidade para realização de consultas, fato esse presente, principalmente em decorrência do alto número de hipertensos, dificultando uma atenção mais integral. Sabe-se que o acesso às consultas médicas, são estratégias que poderão auxiliar no processo de adesão, para que este seja efetivo e diminua o impacto para os usuários e sistema de saúde (COUTINHO; SOUSA, 2011).

Um total de 70,2% dos hipertensos demonstraram facilidade para adquirir medicamentos através da USF, em estudo realizado em Várzea Grande (MT) os hipertensos relataram falhas na disponibilização da medicação na rede básica, sendo necessário muitas vezes a necessidade da compra da medicação com seus próprios recursos. Assim sendo, a promoção de saúde torna-se necessária não apenas no setor saúde, mas os diversos setores do governo municipal, estadual e federal (ZAGUI, et al., 2011).

Ao abordar as visitas domiciliares, apenas 54,3% relataram receber visitas da equipe de Saúde da Família. Embora há poucos estudos no Brasil sobre a eficiência na atenção básica, o estudo de Rabetti e Freitas (2011), identificou em quarenta e um municípios de Santa Catarina, 62,2% de ineficiência nos serviços de cadastro no Sistema de Informação sobre Hipertensão e Diabetes, atendimento individual e visita domiciliar para usuários com Hipertensão Arterial.

6.3 Controle e conhecimento da Hipertensão Arterial

Identificou-se que 40% dos Hipertensos receberam o diagnóstico para Hipertensão Arterial há cerca de 5 a 10 anos, sendo que 70% destes, se encontram na faixa etária de 40 a 49 anos de idade, dados semelhantes, encontrados por Alves et al. (2012), em estudo realizado no Estado de São Paulo, que encontraram maior prevalência na faixa etária de 40 a 49 anos.

Um total de 94,7% dos pacientes utiliza medicamentos para o controle da Hipertensão Arterial, demonstrando a alta adesão ao tratamento medicamentoso para a Hipertensão Arterial. Porém, dentre os que não fazem uso da medicação, 81,8% se encontram na faixa etária de 18 a 29 anos.

Um total de 80,8% aferia a pressão arterial frequentemente, entre diariamente até uma vez ao mês e 35,9% faziam consultas médicas pelo menos uma vez a cada seis meses. Sabe-se da importância da realização de consultas regulares, a fim de se verificar a pressão arterial, assim como identificar as condições gerais de saúde e trabalhar com a integralidade do cuidado. Em estudo realizado com 245 hipertensos em Ribeirão Preto identificou-se uma pior adesão ao tratamento e controle da PA em indivíduos com hábito de faltar às consultas agendadas (COELHO, et al., 2005).

Apenas 29,8% já participaram de palestras sobre a Hipertensão Arterial e seus riscos, demonstrando o quanto essa temática precisa ser abordada na Unidade e sociedade como um todo. Junior et al. (2011), estudaram a prática em educação em saúde para a melhoria da qualidade de vida de hipertensos e identificaram a necessidade de que os profissionais busquem conhecimento teórico e metodológico que possibilitem a parceria entre os profissionais e usuários portadores de HA e que possibilitem ações educativas, não apenas palestras, mas possibilitando que o indivíduo se torne agente ativo, participativo em seu processo saúde-doença.

Embora poucos participem de palestras, 88,6% relataram conhecer os problemas que a HA pode trazer. Dado semelhante encontrado por Strelec, Pierin e Junior (2003), que identificaram alto índice de conhecimento sobre a HA, porém perceberam que embora os pacientes expressaram conhecimentos dos aspectos importantes sobre a doença e seu tratamento, não modificaram seus hábitos de vida para alcançar o controle da HA.

6.4 Adesão ao tratamento não farmacológico para HA

Embora já relatado alguns hábitos de vida, vamos agora abordar mais detalhadamente os mesmos, com enfoque na adesão ao tratamento. Durante o estudo identificou-se que a maioria dos pacientes hipertensos (65,3%) não faziam nenhum tipo de atividade física. Dados semelhantes encontrados por Santos, Araújo e Souza (2013) que identificaram uma prevalência de 73,3% de sedentarismo, e Giroto et al. (2013) que entre 385 portadores de Hipertensão Arterial, identificaram apenas 17,7% de praticantes de atividade física. Sabe-se da importância da atividade física para a melhora dos níveis da pressão arterial, além da melhora da

qualidade de vida, Fargard, em sua revisão de 2005, concluiu que níveis elevados de atividade física reduzem em aproximadamente 30% a incidência de HA.

Em estudo realizado em Minas Gerais com 261 Hipertensos identificou-se que a educação em saúde incentivando à prática de atividade apresentou melhora estatisticamente significativa no nível de atividades praticadas, vários indivíduos que eram sedentários começaram a praticar exercícios físicos. Assim sendo, a realização de exercício físico talvez seja o comportamento mais fácil haver adesão, já que até mesmo atividades praticadas durante os momentos de lazer estão associadas ao controle da pressão, porém verifica-se que essa prática não é uma realidade vivenciada pela maioria dos hipertensos (OLIVEIRA, et al., 2013).

A alimentação também é um fator muito importante no controle da Hipertensão Arterial, encontramos em nosso estudo uma adesão de 73,2% de pacientes que modificaram sua alimentação após o diagnóstico de HA, principalmente a diminuição no consumo do sal. Piatì, Felicetti e Lopes (2009) encontraram dado semelhante, 62% dos hipertensos pesquisados fizeram controle alimentar para a Hipertensão Arterial, sendo que a maior parte também reduziu o consumo de sal. Porém identificaram que muitos hipertensos consumiam alimentos gordurosos nas refeições. Assim como Cunha et al. (2012) que encontraram uma adesão de 72,7% de hipertensos que diminuíram o consumo de sal em sua alimentação.

Do total de entrevistados, 6,9% não apresentaram adesão às recomendações quanto ao hábito de fumar, dentre estes, 53,8% fumam de 5 a 10 cigarros por dia e 33,3% um maço. Sabe-se da interferência que o fumo provoca na pressão, portanto deve ser um hábito banido nessa população. Em estudo realizado em Salvador, Bahia, encontrou-se 6,7% do uso do tabaco, concordando com esse estudo (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Além disso, 29,4% referem fazer uso de bebidas alcoólicas, sendo que dentre estes, 64,9% fazem uso regular (de duas vezes por semana a diariamente). É importante salientar que muitas vezes o consumo de bebidas alcoólicas aumenta a partir de 60 anos, como uma resposta a fatores de estresse associados ao envelhecimento. Há extrema necessidade da adesão nesse quesito, pois além do efeito do álcool na ativação do sistema simpático, causando elevação na PA e das consequências que os portadores de Hipertensão enfrentam ao utilizar o álcool

afetando também a tomada medicamentosa, prejudicando assim tanto a adesão ao tratamento farmacológico como não farmacológico (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

6.5 Adesão à atividade física regular

Houve associação da adesão à atividade física regular com maior escolaridade, Codarin et al. (2010) estudaram 470 motoristas e também identificaram que a prática de atividade física está associada ao maior nível de escolaridade. Isso pode estar relacionado ao fato de que esses Hipertensos provavelmente têm mais acesso a serviços que disponibilizam práticas de atividade física. Pitanga e Lessa (2005), analisando indivíduos participantes de um projeto de doenças cardiovasculares e diabetes em Salvador (BA), verificaram que aqueles com maior escolaridade eram mais ativos que os de baixa escolaridade, concordando com os resultados do presente estudo; e destacam que pessoas com menos escolaridade têm menos oportunidades de desenvolver atividades físicas no lazer. Outros trabalhos também têm mostrado resultados semelhantes a este (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001; SALLES-COSTA et al., 2003).

Houve também associação da prática regular de atividade física e saúde auto referida, por exemplo, não possuir diabetes, asma, doença renal, doença cardíaca, não possuir depressão, inchaço/dores nas pernas, colesterol alto, e dos que possuíam dois ou mais problemas de saúde associados com a Hipertensão Arterial 78,3% não praticavam atividade física. Em estudo realizado em Bauru com 222 hipertensos e/ou diabéticos, foi identificado como doenças mais prevalentes a hipercolesterolemia, seguida pela artrite/artrose e lombalgia. Os resultados da pesquisa sugerem que o acometimento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos por morbidades está associado às altas taxas de inatividade física (TURI, et al., 2012).

6.6 Adesão a mudanças na alimentação

Houve associação significativa da adesão à alimentação com as doenças auto referidas, os que possuíam diabetes, depressão, inchaço/dores nas pernas, colesterol alto e dois ou mais problemas de saúde associados à HA relataram realizar mudanças positivas em sua alimentação. Essa modificação pode estar associada à preocupação dos pacientes após além de receber o diagnóstico de Hipertensão, receber o diagnóstico de outra patologia, permitindo assim uma preocupação maior e consequentemente a mudança na alimentação.

No caso do Diabetes, por exemplo, o controle de alguns fatores de risco modificáveis, como o controle do peso, a alimentação, o tabagismo, alcoolismo e prática regular de atividade física, demonstra um potencial de redução de 88% no risco de desenvolvê-lo em indivíduos que possuem histórico familiar da doença (Hu et al., 2001).

6.7 Qualidade de vida

Para a qualidade de vida geral, obteve-se média de 62,6, no domínio físico obteve-se média de 58,9, no psicológico de 62,3, no social de 60,2 e no meio ambiente de 57,3. Assim sendo, entre os domínios, o global foi o que apresentou a maior média, seguido pelo domínio psicológico. As médias mais baixas foram em ordem decrescente para o domínio ambiental, físico e social. Isto demonstra que os domínios global e psicológico são os que contribuem mais positivamente à QV dos entrevistados.

Esses resultados buscaram avaliar a qualidade de vida dos usuários estudados de acordo com os quatro domínios apresentados pelo questionário WHOQOL-brief.

O domínio global (questões 1 e 2), conforme já ressaltado obteve a maior média, (62,6), demonstrando que os Hipertensos estão satisfeitos com sua saúde e acreditam ter uma boa qualidade de vida. Dados semelhantes foram encontrados por Costa, et al. (2010) em estudo realizado em Minas Gerais.

O domínio ambiental obteve a menor média, esse fator pode estar associado ao fato de que muitos hipertensos estão insatisfeitos com o local onde residem, principalmente quando pensamos que este estudo se compôs essencialmente de pessoas com baixo poder aquisitivo. Como sabemos, a questão ambiental é de fundamental importância na recuperação e interfere na qualidade de vida dessas pessoas. Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam: *“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.”* Além disso, Buss (2000) afirma também que *“a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”*.

O impacto relativamente alto da HA no domínio relações sociais pode ser explicado pela falta de adaptação às condições da doença e/ou a adoção de comportamentos para a modificação do estilo de vida. Provavelmente a população estudada possui relações pessoais e suporte social pouco satisfatório. Nesse domínio esse estudo discordou com outros que avaliaram a qualidade de vida e obtiveram no domínio relações sociais altos índices de QV. Em inquérito acerca do impacto da doença crônica na QV de idosos, foi identificado maior escore para os aspectos sociais entre aqueles com morbidades (LIMA, et al., 2009). E estudo realizado em Minas Gerais, com 689 Hipertensos identificou também maior pontuação no domínio relações sociais (TAVARES, et al., 2011).

Quanto à QV, pensando em uma escala de zero a 100, os valores para todos os domínios: Relações sociais, Físico, Psicológico e Meio ambiente apresentou valores acima de 50. Considera-se que esses valores expressam uma percepção positiva para a QV (FLECK, 2000).

Segundo a faixa etária, pode-se demonstrar que no domínio geral, a faixa etária de 18 a 59 anos apresentou maior qualidade de vida (66.1) do que a faixa etária de 60 anos e mais (58.6), ($p < 0,001$). No domínio físico, psicológico, social e ambiental, todos os escores da faixa etária acima de 60 anos foram menores quando comparados à faixa etária de 18 a 59 anos. Demonstrando que quanto menor a idade, maior a qualidade de vida encontrada. A qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais. (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003).

De acordo com Pereira (2002), as avaliações subjetivas da qualidade de vida em idosos devem preocupar-se com o que acontece ao indivíduo nas diferentes etapas do envelhecimento, desde mudanças físicas até a desvalorização social consequente da aposentadoria, considerando qual seu sentimento e entendimento dessas situações, seus ganhos e perdas psicológicas, suas frustrações e aspirações.

Houve associação dos escores para os domínios do WHOQOL-bref e o tempo que o paciente possui hipertensão arterial, quanto maior o tempo de hipertensão, maior a qualidade de vida, esse fator pode estar presente quando pensamos na aceitação da doença que ocorre com o tempo e nas modificações necessárias na vida após o diagnóstico da doença. Sabe-se que após o paciente ser diagnosticado com HA, há sentimentos de tristeza, raiva, agressividade, hostilidade e difícil aceitação, justificando o encontrado nesse estudo (REIS; GLASHAN, 2001).

Analizou-se a variável controle da Hipertensão Arterial e sua associação com a qualidade de vida, houve uma maior qualidade de vida para os pacientes que referem aferir regularmente sua Pressão Arterial (2 vezes na semana), $p > 0,001$. Tal achado justifica-se pois sabemos que a preocupação do Hipertenso com sua doença e as modificações que são necessárias, como mudanças nos hábitos alimentares e mudanças positivas em sua vida interferem significativamente em sua qualidade de vida (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Analizando a participação de palestras com o tema Hipertensão observou-se que a maioria dos pacientes que participaram em palestras possuem uma qualidade de vida maior para todos os domínios do WHOQOL-bref. Considerando a educação em saúde e a importância da mesma na modificação dos hábitos de vida, justifica-se o resultado do estudo. Nesse sentido, a ESF, visa a realização de atividades com o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Para a variável tabagismo os pacientes que fazem uso do cigarro possuem qualidade de vida inferior aos que não fazem. Em estudo realizado no Ceará com trabalhadores Hipertensos, encontrou-se que os mesmos que possuíam o hábito de fumar, tiveram prejuízos em sua saúde, mais particularmente aos pulmões e descontrole da pressão arterial. Portanto o tabagismo prejudica a qualidade de vida das pessoas (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005).

Foi possível identificar uma qualidade de vida maior para os praticantes de atividade física. Embora não utilizado o WHOQOL, em estudo realizado com 88 idosos, houve uma maior qualidade de vida para os que praticavam atividade física comparados aos que não praticavam (MOTA, et al., 2006).

Considerações Finais

7 Considerações Finais

Em relação às características socioeconômicas, percebeu-se o predomínio do sexo feminino (60,4%), 54,7% de cor branca, 44,5% baixa escolaridade e 47,7% aposentados.

Encontrou-se muitos hipertensos com doenças e alterações associadas à HA, como Diabetes, depressão, inchaço ou dores nas pernas, colesterol elevado, e grande parte dos pacientes (49,6%) possuíam dois ou mais agravos relacionados à HA. Um total de 94,6% dos pacientes utilizava medicamentos para o controle da HA.

Quando considerado o conhecimento da patologia, motivação com o tratamento e apoio da USF, percebeu-se que apenas 29,8% haviam participado de palestras, 88,5% relataram conhecer os problemas que a HA pode trazer e 54,2% já haviam recebido visitas da USF.

Em relação à adesão ao tratamento não farmacológico para a HA, 65,3% de hipertensos não têm adesão à atividade física, 73,2% relataram modificar sua alimentação em função da HA, esses resultados demonstram a importância de estimularmos os Hipertensos à adesão ao tratamento para HA, seja ele farmacológico como não farmacológico. Porém mais fortemente à prática regular de atividade física, sabe-se que a atividade física regular pode afetar positivamente o controle da HA, além de promover uma maior qualidade de vida da população.

Sobre a qualidade de vida, a população estudada possui um bom nível de qualidade de vida, para todos os domínios do questionário estudado com escores maiores que 50. Porém, os que se preocupam e controlam sua HA, demonstram interesse e participam regularmente em seu tratamento, não fumam, praticam atividade física regular e tem qualidade de vida maior do que os indivíduos que não fazem essas modificações em sua vida.

Identificar e conhecer a QV da população é primordial para nos remeter às ações de responsabilidade das esferas governamentais, à equipe de saúde e aos próprios hipertensos. E em conjunto, pensar em estratégias efetivas para a promoção da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e consequentemente a melhora da qualidade de vida.

Os achados no estudo, demonstram a necessidade de como profissionais de saúde, possibilitar atenção ao contexto de vida da população, estimular modificações positivas na vida das pessoas a fim de interferir positivamente na QV.

Assim sendo, é de extrema necessidade, estudos que possibilitem o conhecimento e informações da adesão ao tratamento não farmacológico para a Hipertensão Arterial e qualidade de vida. Os resultados encontrados possibilitam o estímulo aos gestores de saúde para a identificação de pontos vulneráveis para o tratamento anti-hipertensivo e subsidiar ações de saúde e políticas mais eficientes.

Os achados também possibilitam a implementação de estratégias, tanto individuais como coletivas para o enfrentamento da Hipertensão Arterial. Observar os hábitos de vida, como prática de atividade física, alimentação saudável, tabagismo, alcoolismo, são fundamentais para se observar à adesão ao tratamento. Ações positivas podem contribuir para a mudança de comportamentos e consequentemente possibilitar maior adesão ao tratamento. Assim sendo, percebe-se a importância da equipe de saúde nesse contexto.

Nota-se a necessidade das visitas domiciliares para possibilitar além de simplesmente informações e orientações, mas motivação necessária para promover a mudança de hábitos e o estímulo às atividades que envolvam os pacientes hipertensos para se co-responsabilizarem por seu tratamento.

Referências

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico de promoção e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

ALVES, B. H. S. et al. Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em Unidade de Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 91-98, 2012.

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.131-147, 2006.

AMARAL, G. F. et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Rev Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 161-168, 2007.

ARAÚJO, C. A. R. **Aderência ao cliente hipertenso ao tratamento**: um estudo em uma instituição de saúde de referência estadual. Ceará: Universidade Estadual, 1999.

ARAUJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.3, p. 368-374, 2007.

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 14, n. 3, p. 560-566, 2010.

AZEVEDO, R. G.; Paz, M. A. C. A prevalência de hipertensão arterial em idosos atendidos no centro de convivência para idosos em Cuiabá. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 9, p. 101-115, 2006.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006

BLOCH, K. V.; MELO, N. A.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos

indiretos de avaliação da adesão. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979- 2984, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica- nº15: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Informe Técnico. Brasília, DF, 1993.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.

BORGES, P. C. S.; CAETANO, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. **Arq. Catarinenses Medicina**, Florianópolis, v. 34, n. 3, p.45-50, 2005.

BUSNELLO, R. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 76, n. 5, p.349-355, 2001.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARLOS, P. R. et al. Perfil de Hipertensos em um núcleo de Saúde da Família. **Arq Ciênc Saúde, São Paulo**, v. 15, n. 4. p. 176-181, 2008.

CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O.; MAURÍCIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 184-189, 2005.

CASTRO, M. M. C. et al. O cuidado ao hipertenso no município de Juiz de Fora/MG: uma análise comparativa em unidade básica de saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 249-261, 2009.

CASTRO, R. A. A.; MONCAU, J. E. C; MARCOPITO, L. F. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 334-339, 2007.

CODARIN, M. A. F. et al. Associação entre prática de atividade física, escolaridade e perfil alimentar de motoristas de caminhão. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, 2010.

COELHO, E. B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da Pressão Arterial em pacientes hipertensos. **Arq. Bra. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n 3, 2005.

CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 62-70, 2009.

COSTA, D. A. et al. Pesquisa da qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial na cidade de Pedra Bonita, MG. **Revista Digital**, Buenos Aires, n. 144, 2010.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife (PE- Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, 2007.

COUTINHO, F. H. P.; SOUSA, I. M. C. Percepção dos indivíduos com Hipertensão Arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 35, n. 2, p. 397-411, 2011.

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.

CUNHA, P. R. M. S. et al. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 13, n. 3, p.11-16, 2012.

FAGARD, R. H. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. **J Hypertens**, v. 23, p. 265- 267, 2005.

FAVA, S. M. C. L. et al. Educação e Controle da Hipertensão. In: Encontro de Extensão da UFMG, 2, 2004, Belo Horizonte, 2004. **Anais**.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n 16, (Supl. 1), p. 1331-1340, 2011.

FERREIRA, C.; et al. (2005). Benefícios do exercício físico na Hipertensão Arterial. **4º Congresso Virtual de Cardiologia**, 2005. Disponível em <<http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c112/c112.pdf>> Acesso em 21 jan 2014.

FILHO, A. S. P. **Manual para Implantação de Programa de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças**. UNIMED – Confederação das Unidades do Estado de São Paulo, 2006.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 33-38, 2000.

FRANCELI, A. B.; FIGUEIREDO, A. S.; FAVA, S. M. C. L. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão do tratamento. **REME- Rer. Min. Enferm.**; v. 12 n. 3, p. 303-308, 2008.

GANDARILLAS, M, A.; CÂMARA, S. G., SCARPARO, H. Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 62-71, 2005.

GIANOTTI, A. Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Jornal Psicologia**, USP, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 167-195, 2002.

GIROTTI, E., et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da Hipertensão Arterial. **Ciência e Saúde Coletiva** , v. 18, n. 6, pg 1763-1772, 2013.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

GOMES, V.B.; SIQUEIRA, K.S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.969-976, 2001.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.5, n.83, p. 424-428, 2004.

HU, F. B. et al. Diet, lifestyle, and the risk of type diabetes mellitus in women. **N. Engl. J. Med.**, Boston, p. 790-797, 2001.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

JORGETTO, G. V.; FREITAS, P. S.; JORGETTO, J. V. Análise Epidemiológica da Relação Hipertensão Arterial, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico. **Revista Nursing**; v. 12, n. 144. 2010. p. 225-229.

JUNIOR, J. E. M. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Rev Rene**, Fortaleza, n 12, p. 1045-1051, 2011.

KALIMO, R.; VUORI, J. Psychosocial factors in youth and at working age as predictors of blood pressure: A prospective study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 37, 1993.

LEMONS, D. M. et al. Redução quantitativa do risco cardiovascular no tratamento da hipertensão arterial em unidade do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 13, n. 2, p. 111-116, 2006.

LESSA, I. Não adesão ao tratamento da hipertensão arterial - consequências econômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: NOBRE, F., PIERIN A. M. G.; MION JR. D. **Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos, p. 86-106, 2001.

LESSA, I.; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.68, n.6, p.443-449, 1997.

LIMA, L. P. M.; GAZETTA, C. E. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arq Ciênc Saúde**, n.14, v. 2, p. 88-94, 2007.

LIMA, M. G., et al. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 4, p. 314–21, 2009.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F., LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, 2004.

LIMA, S. M. L. ET AL. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2001-2011, 2009.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Rev Esc Enferm**, USP, São Paulo, v. 41, n. 4., p. 573-80, 2007.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepção dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p.1365-1374, 2012.

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 Paul Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 269-75, 2005.

MANTOVANI, M. F.; MOTTIN, J. V.; RODRIGUES, J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades educativas no tratamento da pressão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing.**, v. 6, n 1, 2007.

MARIN, M. J. S. et al. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 46, n. 1, 2012.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

MINAYO, M.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, P.C. et al. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes de um programa de hipertensão. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v.12, n.2, p.73-79, 2005.

MOREIRA, et al. Caracterização dos pacientes acompanhados pelo programa Hiperdia em uma unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza. **Revista Nursing**, v. 11, n. 130, p. 137-142, 2009.

MOREIRA, L. B., FUCHS, F. D. Álcool e hipertensão arterial: mecanismos fisiopatológicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 12, n. 1, p. 52-54, 2005.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2004.

MOTA, J. et al. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, 2006.

NERY, A. A. et al. Saúde da Família: visão dos usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3 p. 397-402, 2011.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, 2010.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3. p.383-387, 2009.

OLIVEIRA, M. S. Modelos de atenção à saúde: PSF/PACS. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2001.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia de Educação em Saúde no tratamento não medicamentoso de hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Control de la hipertensión**. Ginebra, 1996.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Guias Metodológicos para Iniciativa de Vivienda Saludable**, 2000. Disponível em <<http://www.cepis.ops-oms.org>> Acesso em: 12 dez. 2013.

PAIVA, D. C. P; BERSUSA, A. P. S; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n 2, p. 377-385, 2006.

PANIZ, V. M. V; ET AL.. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 2, p. 267-280, 2008.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, R. M. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, D. E. C. **Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho no grupo de terceira idade “Amor e Carinho” de Santa Terezinha de Itaipu – PR**. 2002. Dissertação, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

PERES, S.D.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial - atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**.; v. 37. n. 5, p. 635-642, 2003.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev Bras Hipertens**, v.16, n. 2, p.123-129, 2009.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri. Manole, 2001.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.870-877, 2005.

POLANCZIK, C. A. (2002). Decisão clínica em hipertensão arterial sistêmica baseada em análises econômicas. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 12, n. 9, p. 29-31, 2002.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 258-268, 2011.

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

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de atenção. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SALLES-COSTA, R. et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.s325-s333, 2003.

SALOMÃO, C. B. et al. Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **Reme**, Minas Gerais, v. 17, n 1, 2012.

SANTOS, M. F.; ARAÚJO, L. J.; SOUZA, S. S. Estudo dos fatores de riscos ambientais para hipertensão arterial em pacientes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do estado da Bahia. **Revista InterScientia**, João Pessoa, v. 1, n. 2, 2013.

SANTOS, Z. M. S. A., et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Enferm**. Florianópolis, v. 14, n. 3, 2005.

SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do Familiar na adesão da pessoa Hipertensa ao tratamento: Análise com base na educação popular em saúde. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 2007.

SILVA, C. R. S.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Significados e reflexões sobre o ser portador de hipertensão arterial. **REME- Rer. Min. Enferm.**; v. 12, n. 3, p. 346-355, 2008.

SILVEIRA, M. C.; RIBEIRO, V. M. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunic, Educ.**, v. 9, n.16, p. 91-104, 2005.

SILVEIRA, J. et al. Fatores associados a Hipertensão Arterial Sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 2, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, VI. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2010.

SOUSA, B. R. M. et al. Perfil nutricional de usuários do programa Hiperdia de Ananindeua, Pará, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 187-195, 2013.

SOUSA, L; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.

SOUZA, A. S. et al. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de base territorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 6, p. 571-578, 2014.

SOUZA, E. A. A exclusão social e sua dialética com a mulher negra no século XXI. *Fazendo Gênero 8: corpo, violência e poder*. Florianópolis. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2008.

SOUZA, G. F.; BRITO, J. R.; FREITAS, R. M. Aspectos epidemiológicos de pacientes hipertensos no município de Banabuiú. **Cadernos da Escola de Saúde Pública**, Ceará, v. 4, n.1, p. 31-37, 2010.

SOUZA, M. L. P. ;GARNELO, L. “É muito dificultoso”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p 91-99, 2008.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; JUNIOR, D. M. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 81, n 4, p. 343-348, 2003.

STURMER, G. et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1727-1737, 2006.

TAVARES, D. M. S. , et al. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 2, p. 211-218, 2011.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não Transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

TURI, B. C., et al. Associação entre doenças crônicas em adultos e redução dos níveis de atividade física. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 389-395, 2011.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos Sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 132-138, 2009.

ZAGUI, I. C., et al. Percepção das dificuldades relacionadas ao tratamento entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 2, n 1, p. 341-353, 2011.

ZAVATINI, M. A; OBRELI-NETO, P. R.; CUMAN, R. K. N. Estratégia Saúde da Família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS),v. 31, n. 4. p. 647-54, 2010.

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Rev Clín Terap**; n. 24, p. 231-272, 1998.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “Adesão ao tratamento não farmacológico e qualidade de vida em hipertensos na Estratégia Saúde da Família”.

Pesquisadores Responsáveis: Luciane Soares Seixas;

Telefone para contato: (14) 3417 4940; (14) 98816 5175

O estudo possui como objetivo a identificação dos fatores que interferem no tratamento para a hipertensão sem o uso de medicamentos, sendo assim possível auxiliar no planejamento de estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas para proporcionar uma maior qualidade de vida para você e toda a comunidade.

A entrevista será feita a partir de um questionário em sua própria residência, com informações sobre você (nome, idade, estado civil, escolaridade, local onde mora, situação econômica, quanto tempo possui hipertensão, o que sabe sobre a doença, se possui apoio da família). Essa entrevista não envolve riscos nem prejuízos à sua saúde, será realizada em sua própria residência e ocupará cerca de 15 minutos. Caso queira entender melhor qualquer informação da pesquisa, sinta-se à vontade para perguntar.

A documentação da entrevista será utilizada havendo resguardo de suas informações.

Você terá acesso ao profissional responsável pelo estudo em qualquer fase dele.

Certa de poder contar com sua autorização colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através dos telefones: (14) 3417-4940, (14) 98816-5175 falar com Luciane.

Eu, Luciane Soares Seixas, fisioterapeuta, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo e que obtive espontaneamente o consentimento do voluntário.

Eu, _____, declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos e intenções desse estudo e sobre as técnicas que serão realizadas. Recebi garantias de total sigilo de identidade e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Estou ciente de que a participação nessa pesquisa é voluntária e está isenta de despesas. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício.

(voluntário / assinatura e RG) __/__/__

(fisioterapeuta responsável pela pesquisa)

Luciane Soares Seixas
(14) 98816 5175
R: Gildo Bonatto, 224. Jd Planalto
CEP 17523-440. Marília- São Paulo.

APÊNDICE B – Questionário

Identificação

1.1 nº _____ 1.2 nome _____

1.3 endereço _____

1.4 telefone _____

1.5 sexo 1 ☐ feminino 2 ☐ masculino 1.6 data nasc. ____/____/____

1.7 Recebeu o diagnóstico de HA? 1 ☐ sim 2 ☐ não 1.8 quanto tempo tem pressão alta? _____

Dados de Hipertensão

2.1 Usa medicamentos para controlar a pressão?

1 ☐ sim 2 ☐ não

2.2 controle da HA:

2.2.1 com que frequência o(a) sr(a) “mede” a Pressão?

- 1 ☐ 1x/semana
 2 ☐ 2x/semana
 3 ☐ 3x/semana
 4 ☐ diariamente
 5 ☐ 1x/15 dias
 6 ☐ 1x/mês
 7 ☐ outro: _____
 8 ☐ não mede

2.2.2 Realiza consultas com Médicos para controle da pressão Alta, de quanto em quanto tempo?

2.2.3 as consultas que realiza para controle da pressão alta são,?

- 1 ☐ gratuitas (sus)
 2 ☐ pagas (privada)
 3 ☐ convênios (plano de saúde)
 4 ☐ outro: _____

2.2.5 já participou ou participa de palestras, de Hipertensão?

1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não lembra

2.3 atividade física

2.3.1 está fazendo alguma atividade física para ajudar no controle da pressão? 1 ☐ sim 2 ☐ não

2.3.2 realiza qual destas atividades físicas? E com qual frequência?

Atividade	Frequência/semana	Tempo/ativ.
☐ 1 caminhada	1 ☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + às vezes	1 _____
☐ 2 dança	2 ☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + às vezes	2 _____
☐ 3 ginástica	3 ☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + às vezes	3 _____
☐ 4 musculação	4 ☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + às vezes	4 _____
☐ 5 Esportes	5 ☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + às vezes	5 _____
☐ 6 _____ outras: _____	6 ☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + às vezes	6 _____
7 ☐ não realiza		

2.4 Alimentação

2.4.1 está fazendo alguma dieta ou cuidado com a alimentação para ajudar no controle da pressão? 1 ☐ sim 2 ☐ não se **não** - 3.1

2.4.2 que tipo de modificação ou cuidado Com a alimentação faz para controlar a Pressão?

1 ☐ diminuição do sal
 2 ☐ diminuição do consumo de doces
 3 ☐ diminuição do consumo de carnes vermelhas com gorduras e vísceras
 4 ☐ diminuição do consumo de frituras
 5 ☐ diminuição do consumo de gorduras
 6 ☐ outros _____

Hábitos de vida

3.1 Fuma Ou já fumou? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ já fumei Se **não** - 3.2 Se **já fumei** - 3.1.3

3.1.1 quantos cigarros Por dia? _____ 3.1.2 fuma há Quanto tempo? _____ **Questão - 3.2**

3.1.3 há quando tempo parou? _____

3.2 costuma tomar bebidas alcoólicas? 1 ☐ sim 2 ☐ não Se **não** - 3.3

3.2.1 se sim, com qual Frequência: 1 ☐ diariamente 2 ☐ 1 a 2 vezes/semana 3 ☐ 3 a 6 vezes/semana 4 ☐ eventualmente

3.2.2 que tipo de bebida alcoólica? 1 ☐ cerveja/chope 2 ☐ cachaça/conhaque 3 ☐ uísque 4 ☐ vinho 5 ☐ batida/caipira 6 ☐ outras: _____

3.3 quantas vezes na 1 ☐ diariamente

semana ingere 2 ☐ 1 a 2 vezes/semana
 alimentos embutidos 3 ☐ 3 a 6 vezes/semana
 (salsicha, lingüiça, 4 ☐ eventualmente
 salame, mortadela)? 5 ☐ não ingere

3.4 quantas vezes na 1 ☐ diariamente
 semana ingere 2 ☐ 1 a 2 vezes/semana
 alimentos enlatados e 3 ☐ 3 a 6 vezes/semana
 conservas 4 ☐ eventualmente
 5 ☐ não ingere

3.5 quantas vezes na 1 ☐ diariamente
 semana utiliza 2 ☐ 1 a 2 vezes/semana
 Temperos 3 ☐ 3 a 6 vezes/semana
 industrializados 4 ☐ eventualmente
 (tempero 5 ☐ não utiliza
 Pronto, sazon, caldo de
 galinha ou carne, etc)
 no
 Preparo dos
 alimentos?

4. Doenças e agravos da HA

4.1 diabetes? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe
 4.2 asma/bronquite? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe
 4.3 doença renal? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe
 4.4 doença do coração? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe
 4.5 depressão? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe
 4.6 inchaço ou dores nas pernas? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe
 4.7 colesterol alto? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe
 4.8 o(a) sr(a) já teve infarto? 1 ☐ sim 2 ☐ não
 4.9 o(a) sr(a) já teve derrame? 1 ☐ sim 2 ☐ não

5. Acesso aos serviços de saúde

5.1 possui plano de saúde? 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe
 5.2 utiliza o posto de saúde? 1 ☐ sim 2 ☐ não
 5.2.1 como considera o 1 ☐ ótimo 2 ☐ bom 3 ☐ regular 4 ☐ ruim 5 ☐ péssimo
 atendimento?
 5.2.2 tem facilidade para marcar 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ regular (mais ou menos)
 Consultas? 4 ☐ não utiliza para consultas
 5.2.3 tem facilidade para obter 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ regular (mais ou menos)
 Medicamentos? 4 ☐ não utiliza medicamentos
 5.3 o(a) sr(a) recebe visitas das 1 ☐ sim 2 ☐ não
 equipes do posto de saúde?

6. Dados sócio-econômicos e demográficos

6.1 qual o seu estado civil? 1 ☐ solteiro(a)
2 ☐ casado(a)
3 ☐ separado/divorciado(a)
4 ☐ viúvo(a)

6.2 raça/cor: 1 ☐ branca
2 ☐ negra
3 ☐ parda
4 ☐ indígena
5 ☐ amarela
6 ☐ outra: _____

6.3 qual foi a última série que o sr(a) Estudou?

6.4 situação de Trabalho: 1 ☐ trabalho remunerado
2 ☐ trabalho informal (bico)
3 ☐ desempregado(a)
4 ☐ aposentado(a)
5 ☐ trabalho doméstico
6 ☐ não trabalha

6.5 renda familiar:

6.6 tipo de residência: 1 ☐ alvenaria 2 ☐ madeira 3 ☐ outros: _____

6.7 tipo de Instalação sanitária 1 ☐ sistema de esgoto 2 ☐ fossa 3 ☐ céu aberto

6.8 destino do lixo: 1 ☐ coleta pública 2 ☐ queimado/enterrado 3 ☐ céu aberto

6.9 abastecimento De água: 1 ☐ rede pública 2 ☐ poço ou nascente 3 outros

Outros

7.1 o(a) sr(a) conhece os problemas que a pressão alta pode causar? 1 ☐ sim 2 ☐ não

No caso de perda ou exclusão

Motivo da perda:	1 ☐ encontrado quatro Tentativas	não em	1 ☐ idade inadequada 2 ☐ não morador do bairro 3 ☐ capacidade física e cognitiva Que impossibilitou a entrevista
	2 ☐ recusa	Motivo da exclusão:	4 ☐ tempo de hipertensão menor que 6 (seis) meses
	3 ☐ outro		5 ☐ óbito 6 ☐ outro

APÊNDICE C – WHOQOL, ABREVIADO (Versão em Português)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA
COLABORAÇÃO**