UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PATRICIA MAGNABOSCO

**Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial
integrante de um grupo de convivência**

Ribeirão Preto
2007

PATRICIA MAGNABOSCO

**Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial
integrante de um grupo de convivência**

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-graduação, Nível Mestrado,
Área de Concentração Enfermagem
Fundamental da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: *”Processo de cuidar do
adulto com doenças agudas e crônico-
degenerativas”*

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Suely Nogueira

Ribeirão Preto
2007

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Magnabosco, Patrícia

Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência.

Ribeirão Preto, 2007.

123 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Nogueira, Maria Suely.

1. Qualidade de vida relacionada à saúde. 2. Hipertensão. 3. Educação em Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Patrícia Magnabosco

Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Ebi e João (in memoriam), que me ensinaram os verdadeiros valores do ser humano e constituem o alicerce de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me iluminar e me fortalecer em todos os momentos desta conquista.

Aos meus irmãos e amigos, pelos conselhos, incentivos e carinhos.

À Profª. Drª Maria Suely Nogueira, orientadora deste trabalho, pela amizade, compreensão, ensinamentos, incentivo e apoio incondicional durante todo o percurso desta difícil caminhada. Muito obrigada por me acolher e acreditar!

Aos pacientes integrantes do grupo Renascer pelo carinho e presteza na participação deste trabalho; desejo ter contribuído de alguma forma, para a melhoria da qualidade de vida destes participantes.

À todos os funcionários do CRES, em especial, a Keiles por sua dedicação e participação na coleta de dados.

À Profª. Drª Rosana Aparecida Spadoti Dantas pelos valiosos ensinamentos e colaboração sobre a temática deste estudo.

Ao Prof. Dr. Vanderlei Haas pela sua disponibilidade, empenho e ensinamento na análise estatística realizada.

À Profª. Drª Claudia Bernardi Cesarino pela atenção e gentileza que aceitou participar da banca avaliadora e pela rica contribuição nas correções.

A todos os docentes da pós graduação e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que colaboraram para a concretização deste trabalho.

Muito Obrigada.

RESUMO

Magnabosco, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123 f. (Dissertação Mestrado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível com etiologia multifatorial e uma das principais causas de doenças cardiovasculares que são responsáveis pela maioria das mortes mundiais. Por ser tratar de uma doença de alta prevalência e na maioria das vezes assintomática, a adesão do hipertenso ao tratamento tem uma representação muito baixa, o que requer a intervenção educacional dos profissionais da saúde no tratamento, na prevenção das complicações e na manutenção da vida. A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos indivíduos com hipertensão arterial é menor comparada com a população geral. A avaliação dos fatores que influenciam na QVRS dos hipertensos pode servir de subsídios no planejamento de estratégias de tratamento mais eficazes para essa população. **Objetivos:** Caracterizar os indivíduos com hipertensão arterial participantes do grupo de convivência educativa segundo as variáveis: sócio-demográficas e econômica; hábitos de vida (atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica); dados relacionados a HAS (co-morbidades, uso de medicamentos anti-hipertensivos, controle dos níveis pressóricos, tempo de progressão da HAS) e tempo de participação nas atividades educativas em grupo, comparar a QVRS entre hipertensos participantes do grupo de convivência educativa com as variáveis sócio-demográficas, econômicas e clínicas e avaliar a contribuição do grupo de convivência na qualidade de vida dos hipertensos. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal com 131 sujeitos com idade superior a 18 anos e diagnóstico de hipertensão arterial, residentes no município de Sacramento-MG, cadastrados no grupo de convivência no período mínimo de um ano anterior a data da entrevista. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: instrumento para caracterização da população quanto aos dados clínicos e sócio-demográficos e econômicos e o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) para avaliação da QVRS. **Resultados:** Dos pacientes, 98 eram mulheres e 33 homens, a maioria idosa 88(67,2%), com predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos 43(32,8%) e ganham igual ou menos que um salário mínimo por mês 88(67,2%). As dimensões do SF-36 que obtiveram menores escores foram: vitalidade (64,4) e dor (70,3), enquanto as dimensões que apresentaram maiores escores foram: aspectos sociais (86,7) e capacidade funcional (79,4). Os fatores que apresentaram relação com a variação dos escores médios e correlação das dimensões do SF-36 foram: renda, atividade física, número de morbididades, diabetes, obesidade. A participação no grupo apresentou relação estatisticamente significativa apenas no domínio saúde mental. **Conclusão:** Clinicamente os resultados mostraram relevância para intervenções educativas pela equipe de saúde. Os enfermeiros como elementos constituintes destas equipes devem estar presentes e ativos em todas as etapas desse trabalho, desde o planejamento, execução e avaliação colaborando na busca de meios efetivos que vão de encontro com a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chaves: Qualidade de vida relacionada à saúde. Hipertensão. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Magnabosco, P. **Health-related quality of life of high blood patients participating in a gathering group**. 2007. 123 f. (Dissertação Mestrado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.

Introduction: Arterial Hypertension is a non-transmissible chronic disease with multifactorial etiology and it is one of the main causes of cardiovascular diseases which are the leading cause of death in the world. Since the disease is characterized as having a high prevalence rate and in most cases it is asymptomatic, the treatment adherence rate is low, therefore requiring educational intervention from health professionals during the treatment in order to prevent complications and to keep the patient alive. Health-related quality of life (HRQoL) in patients with high blood pressure is reduced when compared to the general population. The evaluation of factors influencing on the HRQoL of high blood pressure patients point to the strategic planning of more efficient treatments to this population. **Aims:** Characterize the high blood pressure patients participating in the educational gathering group according to the following variables: socio-demographics and economics; lifestyles (physical activity, smoking, drinking); data related to systemic arterial hypertension (comorbidity, use of antidepressive drugs, blood pressure rate control, systemic arterial hypertension progression rate) and participation time in educational group activities, comparison of HRQoL among the group participating patients with the socio-demographical, economical and clinical variables and evaluate the contribution of the group to the quality of life of the participating patients. **Methods and Materials:** It was performed a descriptive cross-sectional study with 131 individuals over 18 years of age who suffered from high blood pressure. The patients lived in the city of Sacramento – MG and had been participating in the gathering group for at least one year prior to the interview. The following tools were used to collect the data: Tools to characterize the population according to clinical, socio-demographical and economical data; Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) to evaluate HRQoL. **Results:** From the total of 131 patients, 98 were female and 33 were male. Most of them (88 patients or 67.2%) were in an advanced age ranging from 60 to 69 years old (43 patients or 32.8%) and earned minimal wage or less (88 patients or 67.2%). The SF-36 dimensions with the lowest scores were: Vitality (64.4) and pain (70.3), whereas the dimensions with the highest scores were: Social functioning (86.7) and functional status (79.4). The factors presenting relation to the average score variation and dimension correlation in the SF-36 were: Income; physical activity; death rate; diabetes, obesity. The participation in the group was statistically significant relation only to the mental health dimension. **Conclusion:** The results clinically showed the relevance of educational interventions performed by the health team. The nurses, as part of this team, must be present and active in all the stages of this work, planning, performing and searching for effective methods that lead to the improvement of life quality for this population.

Keywords: Health-related quality of life; high blood pressure; health education.

RESUMEN

Magnabosco, P. **Calidad de vida relacionada con la salud entre hipertensos participantes de un grupo de convivencia.** 2007. 123 f. (Dissertação Mestrado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible con etiología multifactorial y es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares que son responsables de la mayoría de las muertes mundiales. Por tratarse de una enfermedad de alta prevalencia y en la mayoría de las veces asintomática, la adhesión al tratamiento tiene una representación muy baja, lo que requiere la intervención educacional de los profesionales de la salud en la prevención de las complicaciones y en el mantenimiento de la vida. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los hipertensos es menor cuando comparada a la de la población general. La evaluación de los factores que influyen la CVRS de los hipertensos pueden servir como subsidio en la planificación de estrategias de tratamiento más eficientes para esta población. **Objetivos:** Caracterizar los sujetos hipertensos participantes de los grupos de convivencia educativa según las variables: Sociodemográficas y económicas; hábitos de vida (actividad física; tabaquismo; consumo de alcohol); datos relacionados a la HAS (comorbidad; uso de medicamentos antidepresivos; control de los niveles de presión; tiempo de progresión de la HAS) y tiempo de participación en las actividades educativas en grupo, comparar la CVRS entre hipertensos participantes del grupo de convivencia educativa en las variables sociodemográficas, económicas y clínicas y evaluar la contribución del grupo de convivencia en la calidad de vida de los hipertensos. **Materiales y Métodos:** Fue realizado un estudio transversal descriptivo con 131 sujetos con edad superior a 18 años y diagnóstico de hipertensión arterial, residentes en el municipio de Sacramento - MG, registrados en el grupo de convivencia por un período mínimo de un año anterior a la fecha de la entrevista. Los instrumentos utilizados para coleccionar los datos fueron: Instrumento para identificación de la población cuanto a los datos clínicos y sociodemográficos y económicos y el Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) para evaluación de la CVRS. **Resultados:** De los pacientes, 98 eran mujeres y 33 hombres, la mayoría era anciana 88 (67,2%), con predominio en la faja de edad de 60 a 69 años 43 (32,8%) y ganan igual o menos que 1 salario mínimo al mes 88 (67,2%). Las dimensiones del SF-36 que obtuvieron menor puntuación fueron: Vitalidad (64,4) y dolor (70,3), mientras las dimensiones que presentaron mayor puntuación fueron: Aspectos sociales (86,7) y capacidad funcional (79,4). Los factores que presentaron relación con la variación de las puntuaciones medias y correlación de las dimensiones del SF-36 fueron: renta, actividad física, número de morbilidad, diabetes, obesidad. La participación en el grupo presentó una relación estadísticamente significativa solo para el dominio de la salud mental. **Conclusión:** Clínicamente, los resultados mostraron la relevancia de las intervenciones educativas por el equipo de salud. Los enfermeros como elementos que constituyen estos equipos deben estar presentes y activos en todas las etapas de este trabajo, desde la planificación, ejecución y evaluación, colaborando en la busca de medios efectivos que van de encuentro con la mejoría de la calidad de vida de esta población.

Palabras clave:: Calidad de vida relacionada con la salud; Hipertensión. Educación en salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo o número de medidas da PA e assiduidade. Sacramento, MG, 2007	83
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das variáveis sociodemográficas e econômicas dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência. Sacramento, MG, 2007	51
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis sócio-demográficas e econômicas, segundo valores dos níveis pressóricos dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo. Sacramento, MG, 2007.....	55
Tabela 3 -	Distribuição das variáveis clínicas e hábitos de vida dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo o sexo. Sacramento, MG, 2007	60
Tabela 4 -	Distribuição das variáveis clínicas/hábitos de vida, segundo valores dos níveis pressóricos, dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência. Sacramento, MG, 2007.....	61
Tabela 5 -	Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo risco para DCVs em relação a circunferência abdominal e sexo. Sacramento, MG, 2007.....	70
Tabela 6 -	Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo co-morbidades e sexo. Sacramento, MG, 2007	72
Tabela 7 -	Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial)	74
Tabela 8 -	Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo classificação da pressão arterial entre os adultos e idosos. Sacramento, MG, 2007	75
Tabela 9 -	Estatística descritiva das variáveis referentes à participação no grupo de convivência entre a população estudada. Sacramento, MG, 2007	81
Tabela 10 -	Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo variáveis clínicas / hábitos de vida e participação no grupo. Sacramento, MG, 2007.....	84
Tabela 11 -	Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo variáveis clínicas / hábitos de vida e Assiduidade. Sacramento, MG, 2007	85

Tabela 12 -	Valores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência. Sacramento, MG, 2007	88
Tabela 13 -	Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variáveis sócio-demográficas e econômicas. Sacramento, MG, 2007	91
Tabela 14 -	Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variáveis clínicas e hábitos de vida. Sacramento, MG, 2007.....	92
Tabela 15 -	Coefficiente de correlação de Spearman entre as dimensões do SF-36, variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para os 131 indivíduos com hipertensão arterial no grupo de convivência Sacramento, MG, 2007	93
Tabela 16 -	Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variáveis co-morbidades. Sacramento, MG, 2007	98
Tabela 17 -	Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variável participação na reunião no último ano. Sacramento, MG, 2007	100
Tabela 18 -	Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variável assiduidade. Sacramento, MG, 2007	101
Tabela 19 -	Coefficiente de correlação de Spearman entre as dimensões do SF-36, variáveis assiduidade para os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência. Sacramento, MG, 2007	102
Tabela 20 -	Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo as variáveis dos itens comparativos referentes a QVRS atual comparada a um ano atrás(SF-36) e QV atual comparada a antes da participação no Grupo Renascer. Sacramento, MG, 2007	104

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Situação problema	18
1.2 Hipertensão Arterial: aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos, classificação e tratamento	24
1.3 Grupo de convivência como estratégia para o cuidado do indivíduo hipertenso	30
1.4 Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida.....	33
2 OBJETIVOS.....	38
2.1 Geral	39
2.2 Específicos.....	39
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	40
3.1 Delineamento do estudo	41
3.2 População	41
3.3 Implementação do estudo	42
3.4 Coleta de dados.....	43
3.5 Instrumento e variáveis de medida do estudo.....	44
3.6 Tratamento estatístico.....	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 Caracterização sócio-demográfica e econômica da população.....	50
4.2 Caracterização quanto aos dados da HAS e hábitos de vida da população	58
4.3 Participação nas atividades educativas em grupo associados aos dados da HAS e hábitos de vida	80
4.4 Associação entre a qualidade de vida relacionada a saúde e os dados sócio-demográficos e econômicos, dados clínicos e hábitos de vida dos participantes do grupo	87
4.5 Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos com hipertensão e a participação nas atividades educativas no grupo de convivência.....	100

5 CONCLUSÕES	107
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICES	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

A realização deste estudo surgiu da oportunidade que tive de trabalhar e conviver com os integrantes do Grupo Renascer por, aproximadamente, cinco anos, como enfermeira do Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES), no município de Sacramento, MG.

Sabendo-se que a hipertensão arterial é condição crônica assintomática, a adesão do indivíduo com hipertensão arterial ao tratamento torna-se mais difícil. Uma forma de conseguir essa adesão é facilitar o acesso às informações acerca da hipertensão arterial para que o indivíduo conheça a gravidade de sua doença e as alternativas de tratamento.

Com o intuito de promover a adesão ao tratamento, a identificação e o controle dos fatores de risco desses pacientes e, conseqüentemente, a prevenção das complicações da hipertensão arterial, os profissionais do CRES optaram por formar um grupo de educação em saúde, no CRES, acreditando que essa estratégia trará benefícios a essa população.

Além dos fatores citados acima, e partindo da minha convivência com esses indivíduos, acredito que o grupo de convivência promove a troca de experiências e favorece o convívio social e emocional, através de vínculos afetivos que se cria entre seus participantes, desenvolvendo ambiente agradável para as discussões sobre os assuntos relacionados à hipertensão bem como outros ligados à saúde em geral. Com isso, o indivíduo com hipertensão arterial se sente apoiado e incentivado para aderir ao tratamento.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial, porém, bem como o controle dos fatores de risco, implica em mudanças no estilo de vida e, na maioria das vezes, no uso contínuo de medicamentos que podem apresentar efeitos colaterais indesejáveis.

No decorrer da disciplina “Aspectos Conceituais e Metodológicos de Investigação sobre Qualidade de Vida de Indivíduos com Doenças Crônicas não Transmissíveis”, do programa de pós-graduação, no qual estou inserida, e sabendo que esses fatores podem interferir diretamente na qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão arterial, despertou

em mim o interesse para a avaliação da qualidade de vida desses participantes, bem como a contribuição que o grupo de convivência Renascer pode trazer para a sua melhoria.

Acreditando que a qualidade de vida é fator fundamental na saúde e na vida das pessoas e que os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias que vão ao encontro de sua melhoria, busquei avaliar a qualidade de vida desses indivíduos com hipertensão arterial, participantes do Grupo Renascer, a fim de conhecer os aspectos relevantes comuns que possam servir de embasamento no direcionamento e planejamento das atividades educativas desse serviço, bem como servir de modelo e incentivo para outros, buscando conciliar as atividades educativas com a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão arterial.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Situação problema

O processo de industrialização, característico das sociedades urbanas, bem como os avanços tecnológicos, presentes na sociedade atual, contribuíram decisivamente para a troca epidemiológica nas principais causas de mortalidade e morbidade, com predominância das doenças e agravos não transmissíveis em relação às doenças infectocontagiosas e àquelas causadas por deficiência nutricional (YUSUF et al., 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) inclui, na categoria “condições crônicas”, as doenças transmissíveis (HIV/AIDS) e não transmissíveis (cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacitantes estruturais (amputação, cegueira), pois define como pertencente a essa categoria os problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por período de vários anos ou décadas.

Estimativas recentes apontaram que o grupo das condições crônicas responde por cerca de 60% do ônus decorrente de doenças no mundo, e estima-se que, em 2020, as cifras chegarão a 80% nos países em desenvolvimento, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por uma em cada três mortes registradas por esse grupo de doenças (OMS, 2003).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2004) revelam que as doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte (27,8%), sendo que, entre elas, as doenças cerebrovasculares ocupam o primeiro lugar (31,8%), seguida das doenças isquêmicas do coração (30,3%). Na faixa etária de 20 a 69 anos, essas doenças foram responsáveis por 34 % do total de óbitos.

As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, nos homens e nas mulheres, no Brasil, são de 125,5 e 109,1 casos por 100 000 habitantes, respectivamente. Excedentes importantes são notados nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste em relação aos

valores nacionais e às Regiões Norte e Nordeste. Em geral, as taxas masculinas para esse indicador são maiores que as femininas. Nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com exceção de Mato Grosso, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares entre os homens supera de maneira importante a das mulheres (DUARTE et al., 2002).

Não são apenas os dados de mortalidade oriundas das doenças cardiovasculares que é preocupante, mas, também, a frequência com que essas doenças causam nos indivíduos, levando-os à invalidez parcial ou total, trazendo graves repercussões não só à pessoa acometida, mas também à família e à sociedade (BRASIL, 1988).

Nos países desenvolvidos a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) ocorre, predominantemente, nas faixas etárias acima 60-70 anos, enquanto que, nos países em desenvolvimento, essa mortalidade ocorre precocemente, em fase na qual o indivíduo é economicamente ativo, representando ônus social e econômico (LOTUFO, 1998).

Tal fato repercute socialmente, visto que atinge a população adulta em plena fase produtiva e possui caráter crônico, o que possibilita o aparecimento de seqüelas e, conseqüentemente, leva a incapacidades para o resto da vida. Em países desenvolvidos, as DCV são responsáveis por 18% das aposentadorias precoces (FLETCHER, 1995). No Brasil, dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem das doenças acima referidas (BRASIL, 2001).

Soma-se a estes fatos o custo com o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Segundo Brasil (1993), o custo direto anual detectado, neste ano, foi em torno de 267 milhões de dólares, incluindo consultas médicas, internações, atendimento de emergência, auxílio-doença, aposentadoria e medicações anti-hipertensivas.

Ainda mais gritantes são os problemas gerados pelas complicações da HAS, podendo causar invalidez física total ou parcial, apresentando custos médicos e socioeconômicos elevados, principalmente decorrentes da doença cerebrovascular, doença

arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (V DIRETRIZES..., 2006). De acordo com dados do Ministério da Saúde (DataSUS), no ano 2005, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 1 181 612 das internações, representando custo total de R\$ 1 328 133 885, 29 (BRASIL, 2007).

A elevação da pressão arterial representa fator de risco isolado e contínuo para a morbidade e mortalidade precoce, causadas por doenças cardiovasculares (V DIRETRIZES..., 2006). O aumento de 20mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) ou de 10mmHg na pressão arterial diastólica (PAD), em indivíduos entre 40 e 70 anos de idade, dobra o risco para ocorrência de DCV (LEWIGTON et al., 2002).

Nos estudos oriundos da população de Framingham, seqüelas cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral átero-trombótico, doença cardíaca coronariana e doença arterial periférica ocorreram com frequência global duas a três vezes maior em hipertensos, quando comparados com normotensos da mesma idade (WILSON et al., 1991).

De acordo com o VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment High Blood Pressure, a HAS é responsável por 25% das mortes por doenças do coração e 40% das mortes por acidente vascular cerebral (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 2003), essa última representa a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil, cuja HAS constitui o principal fator de risco (LOTUFO, 2005).

Nos estudos epidemiológicos de Framingham e Chicago, a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão de pulso (PP) foram os maiores preditores de doença arterial coronariana (MITCHELL, 2004; DYER et al., 1985).

Seguindo essa linha de raciocínio, a HAS tem merecido atenção especial, visto que é apontada como fator de risco mais prevalente para o desenvolvimento de doenças

cardiovasculares (WHO, 2003), acometendo cerca de um quarto da população mundial adulta (KEARNEY et al., 2005).

Pierin (2004) ressalta a importância de planejar estratégias de combate às doenças crônicas, levando em conta os aspectos culturais, sociais e econômicos que alteram a distribuição dos fatores de risco nas várias populações. Cita a não adesão ao tratamento como fator que atrapalha o tratamento da HAS no mundo inteiro, ultrapassando as barreiras culturais.

Adesão, palavra que na área da HAS, é a que melhor representa o seguimento do tratamento proposto (NOBRE; PIERIN; MION, 2001), é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em termos de tomar medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas (HORWITZ, 1993).

A adesão ao tratamento de longo prazo é extremamente baixa. Embora a culpa pelo não seguimento dos esquemas prescritos seja imputada aos pacientes, a não adesão constitui fundamentalmente falha do sistema de saúde. A adesão a tratamentos de longo prazo está em torno de 50% nos países desenvolvidos e em cerca de 20% nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

Nos Estados Unidos, estima-se a existência de 50 milhões de indivíduos com hipertensão arterial. Dados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III, 1997) apontam que, entre os hipertensos, 68% têm conhecimento da doença, 54% estão sob tratamento e apenas 27% estão controlados.

Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% tinham conhecimento da doença, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (<140/90mmHg) (GUS et al., 2004).

A atenção à saúde, que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante, pode melhorar a aderência, o que reduzirá a carga das condições e proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes (OMS, 2003).

No Brasil, devido à falta de pesquisas que quantifiquem a prevalência da HAS, não são conhecidos os índices da falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. NOBRE; PIERIN e MION (2001) apontam que a falta de adesão seja aproximadamente em torno de 40%.

A OMS (2003) mostra elementos essenciais de aprimoramento dos sistemas de saúde para auxiliar os pacientes com problemas crônicos, através de habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento e cita que a detecção precoce, o aumento da prática de atividades físicas, a redução do tabagismo e a restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis constituem estratégias de como evitar tanto o aparecimento como as complicações das doenças crônicas, destacando que a prevenção deve ser um componente precípuo de toda a interação com o paciente.

Essas propostas fazem parte de um modelo voltado para a problemática das condições crônicas, denominado Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (OMS, 2003) e os resultados positivos apenas são alcançados quando os pacientes e suas famílias, o grupo de apoio da comunidade e as equipes de atenção à saúde são informados, motivados, capacitados e trabalham em parceria.

Sugere também que os trabalhadores da saúde são fundamentais na educação em autogerenciamento para pacientes e familiares, pois contribuem para que os pacientes adotem novos comportamentos e devem incentivá-los e acompanhá-los no decorrer do tempo.

Conjugar uma condição crônica com qualidade de vida tem sido desafio compartilhado entre alguns profissionais da saúde, pessoas que vivenciam a condição crônica e seus familiares (SILVA et al., 2005).

A discussão sobre qualidade de vida, atualmente, vem ganhando relevância. O avanço tecnológico na medicina e o desenvolvimento de novas drogas aumentam a preocupação com a qualidade de vida, uma vez que esses fatores podem influenciá-la (PIERIN, 2004).

Bulpitt, Dollery e Carnes (1976) citam alguns fatores que podem influenciar a qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão arterial, são eles: os efeitos colaterais das drogas, as doenças que podem estar associadas à HAS, a necessidade de mudanças no hábito de vida e também pelo simples diagnóstico da doença, o qual provoca, aparentemente, a perda do silêncio do corpo e a lembrança da doença como fator de mortalidade, contudo, Bardage e Isacson (2001) concluem que, sendo a HAS doença frequentemente assintomática, a percepção do indivíduo sobre qualidade de vida torna-se muito importante.

A prática assistencial em saúde mais efetiva e humana precisa entender que o cuidado é realizado para pessoas que são seres integrados, ativos e com sentimentos. É preciso estar comprometido com a qualidade de vida dessas pessoas, procurando estratégias que favoreçam o viver mais saudável, mesmo tendo uma condição crônica. Uma estratégia para conseguir isso é através de grupo de convivência (SILVA et al., 2005).

Partindo de experiência profissional junto ao Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES), instituição de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde do município de Sacramento, MG, atuando como enfermeira, durante cinco anos, juntamente com equipe multiprofissional formada por médico cardiologista, psicóloga, nutricionista, assistente social e educador físico, optou-se, aqui, por constituir um grupo de convivência educativo composto por indivíduos com hipertensão arterial, denominado, pelos

próprios participantes, Grupo Renascer. As atividades educativas tiveram início em março de 2001, com reuniões semanais e duração média de uma hora. Nessas reuniões é feita a aferição da pressão arterial, cujos valores são registrados em cartões-controle individuais de atendimento, são realizadas atividades educativas onde relacionam assuntos sobre a HAS, bem como outros assuntos correlatos à saúde e a temas sociais (métodos preventivos de outras doenças, cidadania, políticas de saúde entre outros). Além do intuito educacional, nas reuniões são desenvolvidas, também, atividades direcionadas ao apoio emocional, envolvimento interpessoal, incentivo cultural e participação da família. No CRES são oferecidos: ginástica (três vezes por semana), ioga (uma vez por semana) e trabalhos manuais (uma vez por semana). A participação é registrada num livro de presença a partir da assinatura dos indivíduos com hipertensão arterial a cada reunião.

Supõe-se assim, que, avaliando a qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos com hipertensão arterial participantes do Grupo Renascer, e a contribuição desse serviço de educação em saúde (grupo de convivência) para a qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão arterial, espera-se que os resultados aqui encontrados possam fornecer subsídios para a elaboração de estratégias prioritárias e mais apropriadas de assistência para essa clientela.

1.2 Hipertensão arterial: aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos, classificação e tratamento

A HAS representa um problema de saúde pública, e o controle continua sendo inadequado. Em 1997 afetava, aproximadamente, 20% da população mundial (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997) e estima-se que, em 2025, essa prevalência alcançará 29% da população (KEARNEY et al., 2005).

Estudos de base populacional, realizados em algumas cidades do Brasil, demonstram que a prevalência da HAS é elevada (LESSA et al., 2006) e apresenta diferenças amplas, variando entre 22,3 e 44% (V DIRETRIZES..., 2006). Estima-se total aproximado de 20% de HAS na população geral (PIERIN, 2004c), chegando a índices de 50% entre pessoas idosas (DUNCAN et al., 1993).

Estimativa realizada nas 26 capitais do Brasil e Distrito Federal pelo Ministério da Saúde, durante o ano 2006, com 54 mil adultos residentes em domicílio com linhas fixas de telefone foram entrevistados, sendo que a frequência de HAS variou entre 15,1% em Palmas e 24,9% em Recife. O MS (2007) ressalta que esses valores tendem a subestimar a frequência da HAS, uma vez que não incluem casos não diagnosticados.

A perfusão tecidual adequada é garantida pela manutenção da força motriz da circulação – a pressão sangüínea – em níveis adequados e razoavelmente constantes, esteja o indivíduo em repouso, ou desenvolvendo diferentes atividades. A pressão, definida como força/unidade de área, é uma entidade física. A pressão arterial (PA), portanto, depende de fatores físicos, como o volume sangüíneo e a capacitância da circulação, sendo resultante da combinação instantânea entre o volume minuto cardíaco (ou débito cardíaco = frequência cardíaca x volume sistólico), e da resistência periférica. Cada um desses determinantes primários da PA é, por sua vez, determinado por uma série de fatores (sistema nervoso simpático, sistema renina-angiotensina e frequência cardíaca).

Na HAS estabelecida, existem alterações em praticamente todos esses controladores, sendo difícil estabelecer quais aqueles que tiveram papel preponderante no desencadeamento e mesmo na manutenção de valores elevados de PA. Embora seja improvável que todos esses fatores estejam alterados ao mesmo tempo num dado paciente, arranjos múltiplos podem ser encontrados, uma vez que o marcador hemodinâmico da

hipertensão primária é o aumento persistente da resistência vascular periférica, o qual pode ser determinado através de diferentes associações desses fatores determinantes.

O conhecimento da prevalência de HAS e de seus fatores de risco pode ser de grande valor para orientar o planejamento das políticas de saúde.

Em cerca de 95% dos pacientes, não se estabelece a etiologia da HAS, denominando-a essencial, primária ou idiopática. Os outros 5% pertencem à classe da hipertensão secundária, sendo possível saber sua causa e tratá-la (GOLDMAN, 2000).

A HAS primária é doença multifatorial, isto é, causada por vários fatores que se juntam e dão origem à desorganização do complexo e delicado sistema de controle da pressão arterial, resulta da interação de fatores genéticos com fatores ambientais (PEREIRA; KRLEGER, 2005).

Os fatores ambientais podem ser: dietéticos (obesidade, excesso de sal, excesso de álcool, deficiência de potássio ou de cálcio) ou psicossociais (tensão mental) (LUNA, 1989). Além desses, a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) acrescenta outros fatores predisponentes para HAS: o avanço da idade, fatores socioeconômicos, sexo, etnia e sedentarismo.

A hipótese de que o estresse crônico contribui, de forma negativa, para o aumento da PA e, conseqüentemente, para o aparecimento de doenças como a HAS foi abordada por vários estudos (WHO, 1999).

Sendo doença multifatorial, seu tratamento requer o apoio de equipe multidisciplinar, envolvendo, fundamentalmente, não só o controle medicamentoso como a modificação de hábitos de vida (LESSA, 1998).

O controle dos fatores de risco torna-se ação prioritária tanto para reduzir a incidência, como para proporcionar melhor qualidade de vida aos indivíduos com hipertensão arterial. No entanto, constata-se, na atualidade, que a urbanização, a adoção de hábitos de vida

pouco saudáveis e a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, como o cigarro, são fatores que contribuem para a exacerbação dessa doença (BORGES; SANTOS, 2004).

Há evidências, principalmente de estudos observacionais, de que a redução de peso, a diminuição da ingestão de sal e do consumo de álcool pode prevenir e tratar a HAS (HEIMANN, 2000).

Segundo The Journal of the American Medical Association (2003), no estágio de pré-hipertensão, os valores apresentam limites para pressão sistólica de 120-139mmHg e diastólica 80-89mmHg. Já para o primeiro estágio, os limites são para a pressão sistólica de 140-159mmHg e a diastólica de 90-99mmHg. E no segundo estágio, os valores da pressão sistólica maiores ou iguais a 160mmHg e pressão diastólica maior ou igual a 100mmHg, e é recomendado, nos três estágios, modificações do estilo de vida.

A medida da PA constitui o elemento essencial para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. Portanto, destaca-se a importância de realizar essa técnica através de métodos e condições apropriadas. Alguns estudos têm demonstrado muitos erros na medida da PA, os quais podem ser evitados com preparo apropriado do paciente, uso da técnica padronizada de medida da PA e equipamento calibrado (V DIRETRIZES..., 2006).

A classificação da pressão arterial, de acordo com a medida no consultório para indivíduos maiores de dezoito anos de idade, preconizada em 2006 pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, é a seguinte: ótima - quando a sistólica é menor que 120 mmHg ou diastólica menor 80mmHg; normal - quando a sistólica é menor que 130mmHg ou diastólica menor que 85mmHg; limítrofe - quando a sistólica é de 130mmHg a 139mmHg, ou diastólica de 85mmHg a 89mmHg; hipertensão estágio I - quando a sistólica é 140mmHg a 159mmHg ou diastólica de 90mmHg a 99mmHg; hipertensão estágio II - quando a sistólica é de 160mmHg a 179mmHg ou diastólica 100mmHg a 109mmHg; hipertensão estágio III - quando a sistólica é maior ou igual a 180mmHg ou diastólica maior ou igual que 110mmHg e

hipertensão sistólica isolada quando a pressão sistólica for maior ou igual a 140mmHg e a pressão diastólica menor que 90mmHg.

O Ministério da Saúde propõe três estratégias para o tratamento da HAS: educação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. Portanto, é fundamental a conscientização do cliente hipertenso na adesão ao tratamento terapêutico indicado, a fim de controlar os níveis pressóricos e adquirir boa qualidade de vida (BRASIL, 2001).

O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da PA para valores inferiores a 140mmHg de pressão sistólica e 90mmHg de pressão diastólica, respeitando as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas, ou características peculiares, e a qualidade de vida dos pacientes (V DIRETRIZES...,2006).

Os diuréticos são, há mais de trinta anos, as drogas de escolha para o tratamento da HAS, em todo o mundo. Ademais, o Ministério da Saúde recomenda iniciar o tratamento da HAS com diurético, na dose 12,5mg ao dia, caso não seja satisfatório, sugere-se aumentar a dose para 25mg/dia.

A hidroclorotiazida é diurético tiazídico, tendo sido avaliado em importantes ensaios clínicos. O mecanismo anti-hipertensivo dos diuréticos está relacionado, numa primeira fase, à depleção de volume e, a seguir, à redução da resistência vascular periférica. Seu uso isolado é eficaz em indivíduos com hipertensão arterial leves e moderados. São eficazes como monoterapia no tratamento da HAS, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbimortalidade cardiovascular. Suas vantagens incluem baixo custo, utilização oral e eficácia.

Os betabloqueadores, indicados também para arritmias cardíacas, prolapso da válvula mitral, infarto do miocárdio, angina e hipertensão portal esquiassomótica, não

apresentam mecanismo de ação bem esclarecido na redução da pressão arterial (BRASIL, 2002).

Luna (1989) relata uma série de prováveis mecanismos de ação, a saber: efeito resultante do bloqueio dos receptores betaadrenérgicos pré-sinápticos, diminuição do débito cardíaco, inibição da secreção de renina por bloqueio dos receptores betaadrenérgicos renais, efeito por meio dos metabólicos, inibição dos estímulos simpáticos originados do sistema nervoso central, sensibilização dos barorreceptores, regressão da hipertrofia cardíaca, estimulação da produção de prostaglandinas e contração do volume vascular.

O propranolol foi o primeiro betabloqueador sintetizado, sendo ainda o mais usado (BRASIL, 2002). É um bloqueador betaadrenérgico. O mecanismo anti-hipertensivo, é complexo e envolve diminuição do débito cardíaco (ação inicial), redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. São eficazes como monoterapia, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbimortalidade cardiovascular. Constituem a primeira opção para tratamento da hipertensão arterial associada à doença arterial coronariana ou arritmias. São úteis em pacientes com síndrome de cefaléia de origem vascular (enxaqueca). A suspensão brusca desses medicamentos pode provocar hiperatividade simpática, com hipertensão rebote e/ou manifestações de isquemia miocárdica.

O mecanismo de ação dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) é inibir a formação de angiotensina II, bloqueando a enzima conversora de angiotensina (ECA), que atua na conversão de angiotensina I para angiotensina II, este representa um dos maiores vasoconstritores conhecidos. Além de reduzir a pressão arterial sistêmica, os IECA reduzem também a pressão intraglomerular, conseqüentemente favorecendo a proteção renal específica. Um representante deste tipo de medicamento é o captopril (BRASIL, 2002). Constituem-se em alternativa eficaz, pois têm eficácia

comprovada evidenciada em situações clínicas especiais ou secundárias à hipertensão, como cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca. Destaca-se, igualmente, seu efeito protetor na progressão de nefropatia diabética em indivíduos com hipertensão arterial ou não. A maioria dos estudos foram realizados com o Captopril e o enalapril, dos quais o primeiro possui menor custo, é produzido em larga escala pelos laboratórios oficiais brasileiros e faz parte da Relação Nacional de medicamentos Essenciais – RENAME. Tem sido progressivamente recomendado para uso mais ampliado, com os diuréticos e betabloqueadores, como drogas de primeira escolha no tratamento de HAS essencial leve ou moderada. Em associação com diuréticos a normalização da pressão sangüínea é conseguida em mais de 90% dos pacientes

Os vasodilatadores de ação direta são usados, no tratamento da HAS, como medicamento de terceiro ou quarto estágio, devido seus a inúmeros efeitos colaterais. Quando associado a um diurético e a um agente betabloqueador é uma droga muito útil para os casos de HAS grave. O minoxidil, o diazóxido e a hidralazina são os vasodilatadores com a principal ação de diminuir a resistência vascular periférica (LUNA, 1989).

Estudo realizado por Law et al (2003), uma meta-análise avaliando 345 estudos randomizados e controlados por placebos, demonstrou que o tratamento combinado com baixas doses não só aumenta a eficácia, como também reduz os eventos adversos.

1.3 Grupo de convivência como estratégia para o cuidado do indivíduo hipertenso

Grupo é definido como o face a face de duas ou mais pessoas com propósitos ou metas comuns (TRENTINI; GONÇALVES, 2000) e, pertencer a um grupo, implica na construção de processo de socialização, onde são estabelecidos códigos, reconhecidos valores e assimilada uma linguagem comum (SILVA et al., 2005).

Os recursos disponíveis em um grupo são diversos, vão desde o contato individual até à utilização de fontes de informações coletivas como reuniões, palestras, simpósios, peças teatrais, folhetos, vídeo e músicas educativas. É importante considerar as particularidades culturais no desenvolvimento de qualquer uma dessas atividades educativas (V DIRETRIZES..., 2006).

As atividades educativas em grupo propiciam a cada um dos participantes constante troca de informações, favorecem o esclarecimento de dúvidas e atenuam as ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes já solucionados, onde o indivíduo consegue usar a experiência positiva ou negativa de um companheiro para o seu próprio processo de mudança (NOBRE; PIERIN; MION, 2001).

Smeltzer e Bare (1998), entretanto, ressaltam que nem todos se relacionam bem em grupo e, dessa forma, não serão beneficiados por essa experiência. Considera também que é imprescindível proceder à avaliação e ao acompanhamento dos sujeitos que participam das atividades educativas em grupo. Assim, certifica-se de que cada um possa obter o conhecimento e as habilidades necessárias.

A atuação em grupo traz benefícios também para a equipe de saúde, pois exerce comunicação mais cuidadosa com linguagem mais clara e a responsabilidade pelas transformações almejadas tornam-se mais rigorosas (PIERIN, 2004).

Silva et al. (2005) denomina grupo de convivência aquele que privilegia práticas educativas desenvolvidas em grupo. Dias, Trentini e Silva (1995) ressaltam que esses grupos provocam educação participativa, concretizando-se quando a enfermeira se envolve e se compromete, de modo solidário, com o crescimento do grupo, na perspectiva de que todos se mostrem ativos no trabalho grupal.

Jardim (1998) aponta a importância da atuação de equipes multiprofissionais no desenvolvimento de trabalhos na educação em saúde para facilitar o aprendizado e melhorar a

adesão. Justifica que equipe composta por indivíduos de formações diferentes proporciona maior gama de informações com diferentes visões do problema.

Trabalhar em equipe, portanto, é mais do que agregar profissionais de diferentes áreas, e sim quando todos conhecem os objetivos, estão cientes da necessidade de alcançá-los e desenvolvem visão crítica a respeito do desempenho de cada um e do grupo (V DIRETRIZES..., 2006).

Segundo Guimarães (2001)

a educação em saúde representa prática social cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva, isto é um processo baseado na participação das pessoas e na mobilização social, visando a mudança de determinada situação, rompendo com o paradigma da concepção estática de educação como transferência de conhecimentos, habilidades e diretrizes (Guimarães: 2001, 7).

As técnicas de educação em saúde que melhoram a adesão ao tratamento podem ser implementadas através de técnicas de comunicação, de atuação individual ou de abordagem coletiva, sendo que a intervenção educativa em grupo representa diferencial na melhoria da adesão (NOBRE; PIERIN; MINON, 2001). Estudo realizado por Jardim (1998) mostrou que, entre os indivíduos com hipertensão arterial participantes de grupo educativo, houve maior redução da necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos e melhor controle da pressão arterial do que aqueles que não participavam de nenhum grupo.

Os profissionais de saúde consideram que clientes com doenças crônicas têm o direito à informação do cuidado em saúde, favorecendo-se, assim, a capacidade de participar ativamente bem como de assumir responsabilidade pelo próprio cuidado (SMELTZER; BARE, 1998).

Conforme os novos conceitos de condições crônicas apresentadas pela OMS, Holman e Lorig (2000) destacam o papel ativo do paciente no tratamento como “produtor de saúde” e a importância dessa participação para a sua qualidade de vida e de sua família.

A educação em saúde pode contribuir para a adaptação à doença, prevenção de complicações, cooperação com a terapia prescrita, aprender a resolver problemas quando confrontados com situações novas e prevenir a re-hospitalização. Em geral, pessoas com condição crônica são frequentemente readmitidas no hospital, podendo tal fato estar relacionado ao desconhecimento sobre o autocuidado (SMELTZER; BARE, 1998).

Perante esse problema, a educação em saúde pode colaborar para maior grau de conhecimento do indivíduo sobre seu problema, independentemente de sua idade ou risco, possibilitando o seu comprometimento efetivo no autocuidado e, portanto, maior *chance* de sucesso (NOBRE; PIERIN; MION, 2001).

No Brasil, a lei orgânica da saúde (Lei 8080/90), a Norma Operacional Básica do SUS-1996 e a Portaria nº 1399 da Funasa, de 1999, definem e estabelecem como competências do Estado: a responsabilidade de criação de programas de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo em destaque a educação em saúde como uma das atividades a ser realizada.

A educação colabora de forma efetiva no tratamento e assim reduz a morbidade e mortalidade, melhorando a expectativa e a qualidade de vida do indivíduo e da população (GRUENINGER, 1995).

1.4 Hipertensão arterial e qualidade de vida

Desde 1948, quando a OMS definiu saúde como sendo não apenas a ausência de doença, mas também o bem estar físico, mental e social, a questão da qualidade de vida tem

sido uma constante, e muito importante na prática dos cuidados de saúde e pesquisas (TESTA; SIMONSON, 1996).

O tema qualidade de vida (QV) vem despertando o interesse de pesquisadores das várias áreas da saúde em todo o mundo. Em pesquisa realizada através da busca eletrônica na base de dados MEDLINE/PUBMED, utilizando o descritor *quality of life* (qualidade de vida), mostrou o crescente número de artigos encontrados com o passar dos anos. Entre 1970 a 1980 foram localizados 573 artigos e de 2001 a 2006 esse número aumentou para 27 931 artigos sobre o tema (ZANEI, 2006).

No Brasil, em estudo de revisão bibliográfica da produção acadêmica sobre a temática “qualidade de vida”, realizada em quatro universidades públicas do Estado de São Paulo, entre 1999 e 2001, esse assunto representou 70,9% das pesquisas produzidas (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Diversos motivos justificam o interesse da pesquisa em QV, especialmente nos casos de condições crônicas: conhecimento do impacto da doença sobre as atividades diárias, avaliação do impacto dos tratamentos com intenção de cura, ou paliativas, obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tratamentos; melhorar cuidados e reabilitações; avaliar a preferência do paciente perante o tratamento proposto (TAYLOR, 1999) e, ainda, respaldar decisões de políticas de saúde direcionadas à diminuição do ônus representado pelas doenças (FLETCHER, 1995).

Qualidade de vida é conceito amplo, subjetivo e polissêmico que tem motivado inúmeros estudos na área da saúde, especialmente voltados para pessoas com doenças crônicas. Trata-se de “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” (MINAYO; HARTZ; KIMURA, 2000).

A qualidade de vida compreendida subjetivamente é objeto de prioridade no planejamento, implementação e avaliação das políticas de saúde e das decisões de tratamento (OLESON, 1990). A QV engloba, de modo geral, a percepção da saúde e seu impacto sobre as dimensões sociais, psicológicas e físicas (MINAYO; HARTZ; KIMURA, 2000).

No contexto da avaliação de resultados de ensaios clínicos e na aplicação específica da prática clínica, que inclui aspectos relacionados à saúde, mas exclui outros mais genéricos, contemplados na abordagem ampliada de QV como rendimento, liberdade e qualidade do meio ambiente, o termo mais usado é qualidade de vida relacionada à saúde – QVRS (Health Related Quality of Life) (MINAYO, HARTZ; KIMURA, 2000c; FAYERS; MACHIN, 2000).

O conceito da expressão qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), segundo Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997) e Gianchello (1996), representa outros conceitos tais como a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas e, também os danos a elas relacionados. Para Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997), QVRS é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial. Conceito similar é apresentado por Ginchello (1996) como sendo o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Seguindo esse mesmo raciocínio, Heyland et al. (1998) distinguem os conceitos de QV e QVRS, sendo que, QV significa o bem-estar do indivíduo de modo mais generalizado, determinada tanto pelo estado de saúde como por outras variáveis tais como relações sociais, situação de trabalho entre outros. Já QVRS corresponde aos aspectos de

saúde que são valorizados pelas pessoas e que se sobrepõem aos componentes da QV geral. Explicam que essa área de sobreposição compreende os estados de saúde e funções que são valorizados pelas pessoas e que influenciam diretamente a percepção subjetiva de bem-estar. Ressaltam que as medidas de saúde (estado e função de saúde) podem ser categorizadas como aquelas que as pessoas intrinsecamente valorizam (por exemplo, a habilidade de caminhar sem sentir falta de ar) e aquelas que não são valorizadas da mesma forma (por exemplo, o desempenho em testes laboratoriais) não dependendo, necessariamente, da avaliação subjetiva das pessoas.

Os referidos autores, portanto, destacam a dependência das respostas subjetivas dos pacientes na medida da QVRS como o fator que a diferencia dos outros aspectos do estado de saúde.

Ainda não existe consenso entre os autores sobre o conceito qualidade de vida e também QVRS, devido à complexidade e à subjetividade do assunto. Na tentativa de se chegar numa totalidade, novos temas passam a englobar sua definição. No entanto, para este estudo, conceito de qualidade de vida relacionada à saúde, aqui considerado, é aquele que abrange atributos valorizados pelo paciente, incluindo: sensação de bem-estar, atividades para as quais eles são capazes de manter razoável função física, emocional e intelectual e o grau para os quais eles conservem suas habilidades para participarem das atividades de valores na família, no trabalho e na comunidade (WENGER; FURBERG, 1990).

Com relação à QVRS, entre indivíduos hipertensos, importante consideração a respeito do acompanhamento de pacientes com hipertensão é que os métodos usados para reduzir a pressão arterial não devem interferir na qualidade de vida do paciente (FLETCHER, 1999).

Reis e Glashan (2001), em estudo quanto à percepção da gravidade da doença e de qualidade de vida entre adultos hipertensos, revelaram que, embora a HAS seja doença grave

e que leva a sérias complicações cardiovasculares, na visão do hipertenso sua doença não é grave e sua qualidade de vida é boa.

Bardage e Isacson (2000), em estudo com 5 404 pessoas, usando o instrumento SF-36, mostraram que mesmo com a idéia tradicional que HAS é doença assintomática, pessoas com HAS têm pior qualidade de vida relacionada à saúde do que aquelas não hipertensas. Alguns autores apontam que, por possuírem doença crônica essa baixa percepção geral de saúde está relacionada à crença que sua saúde provavelmente irá piorar (MACHORNEY, WARE, RACZEK, 1993; WARE et al., 1993).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com hipertensão arterial participantes do grupo de convivência educativa, utilizando instrumento genérico de avaliação.

2.2 Específicos

- Caracterizar os indivíduos com hipertensão arterial participantes do grupo de convivência educativa segundo as variáveis: sócio-demográficas e econômica; hábitos de vida (atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica); dados relacionados a hipertensão arterial sistêmica (co-morbidades, uso de medicamentos antihipertensivos, controle dos níveis pressóricos, tempo de progressão da HAS) e tempo de participação nas atividades educativas em grupo.
- Comparar a QVRS entre indivíduos com hipertensão arterial participantes do grupo de convivência educativa com as variáveis acima citadas.
- Avaliar a contribuição do grupo de convivência na qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão arterial.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal quantitativo que buscou caracterizar os indivíduos com hipertensão arterial participantes do grupo de convivência Renascer, município de Sacramento, MG, e avaliar a QVRS dessas pessoas, identificando os possíveis fatores que influenciam na determinação dessa condição, bem como a contribuição do grupo de convivência na qualidade de vida dos participantes.

Esse tipo de estudo caracteriza-se pela determinação simultânea do fator de interesse e do desfecho em investigação em uma população bem definida. As vantagens desse estudo são: facilidade de execução, baixo custo e rapidez nos resultados, pois não há necessidade de seguimento. As informações obtidas subsidiam os governantes e administradores da saúde para a alocação de recursos e planejamento de programas educativos ou preventivos. (MEDEIROS; FERRAZ M.B., 1998).

O estudo transversal trata-se de “retrato” da associação em dado momento (MEDEIROS; FERRAZ M.B., 1998) e examina as características, atitudes, comportamentos e as intenções de um grupo de pessoas, solicitando às pessoas respostas às perguntas, seja por meio de entrevistas ou de questionários auto-administrados (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.2 População

Participaram do estudo indivíduos com hipertensão arterial de ambos os sexos, maiores de 18 anos, cadastrados no grupo Renascer, num período mínimo de um ano antes da data da entrevista, residentes no município de Sacramento, MG.

Considerando as informações obtidas, através do cadastro de indivíduos com hipertensão arterial do Grupo Renascer, junto à equipe do Centro de Referência de

Especialidades e Serviços (CRES), a população do presente estudo foi estimada em 180 sujeitos, sendo constituída por todos os indivíduos com hipertensão arterial, a fim de assegurar melhor representatividade, devidamente inscritos no Grupo Renascer do Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES) do Município de Sacramento, MG.

Dos 180 indivíduos com hipertensão arterial, 21 foram excluídos do estudo devido à incompatibilidade com os critérios de inclusão, 22 não foram localizados e 6 foram a óbito. Portanto, a população do estudo foi composta por 131 indivíduos com hipertensão arterial, participantes do Grupo Renascer.

Critérios de inclusão

- Diagnóstico de hipertensão arterial.
- Ter sido cadastrado no grupo de educação em saúde no período mínimo de um ano anterior à data da coleta de dados (entrevista).
- Morar no município de Sacramento, MG.
- Ter idade superior a 18 anos.
- Consentir em participar da pesquisa.

3.3 Implementação do estudo

Foi encaminhado, inicialmente, ofício à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Sacramento, MG (Apêndice B), contendo informações sobre os objetivos científicos do presente estudo, na tentativa de se obter autorização do referido órgão para a coleta das informações desejadas junto aos indivíduos com hipertensão arterial pertencentes ao Grupo Renascer do CRES. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade

de São Paulo (Anexo B), bem como ao processo de qualificação junto aos componentes da banca examinadora.

Em período anterior ao início das avaliações, realizou-se um encontro com a profissional convidada a auxiliar na coleta das informações, visando o esclarecimento e a familiarização com os procedimentos que deveriam ser empregados durante a coleta de dados. Além disso, buscando assegurar a validade interna da pesquisa, um estudo piloto foi realizado com o objetivo de verificar as dificuldades apresentadas pelo instrumento e proceder às adequações necessárias para estabelecer linguagem padronizada e acessível na obtenção das informações sobre a QVRS e aspectos relacionados à HAS e participação no grupo de convivência.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período correspondente entre o final do mês de maio e final do mês de agosto de 2006. Na tentativa de facilitar a presença do indivíduo ao CRES e minimizar possíveis inconveniências de tempo para os indivíduos, optou-se por realizar as coletas de dados em horários de comum acordo entre o indivíduo e os avaliadores, compreendidos no horário de funcionamento do CRES, de segunda-feira a sexta-feira (das 7 às 16 h). Era solicitado ao paciente que levasse no dia da entrevista o seu cartão de controle da pressão arterial.

No que se refere à organização no momento da coleta de dados, optou-se por trabalhar com dois avaliadores. As entrevistas que abordaram a questão da QVRS foram realizadas por uma pessoa que não possui vínculo com o grupo e previamente treinada pela autora deste estudo. As outras informações da pesquisa foram realizadas pela autora e pesquisadora deste estudo.

Era entregue ao indivíduo, inicialmente, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), solicitando a devolução do mesmo após sua assinatura, garantindo assim a autorização para a participação na pesquisa.

Em seguida, eram avaliadas as medidas antropométricas e a entrevista abordando as questões sobre a participação no grupo e aquelas relacionadas à hipertensão arterial. Essas informações eram obtidas tanto através de entrevista como em consulta no prontuário do indivíduo.

Logo após era realizada a medida da pressão arterial, também pela autora deste estudo. O procedimento foi realizado conforme as recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006).

Por fim, o indivíduo era encaminhado para outra avaliadora para ser submetido a entrevista relacionada à QVRS.

Todas essas etapas foram realizadas em salas individualizadas, com portas fechadas, respeitando a privacidade do sujeito e propiciando a criação de ambiente organizado e calmo, favorecendo a concentração para os avaliadores no preenchimento do questionário e propiciando tranquilidade ao participante nos momentos das entrevistas bem como na aferição da pressão arterial.

3.5 Instrumento e Variáveis de Medida do estudo

Instrumento

O instrumento para coleta de dados constituiu de formulário submetido a pré-teste, aplicado a 5 indivíduos com as mesmas características da população em estudo, visando identificar possíveis falhas na formulação das questões, confirmação da clareza dos itens e

verificação da necessidade de acertos do vocabulário. O instrumento era composto por questionário contendo questões fechadas e abertas, abrangendo: período de participação das atividades educativas (dado usado para contabilizar a frequência da participação dos hipertensos nas atividades educativas dos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista), dados sóciosdemográficos e econômicos (idade, sexo, cor da pele, escolaridade, renda mensal, estado civil e ocupação), co-morbididades, controle da pressão arterial (avaliado pela frequência de medidas da PA dos últimos doze meses anteriores à data da entrevista e a média das medidas da PAS e PAD, verificadas no dia da entrevista), uso de medicamentos, sedentarismo, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e tempo de diagnóstico. Uma questão abordou a qualidade de vida atual comparada com a qualidade de vida anterior à inserção do indivíduo com hipertensão arterial no Grupo Renascer (Apêndice A).

Quanto à qualidade de vida relacionada à saúde, foi utilizado o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) (WARE, 1992), na versão em língua portuguesa (CICONELLI, 1997). O SF-36 é instrumento genérico de avaliação de QVRS, formado por 36 itens, englobados em 8 domínios: capacidade funcional (10), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5), vitalidade (4), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás (Anexo A). Procedeu-se à transformação de cada escore, nos quais os resultados de cada componente variam de 0 a 100 (0 pior QVRS e 100 melhor QVRS) (CICONELLI, 1997).

A fim de visualizar melhor e de forma genérica os domínios do SF-36 podem ser divididos em dois grandes componentes, são eles: componentes físicos que englobam os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e componente mental que engloba os domínios aspectos sociais, vitalidade, saúde mental e aspectos emocionais (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994).

O benefício do SF-36 na avaliação do ônus representado pelas doenças e na comparação das doenças específicas com o padrão da população geral é demonstrado em inúmeros artigos abrangendo mais de 200 doenças e condições. Dentre essas doenças estudadas, a HAS está entre as mais freqüentes (TURNER; BARTLEY; WARE., 2002).

O interesse internacional pelo SF-36 tem aumentado. A tradução do SF-36 tem sido desenvolvida em mais de 60 países e tem sido o tema de destaque de mais de 800 publicações (IQOL, 2007).

A escolha do SF-36, para este estudo, baseou-se em: é um instrumento traduzido e validado no Brasil (CICONELLI, 1997), bem desenhado, multidimensional, de fácil e rápida administração e compreensão e de utilização por diversas doenças crônicas, além de ótima confiabilidade, apresentando α de Cronbach de 0,90 no trabalho realizado por Ciconelli (1997).

Antropometria

As medidas antropométricas foram coletadas por um único avaliador. O cálculo do índice de massa corporal (IMC) (peso/m^2) foi obtido através da coleta de dados de peso e altura, sendo o peso expresso em quilogramas (kg) e a estatura em metros (m). Para esse cálculo, foi aferido o peso através de balança mecânica de plataforma, marca Welny, calibrada pelo INMETRO, com variação de 100 gramas e capacidade máxima de 150kg, onde os pacientes foram posicionados em pé, no centro da base da balança, descalços e com roupas leves. A altura foi obtida através da utilização de estadiômetro de metal acoplado à própria balança, com variação de 0,1cm, onde os indivíduos eram posicionados em pé, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo. A classificação do IMC seguiu os critérios da Organização Mundial da Saúde, no qual o

sobrepeso é definido um IMC de 25 a 29,9kg/m², e a obesidade, como um IMC acima de 30kg/m². A obesidade foi dividida em três classes: grau I (leve), com IMC de 30 a 34,9kg/m²; grau II (moderada), com IMC de 35 a 39,9kg/m² e grau III (severa), com IMC de 40kg/m² ou mais.

A medida da circunferência abdominal seguiu as recomendações da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2005), sendo que o valor é obtido através da medida no meio da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior, representa o índice antropométrico mais representativo da gordura intra-abdominal e foi utilizada fita métrica com medidas em centímetros (cm). Os valores que indicam obesidade abdominal são maiores que 102cm para os homens e 88cm para mulheres.

Pressão arterial

O método utilizado para a medida da PA foi o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro aneróide com o paciente na posição sentada.

O aparelho utilizado na aferição da pressão arterial encontrava-se em ótimo estado de uso, adquirido pela autora deste estudo em 2006. É um esfigmomanômetro aneróide da marca Welch Allyn (Tycos), modelo DS4, devidamente calibrado com aprovação do IMETRO, em 8 de março de 2006, confirmado através do certificado de verificação N° 027006.

Para evitar erros e garantir os valores verificados, havia disponível diferentes tamanhos de larguras de manguitos (8cm, 10cm, 12cm e 16cm), adequados conforme 40% da circunferência do braço de cada paciente, seguindo as recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

3.6 Tratamento estatístico

A análise descritiva foi realizada através de tabelas e gráficos de distribuição de frequência e medidas descritivas como média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Possíveis associações entre as variáveis serão estudadas a partir do teste qui-quadrado de Pearson.

Comparações de médias de cada um dos 8 domínios do SF-36 entre grupos (por exemplo, homens e mulheres) foram estudadas a partir de análise de variância não-paramétrica KRUSKAL-WALLIS (para mais de dois grupos) e MANN-WHITNEY (para até dois grupos). As correlações entre os domínios do SF-36 e outras variáveis contínuas (como idade) foram calculadas com o teste de correlação de Spearman. O nível de significância adotado era 0,05.

Foi utilizado o programa SPSS Windows *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 11.5.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização sócio-demográfica e econômica da população

As variáveis sócio-demográficas abordadas neste estudo foram: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e se reside sozinho e, quanto às variáveis econômicas, foram abordadas a ocupação e a renda familiar *per capita*, dada por salário mínimo (SM).

Participaram do estudo 131 indivíduos de ambos os sexos, sendo 98 (74,8%) mulheres e 33 (25,2%) homens, com idade média de 64,48 anos, desvio padrão de 9,75 anos e mediana de 66 anos, sendo a idade mínima 33 anos e a máxima de 84 anos.

As características sócio-demográficas e econômicas da população estudada estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas e econômicas dos indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo sexo. Sacramento, MG, 2007.

Variáveis Sociodemográficas/econômicas	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária						
30 – 49	7	77,8	2	22,2	9	100
50 – 59	29	85,3	5	14,7	34	100
60 – 69	34	79,1	9	20,9	43	100
70 - 79	25	64,1	14	35,9	39	100
80+	3	50,0	3	50,0	6	100
Cor da Pele						
Branca	84	76,4	26	23,6	110	100
Não branca	14	66,7	7	33,3	21	100
Escolaridade (anos de estudo)						
Menos 1 ano	19	65,5	10	34,5	29	100
1 – 4	56	75,7	18	24,3	74	100
5 – 8	12	75,0	4	25,0	16	100
9+	11	91,7	1	8,3	12	100
Estado Civil						
Casado(a) ou mora companheiro(a)	48	67,6	23	32,4	71	100
Solteiro	5	71,4	2	28,6	7	100
Viúvo(a)	33	91,7	3	8,3	36	100
Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)	12	70,6	5	29,4	17	100
Mora sozinho(a)						
Sim	13	76,5	4	23,5	17	100
Não	85	74,6	29	25,4	114	100
Ocupação						
Aposentado(a)	28	50,9	27	49,1	55	100
Serviço braçal	10	62,5	6	37,5	16	100
Do Lar	49	100	0	0	49	100
Outros	11	100	0	0	11	100
Renda per capita (SM)*						
Menos 1	36	76,6	11	23,4	47	100
+1 – 2	48	73,8	17	26,2	65	100
+2 – 3	12	75,0	4	25,0	16	100
+ 3 - +4	2	66,7	1	33,3	3	100
Total	98	74,8	33	25,2	131	100

* O salário mínimo (SM) vigente era de R\$ 350,0

A faixa etária dos participantes apresentou predominância entre 60 e 69 anos 43 (32,8%), seguida de 70 a 79 anos 39 (29,8%) e em menor número de 50 a 59 anos 34 (26%).

A população de Sacramento, MG, é constituída, segundo estimativa do IBGE (2005) por 22 020 habitantes, dentre elas 1 224 (5,55%) são indivíduos com hipertensão arterial (hiperdia-dataSUS). Acredita ser esse número de indivíduos com hipertensão arterial subestimado pelo fato de o processo de cadastramento do programa hiperdia não estar ainda concluído. A grande maioria dos indivíduos com hipertensão arterial que foram cadastrados nesse programa é do sexo feminino 825 (67,4%). Quanto à faixa etária, em ordem decrescente há 360 (29,7%) entre 60 e 69 anos; 291 (23,8%) entre 50 e 59 anos e em seguida 206 (16,8%) entre 70 e 79 anos, dados que coincidem com os apresentados em nosso estudo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) define a população idosa como aquela a partir de 60 anos de idade, mas faz distinção quanto ao local de residência dos idosos. Esse limite é válido nos países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos.

Vários estudos apontam maior prevalência de HAS no sexo masculino, como mostra o estudo de Mion et al. (2004), no qual, em amostra de 864 pessoas, a prevalência de HAS foi maior no sexo masculino com idade igual ou maior que 50 anos.

Observa-se, neste estudo, que a participação de indivíduos com hipertensão arterial do sexo feminino é mais que o dobro do masculino. Alves e Godoy (2001) referem que, em estudos realizados em instituições, tal fato costuma ocorrer. As mulheres percebem e relatam seus problemas de saúde mais do que os homens, assim como procuram mais pelos serviços de saúde.

No Brasil, mais mulheres (24,4%) do que homens (18,4%) referem o diagnóstico médico prévio de HAS. Em ambos os sexos, o diagnóstico de HAS se torna mais comum com

a idade, alcançando cerca de 5% dos indivíduos entre 18 e 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 65 anos ou mais (BRASIL, 2007).

A pressão arterial aumenta com a idade (VASAN et al., 2001), o que pode ser explicado pela rigidez arterial, real determinante da HAS, relacionada ao envelhecimento (NICHOLS; O'ROURKER, 1998). Estudos populacionais de prevalência de HAS como o NHANES III mostram que 74% dos indivíduos com hipertensão arterial americanos têm mais de 50 anos (FRANKLIN et al., 1997). Estudo na cidade de Bambuí, MG, com todos os habitantes da cidade com 60 anos, ou mais, mostra prevalência de 44,9% nessa faixa etária, contra 12,8% entre indivíduos de 18 a 59 anos (LIMA et al., 2001). Em outro estudo, na cidade de Santos, SP, a prevalência foi ainda maior, 57,7% da população idosa avaliada apresentava HAS (SOARES et al., 1999). Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), 60% dos idosos brasileiros são hipertensos e representam grupo de risco para doenças cardiovasculares, explicada pela elevação isolada da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso.

A somatória das faixas etárias correspondentes aos idosos, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, no presente estudo, representou a maioria 88 (67,2%) dos participantes.

Em relação à cor da pele, a grande maioria dos indivíduos com hipertensão arterial 110 (84%) era branca e apenas 21 (16%) não eram brancos (Tabela 1).

A prevalência de HAS na raça negra é quase duas vezes maior que na branca. Em geral, a pressão arterial é, ligeiramente, mais alta na raça negra em relação à branca. Encontrase ainda em estudo as explicações para esse fato, considerando a hipótese de ser fator genético o responsável por essa diferença (LUNA, 1989).

Em ambos os sexos, o nível de escolaridade de predominância esmagadora é o ensino fundamental incompleto (107-81,7%), evidenciando que 74 (56,4%) possuem de 1 a 4

anos de estudo e 29 (22,1%) menos de 1 ano de estudo.

No Brasil, indivíduos com até oito anos de escolaridade são aqueles que mais referem diagnóstico médico de HAS. Entre mulheres é mais marcada a associação entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 32,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade referem diagnóstico de HAS, a mesma condição é observada apenas entre 13,6% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (BRASIL, 2007).

Na Tabela 2, está apresentado a relação entre as variáveis sócio-demográficas e econômicas com os níveis pressóricos. Os níveis pressóricos foram classificados em: controlados, quando o valor da PAS for menor que 140mmHg e a PAD menor que 90mmHg e, alterados, quando a PAS e a PAD, ou ambas apresentarem valores maiores ou iguais a 140mmHg e 90mmHg, respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas e econômicas, segundo valores dos níveis pressóricos dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo. Sacramento, MG, 2007

Variáveis Sociodemográficas / econômicas	Níveis Pressóricos						p*
	Controlados		Alterados		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,50
Feminino	17	51,5	16	48,5	33	100	
Masculino	57	58,2	41	41,8	98	100	
Faixa Etária (em anos)							0,39
30-59anos (adultos)	22	51,2	21	48,8	43	100	
≥60anos (idosos)	52	59,1	36	40,9	88	100	
Cor da pele							0,06
Branca	66	60,0	44	40,0	110	100	
Não branca	8	38,1	13	61,9	21	100	
Escolaridade (anos de estudo)							0,35
Menos 1	18	62,1	11	37,9	29	100	
1 a 4	40	54,1	34	45,9	74	100	
5 a 8	7	43,8	9	56,3	16	100	
9+	9	75,0	3	25,0	12	100	
Ocupação							0,12
Aposentado	31	56,4	24	43,6	55	100	
Serviço braçal	5	31,3	11	68,7	16	100	
Do lar	32	65,3	17	34,7	49	100	
Renda familiar per capita (SM)							0,62
≤ 1	51	58,0	37	42,0	88	100	
> 1	23	53,5	20	46,5	43	100	

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Na Tabela 2, observa-se que, dentre os participantes que possuem 9 anos ou mais de estudo, apenas 3 (25%) apresentaram PA elevada, enquanto aqueles que possuem menos de 1 até 8 anos de estudos, 54 (45,4%) apresentaram PA elevada, entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

O nível de escolaridade representa fator importante no planejamento e implementação das atividades educativas, uma vez que essas devem se adequar à linguagem de fácil compreensão, facilitando a comunicação e visando o entendimento e a participação dos indivíduos com hipertensão arterial nas orientações propostas.

Quanto ao estado civil, em ambos os sexos, a maioria (71-54,2%) é casada ou mora com companheiro(a). Em seguida, estão os viúvos (36-27,5%), dos quais a maioria pertence ao sexo feminino (33-25,2%).

A grande maioria dos indivíduos com hipertensão arterial não mora sozinha (114-87%), somente 17 (13%) moram sozinhos. Daqueles que não moram sozinhos, a maioria é casado (71-54,2%). Apesar de 36 (27,5%) dos indivíduos com hipertensão arterial serem viúvos, 25 (19,1%) não moram sozinhos. O mesmo não acontece com os separados, desquitados ou divorciados, em que a maioria dos indivíduos com hipertensão arterial 12 (9,2%) dos 17 (13%), mora sozinha.

Segundo Smeltzer e Bare (1998), as pessoas que vivem só enfrentam outros problemas além daqueles relacionados à doença, principalmente quando são incapazes de cuidarem de si mesmas e os recursos da comunidade, ou dos filhos, não são suficientes para sua assistência, levando, assim, à institucionalização.

Observando a Tabela 1, a ocupação de maior destaque entre o sexo feminino é a do lar, com 49 mulheres (37,4%), e entre o sexo masculino, os aposentados, com 27 sujeitos (20,6%). No Brasil, especificamente na Região Sudeste, a proporção das pessoas idosas aposentadas corresponde a 80,8% no sexo masculino e 46,8% no feminino (IBGE, 2005).

Segundo Brasil (1993), há maior prevalência de HAS em algumas ocupações. Isso se define de acordo com as características físicas do trabalho, a saber: barulho, vibração, temperaturas extremas, substâncias químicas e tóxicas e outras como: trabalho sob pressão de

tempo, falta de liberdade, trabalho sob supervisão severa, atividades repetitivas, falta de controle sobre ambiente de trabalho e instabilidade de emprego.

Estudo com funcionários públicos mostra que a morbidade por doença coronariana e HAS é menor nos administradores e profissionais de nível superior do que nos funcionários não-especializados e menos graduados (MARMOT et al., 1978).

Neste estudo, quanto às ocupações, as pessoas que trabalham com serviço braçal apresentaram PA mais elevada (11-68,7%), a seguir vêm os aposentados (24-43,6%).

A renda familiar *per capita* apresentou média de 1,12 salários mínimos, com valor mínimo de 0,25 SM e o máximo de 4 SM, desvio padrão de 0,62 SM, e amplitude interquartílica de 0,5 SM (Q1=0,75 SM e Q3=1,25 SM).

A Tabela 1 mostra, também, que a grande maioria (65-49,6%) ganha entre um e dois salários mínimos, em seguida 47 (35,8%) ganham menos de um salário mínimo. Nota-se, a partir dos dados apresentados acima, que os participantes do Grupo Renascer, em geral, pertencem a classe de baixa renda econômica, lembrando que o salário mínimo vigente a partir de abril de 2006 era de 350,00 reais.

Os resultados deste estudo mostram compatibilidade com a situação econômica da maioria da população brasileira. Dados do IBGE (2005) revelam a distribuição percentual de rendimento mensal familiar *per capita* em salários mínimos das grandes regiões, Unidades da Federação e regiões metropolitanas, onde 51,3% ganham menos de um salário mínimo, e 23,2% ganham de um a dois salários mínimos.

Neste estudo, os participantes que ganhavam mais de um salário mínimo apresentaram porcentagem maior de PA elevadas 20(46,5%) comparados aos participantes com menores rendas.

Alguns estudos relacionam a pressão arterial com a organização social. Dentre esses, Rose e Marmot (1981) concluíram que a classe social baixa é fator de risco,

independente, para cardiopatia isquêmica, sendo mais importante que o colesterol sérico, o tabagismo ou a HAS.

A prevalência de HAS é de duas a três vezes maior nos trabalhadores dos setores econômicos terciário e secundário do que nos proprietários e outros segmentos privilegiados. Tal fato é explicado devido à concentração da riqueza e do acesso aos bens materiais, ou da submissão, e à repressão na vida social dos indivíduos (COSTA; KLEIN, 1985).

Kitagawa e Hauser (1973) relatam que a pobreza está associada à maior prevalência de todas as doenças, bem como à maior mortalidade por todas as causas, inclusive em faixas etárias mais jovens.

Confirmando as afirmativas acima citadas, este estudo mostrou que o maior número de morbidades ficou concentrado entre as classes com menor renda *per capita*. Dentre os participantes que apresentaram de um a três morbidades e quatro ou mais morbidades, a grande maioria ganha menos de um salário mínimo, 58 (71,6%) e 7 (87,5%), respectivamente.

Com essa mesma afirmativa, Brasil (1988) mostra que a elevação da renda familiar de 3 000 dólares/ano para 10 000 dólares/ano está inversamente relacionada com o nível de pressão arterial sistólica, na população de sete a setenta e quatro anos.

Por outro lado, o indivíduo com hipertensão arterial e seus familiares, por vezes, deparam com a aposentadoria precoce, que leva à redução de renda familiar, interferindo na qualidade de vida desses indivíduos, bem como dificultando a adesão ao tratamento (BRASIL, 1993).

4.2 Caracterização quanto aos dados da HAS e hábitos de vida da população

Os hábitos de vida, associados à etiologia da hipertensão avaliados, foram: atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, e os fatores relacionados à HAS:

obesidade, co-morbididades, níveis pressóricos, tempo de progressão da HAS e uso de medicamentos.

Na Tabela 3 estão apresentados os dados clínicos e hábitos de vida dos pacientes estudados e, na Tabela 4, a relação dessas variáveis com os níveis pressóricos.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis clínicas e hábitos de vida dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo o sexo. Sacramento, MG, 2007

Variáveis clínicas e hábitos de vida	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Atividade Física						
Sim	39	79,6	10	20,4	49	100
Não	59	72,0	23	28,0	82	100
Tabagismo						
Sim	11	100	0	0	11	100
Não	87	72,5	33	27,5	120	100
Bebida Alcoólica						
Sim	2	14,3	12	85,7	14	100
Não	96	82,1	21	17,9	117	100
Obesidade						
Sim	33	80,5	8	19,5	41	100
Não	65	72,7	25	27,8	90	100
Comorbidades						
0	28	68,3	13	31,7	41	100
1 – 3	64	78,0	18	22,0	82	100
4+	6	75,0	2	25,0	8	100
Número medicamentos						
1 – 2	80	72,7	30	27,3	110	100
3 - 4	18	85,7	3	14,3	21	100
Segue corretamente a prescrição						
Sim	53	74,6	18	25,4	71	100
Não	45	75,0	15	25,0	60	100
Níveis Pressóricos						
Controlados	57	77,0	17	23,0	74	100
Alterados	41	71,9	16	28,1	57	100

Tabela 4 - Distribuição das variáveis clínicas/hábitos de vida, segundo valores dos níveis pressóricos, dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência. Sacramento, MG, 2007

Variáveis clínicas/hábitos de vida	Níveis Pressóricos						p*
	Controlados		Alterados		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Atividade Física							0,227
Sim	31	63,3	18	36,7	49	100	
Não	43	52,4	39	47,6	82	100	
Tabagismo							0,617
Sim	7	63,6	4	36,4	11	100	
Não	67	55,8	53	44,2	120	100	
Bebida alcoólica							0,026*
Sim	4	28,6	10	71,4	14	100	
Não	70	59,8	47	40,2	117	100	
Obesidade							0,659
Sim	22	53,7	19	46,3	41	100	
Não	52	57,8	38	42,2	90	100	
Comorbidades							0,480
Sim	49	54,4	41	45,6	90	100	
Não	25	61,0	16	39,0	41	100	
Numero medicamentos							0,947
1 a 2	62	56,4	48	43,6	110	100	
3 a 4	12	57,1	9	42,9	21	100	
Segue prescrição							0,015*
Sim	47	66,2	24	33,8	71	100	
Não	27	45,0	33	55,0	60	100	

* Estatisticamente significativo para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Quanto à realização de atividades físicas, a grande maioria dos participantes não as realiza (82-62,6%) sendo que apenas 49 (37,4%) realizam algum tipo de atividade física e entre esse grupo, as mulheres representam a maioria (39-29,8%).

Dentre as atividades físicas mais praticadas, destacam-se a caminhada (29-22,1%) e a hidroginástica (21-16%). A maioria realiza apenas um tipo de exercício (23-17,6%) seguida daqueles que realizam dois tipos (19-14,5%).

O tempo, em meses, de realização de atividade física entre os participantes variou de um mês a 360 meses, apresentando média de 57,94 meses, mediana de 48 meses e desvio padrão de 59,62 meses. Quanto à duração de cada exercício físico, a média apresentada foi de 57,55 minutos, variando de 30 a 90 minutos e desvio padrão de 13,31 minutos. A média de vezes por semana daqueles que realizam atividade física foi de 4,41 dias, variando de 1 a 7 dias por semana, mediana de 4 dias e desvio padrão de 1,61 dias.

A prática de exercício físico apresentada pelas médias de duração e frequência, realizadas pelos participantes do grupo, estão de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006) que recomenda para todos os indivíduos com hipertensão arterial, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, a prática de exercícios aeróbicos dentre eles natação, caminhada, corrida, dança e ciclismo, de três a cinco vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos/dia. Seguindo essas recomendações, a pressão arterial sistólica reduz 6,9mmHg e diastólica até 4,9mmHg. Ressalta, ainda, que indivíduos com hipertensão arterial em estágio três só devem iniciar o exercício após o controle da pressão arterial.

Para a maioria das pessoas, caminhar 30 minutos, diariamente, ou na maioria dos dias da semana, tem efeito benéfico e não oferece riscos. Estudo indica que a atividade física de intensidade leve a moderada, praticada nessas condições, contribui para a redução da pressão arterial de indivíduos hipertensos (BRASIL, 2002).

Atividades físicas moderadas são aquelas que aumentam o ritmo dos batimentos cardíacos, fazendo com que a pessoa se mantenha aquecida e respire um pouco mais rápido que o normal, mas sem dificuldade (BRASIL, 2002).

Estima-se que a prevalência do sedentarismo seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira (FUCH; MOREIRA; RIBEIRO, 1993).

Contradizendo o estudo acima, pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, no ano 2006, com 54 mil adultos, constatou que o sedentarismo foi mais presente no sexo masculino (39,8%) do que no sexo feminino (20,1%) e tende a aumentar com a idade para ambos os sexos. Esses dados vão ao encontro dos resultados deste estudo, no qual a porcentagem de sedentários foi maior nos homens (69,6%) do que nas mulheres (60,2%).

Ainda, nesse mesmo estudo do Ministério da Saúde, em relação ao nível de escolaridade, o grupo de pessoas com doze ou mais anos de escolaridade encontra-se em situação mais desfavorável com 50,7% dos homens e 41,4% das mulheres sem realizar qualquer atividade física (BRASIL, 2007).

Os benefícios que o exercício físico traz para a saúde são inúmeros tais como: redução do risco de morte por doenças cardiovasculares, redução do risco de desenvolver diabetes, HAS e câncer de cólon e mama, melhoria do nível da saúde mental, benefícios para o sistema esquelético e articulações, melhoria do funcionamento corporal, preservação da independência dos idosos, controle do peso corporal e favorecimento para a redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas (BRASIL, 2002).

O efeito do exercício físico sobre os níveis de repouso da pressão arterial de grau leve a moderado é especialmente importante, uma vez que o indivíduo com hipertensão arterial pode diminuir a dosagem dos seus medicamentos anti-hipertensivos, ou até ter a sua pressão arterial controlada, sem a adoção de medidas farmacológicas (FUCHS; MOREIRA; RIBEIRO, 1993). A tendência para a utilização precoce de agentes farmacológicos foi substituída por agentes não farmacológicos, dentre eles, o exercício físico aeróbico tem sido recomendado para o tratamento da HAS leve (RONDON; BRUM, 2003).

Luna (1989) aponta que os tipos de exercícios recomendados para indivíduos com hipertensão arterial podem ser variados, desde que exercite os grandes grupos do tronco, das pernas e dos braços. Os melhores exercícios são os aeróbios e permitem melhor desempenho da atividade, estimulando o sistema de transporte de O₂ do organismo.

A diminuição da pressão arterial, estimulada pelo exercício físico, ocorre devido à redução do débito cardíaco. Tal fato se explica pela diminuição da frequência cardíaca de repouso, pela diminuição do tônus simpático no coração (NEGRÃO; RONDON, 2001) e o conseqüente acréscimo da vasodilatação periférica (BROWNLEY et al., 2003), que parece estar relacionada à elevação da secreção de opióides endógenos, provocada pelo exercício, que possuem efeito vasodilatador direto (FORJAZ et al., 1998).

Como se pode observar na Tabela 4, os participantes que não realizam atividade física apresentaram maior porcentagem (39-47,6%) de níveis elevados da PA comparados com aqueles que realizam (18-36,7%), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Vários estudos constataram a redução significativa da pressão arterial após realização de exercícios físicos. Ishikawa et al. (1999) estudaram 109 indivíduos com hipertensão arterial nos estágios I e II, que realizaram treinamento leve por oito semanas, em academias. Os indivíduos idosos apresentaram menor redução nos níveis pressóricos do que os indivíduos jovens. Não foi observada influência do sexo nos resultados. Outro estudo, envolvendo 217 pacientes de ambos os sexos, com idade variando de 35 a 83 anos, mostrou que a adesão a medidas não farmacológicas, dentre as quais a prática de exercício físico, promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos (FERREIRA et al., 1999).

Outro estudo com 207 indivíduos com hipertensão arterial essencial de graus um e dois, submetidos a programa de exercício físico por oito semanas, cuja menor frequência era de 30 a 60 minutos/semana, Takata, K; Ohta e Takata, H (2003) concluíram que houve

significativa redução na pressão arterial sistólica e diastólica em repouso nos grupos submetidos a exercícios. Não houve relação estatisticamente significativa entre a frequência de exercícios por semana e a magnitude de decréscimo dos níveis pressóricos provocado pelos exercícios.

Em relação ao tabagismo, 54,2% dos participantes nunca fumaram, e apenas 8,4% dos participantes faziam uso de algum tipo de fumo, sendo todos do sexo feminino. A média de tempo em uso de fumo foi de 41 anos, no qual o tipo de cigarro mais consumido foi o de papel (8,4%). Por outro lado, há número maior de participantes que já fizeram uso de fumo (37,4%), sendo a maioria (19,1%) do sexo masculino, durante 28,42 anos (média) com consumo médio de 19,42 cigarros por dia, sendo esse consumo maior do tipo de cigarro de papel (42%), metade do tipo cigarro de palha (21%).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, o hábito de fumar é mais predominante no sexo masculino que no sexo feminino e 90% dos fumantes iniciam o consumo do tabaco antes dos 21 anos de idade, faixa em que a personalidade do indivíduo ainda se encontra em fase de construção (BRASIL, 1996).

Neste estudo, 75,5% dos ex-fumantes iniciaram o uso do fumo antes dos 21 anos e 81,8% deles estavam entre os atuais fumantes.

Dentre os principais motivos que levaram alguns participantes a cessarem o consumo de fumo, observa-se a referência aos problemas de saúde (19,1%) e às orientações recebidas pelos profissionais de saúde (10,7%).

O protocolo do Ministério da Saúde destaca a dificuldade encontrada pelos fumantes na luta para parar de fumar, pois a nicotina é considerada droga que provoca vício comparado à dependência de cocaína e/ou heroína (BRASIL, 2002).

O hábito de fumar é o principal fator de risco para doenças do coração e dos vasos sanguíneos, bem como para o câncer e lesões pulmonares irreversíveis como enfisema e bronquite crônica (BRASIL, 2002).

Smeltzer e Bare (1998) relatam a influência do cigarro na HAS. A nicotina causa vasoconstrição através da liberação de catecolaminas, induzida pela ação do ácido nicotínico presente no tabaco.

Neste estudo, aqui, encontrou-se dados incongruentes com os dados mostrados na literatura em relação ao tabagismo e o aumento dos níveis pressóricos. Os participantes não fumantes apresentaram maior porcentagem de níveis elevados da PA (53-44,2%) em comparação com os fumantes (4-36,4%), porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Apesar do número de fumantes ter sido relativamente pequeno (8,4%), o tema deverá ser discutido mais vezes com os sujeitos do estudo, abrangendo seus efeitos e riscos para a saúde. Procurar-se-á estratégias mais eficazes, através de parcerias com entidades contra o tabagismo, acompanhamento mais próximo e intenso do indivíduo fumante, pela equipe e apoio familiar. Buscar-se-á estimular o abandono do vício, uma vez colocados os malefícios para a saúde, em especial para os indivíduos com hipertensão arterial.

Segundo Brasil (1988), as ações contra o tabagismo não devem ser voltadas somente para os tabagistas, mas também para os não tabagistas, objetivando não se tornarem fumantes, expondo-se os efeitos nocivos do fumo e o fato de aumentar o risco cardiovascular.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 10,7% dos participantes consomem, no mínimo, uma vez por semana, sendo em maior quantidade a cerveja (7,6%) e os destilados (5,3%). Dentre esses participantes, 85,7% são do sexo masculino. O tempo médio do uso é de 31,57 anos e a maior frequência foi duas vezes por semana (3,1%). Os que já consumiram bebida alcoólica anteriormente representam 9,2% dos participantes, com maior consumo de

destilados (7,6%) e, em seguida, cerveja (3,1%). Dentre eles, também a maioria pertencia ao sexo masculino (75%). Esses dados vão ao encontro de outros sobre a situação brasileira, na qual o consumo de bebida alcoólica é duas vezes maior no sexo masculino que no sexo feminino (BRASIL, 2007).

Os participantes ex-consumidores de bebida alcoólica, quando indagados quanto aos motivos que os levaram ao abandono do consumo de bebidas alcoólicas afirmaram ter sido devido a problemas de saúde adquiridos com o consumo de bebidas alcoólicas (3,1%) e por outros motivos (3,8%).

O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, sendo que a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão. As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) recomenda o abandono do consumo de bebidas alcoólicas aos que não se enquadrarem no consumo de, no máximo, 30g/dia de etanol para os homens e 15g/dia para as mulheres. Esses valores correspondem, aproximadamente, a 625ml de cerveja (2 latas), 312,5ml de vinho (2 taças de 150ml) e 93,7ml de destilados (2 doses de 50ml).

A afirmativa de que a bebida alcoólica constitui fator colaborativo para o aumento da pressão arterial foi confirmada também, neste estudo. Os participantes que consomem algum tipo de bebida alcoólica apresentaram porcentagem maior de níveis elevados da PA 10 (71,4%) comparado com os que não faziam uso de bebidas alcoólicas 47 (40,2%) e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

O consumo excessivo de etanol leva à maior prevalência para HAS, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e arritmias (KODAVALI; TOWNSEND, 2006).

Rosito, Fuchs e Duncan (1999) ressaltam o dobro da prevalência de HAS entre aqueles que consumiam 30 ou mais gramas de etanol por dia.

Estudo randomizado, tipo metaanálise, com o total de 2 234 participantes, investigou a associação da redução do consumo de álcool e a pressão arterial e revelou redução média de 3,31mmHg (2,52 a 4,1mmHg) na pressão sistólica e 2,04mmHg (1,49 a 2,58mmHg) na pressão diastólica (XIN et al., 2001).

Embora neste estudo não tenha sido abordada a quantidade ingerida de bebida alcoólica pelos participantes consumidores, faz-se necessário incentivá-los a cessar o consumo, adquirindo assim melhores hábitos de vida, principalmente entre os participantes do sexo masculino que formaram a grande maioria consumidora de bebidas alcoólicas. Faz-se necessário, também, promover o apoio e o acompanhamento dos ex-consumidores, para evitar que ocorram recaídas.

O cálculo do IMC (kg/m^2) foi obtido através da coleta de dados de peso e altura, sendo o peso expresso em quilogramas (kg) e a estatura em metros (m). A classificação do IMC seguiu os critérios da Organização Mundial da Saúde, na qual o sobrepeso é definido como um IMC de 25 a 29,9 kg/m^2 e a obesidade como um IMC acima de 30 kg/m^2 . A obesidade foi dividida em três classes: grau I (leve) com um IMC de 30 a 34,9 kg/m^2 ; grau II (moderada) com IMC de 35 a 39,9 kg/m^2 ; e grau III (severa) com um IMC de 40 kg/m^2 ou mais.

Entre os participantes, o IMC variou de 17,67 kg/m^2 a 54,43 kg/m^2 , apresentando média de 28,33 kg/m^2 e desvio padrão de 5,63 kg/m^2 .

Apenas 1,6% dos participantes estava na faixa de baixo peso e a grande maioria (41,4%) na faixa de sobrepeso. Constatou-se a obesidade em 30,5% dos participantes, sendo 21,1% de nível I e 4,7% nos níveis II e III. Evidencia-se a presença de obesidade entre os participantes do sexo feminino (33-80,5%) em comparação ao masculino (8-19,5%).

A prevalência de obesidade tem aumentado em todo o mundo, em ambos os sexos, e vem se tornando o maior problema de saúde na sociedade moderna na maioria dos

países desenvolvidos e em desenvolvimento. Na maioria dos países da Europa, verificou-se em 10 anos, aumento entre 10 e 40% de obesidade (WHO, 1998). Francischi et al. (2000) acreditam que um terço da população norte-americana esteja acima do peso desejável. No Brasil, os dados também são alarmantes, segundo Lollo e Latorre (1991), o sobrepeso representa 26,9 e 27,7%, para homens e mulheres, e 10,2 e 14,7% de obesidade para homens e mulheres, respectivamente. Coitinho et al. (1991) ressaltam que a prevalência ainda se acentua com a idade, atingindo valor maior na faixa etária de 45-54 anos (37% entre homens e 55% entre mulheres). Constatou-se, aqui, que a faixa etária apresentando maior porcentagem de obesos foi de 60 a 69 anos (11,5%).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2007), no Brasil, o excesso de peso predomina no sexo masculino e observa-se o aumento da frequência com a idade, até os 54 anos; no sexo feminino esse aumento ocorre até os 64 anos. Nota-se relação entre a frequência do excesso de peso e o nível de escolaridade. No sexo masculino, a frequência do excesso de peso aumenta proporcionalmente à escolaridade, fator que ocorre inversamente no sexo feminino.

O excesso de peso corporal é fator predisponente para a HAS, podendo ser responsável por 20 a 30% dos casos de HAS; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam HAS diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade (V DIRETRIZES..., 2006).

Em jovens adultos de 20 a 45 anos, a prevalência da HAS é seis vezes maior em obesos do que em não obesos (BLUMENKRANTZ, 1997). Para cada aumento de 10% na gordura corporal, há elevação na pressão arterial sistólica de aproximadamente 6mmHg e na diastólica de 4mmHg (JUNG, 1997).

Neste estudo, os participantes obesos apresentaram maior porcentagem de níveis de PA alterados (19-46,3%) em comparação com os não obesos (32-42,2%), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Além do IMC, foi analisada também a circunferência da cintura que representa outro fator de risco importante para a síndrome metabólica e DCVs. Os valores que apresentam algum risco são a partir de 80 a 88cm para as mulheres e 94 a 102cm para os homens. Os riscos tornam-se ainda mais aumentados para as DCVs quando os valores são superiores a 88cm para mulheres e 102cm para os homens (I Diretriz Brasileira de Diagnostico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005; WHO, 2005).

Neste estudo, os valores da circunferência abdominal entre todos os participantes do grupo variaram entre 75 e 160cm, com média de 98,78cm e desvio padrão de 13,3cm.

A Tabela 5 mostra a distribuição dos participantes que apresentam risco aumentado, ou não, para as complicações metabólicas e DCVs, segundo circunferência da cintura e o sexo.

Tabela 5 - Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo risco para DCVs em relação a circunferência abdominal e sexo. Sacramento-MG, 2007

Risco para as DCVs, segundo Circunferência abdominal (cm)	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem risco	14	10,7	8	6,1	22	16,8
Risco aumentado	8	6,1	6	4,6	14	10,6
Risco muito aumentado	11	8,4	84	64,2	95	72,6
Total	33	25,2	98	25,2	131	100,0

Observa-se, na tabela acima, que 72,6% dos participantes apresentam risco muito aumentado, sendo a maior proporção entre o sexo feminino (64,2%) e apenas 22 (16,8%) dos participantes não apresentam risco para as DCVs, segundo a circunferência abdominal.

Observa-se que a obesidade abdominal apresentada pela medida da circunferência aponta risco muito aumentado para complicações metabólicas e DCVs em 72,6% dos

participantes, apesar da obesidade calculada pelo IMC estar presente em 30,5% dos participantes. Esse dado é muito importante, pois estudos sugerem que a obesidade central está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total (SIMONE et al., 2006).

Trabalho que vise a diminuição de peso deve estar centrado no planejamento da assistência aos indivíduos com hipertensão arterial, através de ações como o incentivo à redução do consumo de gorduras, álcool e carboidratos e o aumento das atividades físicas diárias (PIERIN, 2004), pois a cada 10kg de peso reduzido ocorre diminuição de aproximadamente 5 a 20 mmHg da pressão arterial sistólica (V DIRETRIZES...,2006).

Observa-se, também, na Tabela 2, que a maioria dos níveis pressóricos controlados estão entre os indivíduos com hipertensão arterial que não consomem bebida alcoólica (70-59,8%), que não fumam (67-55,8%), não são obesos (52-57,8%) e realizam atividade física (43-52,4%), embora apenas para as variáveis consumo de bebida alcoólica e seguimento da prescrição médica as diferenças entre os valores tenham sido estatisticamente significativas.

Além da diminuição da pressão arterial, a associação entre a redução do peso e exercícios físicos provoca também a redução expressiva da circunferência abdominal, melhora a sensibilidade à insulina, diminui os níveis de glicose, os níveis de triglicérides e aumenta os níveis de HDL-colesterol (I DIRETRIZ ..., 2005).

Investigou-se neste estudo, nove co-morbidades, dentre elas o *diabetes mellitus* (DM), insuficiência renal (IR), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Insuficiência Coronariana Obstrutiva (ICO), angina do peito, obesidade e doença vascular periférica (DVP). A constatação da presença ou não dessas morbidades entre os participantes foi verificada através do prontuário dos indivíduos.

A grande maioria dos participantes (90-68,8%) apresenta pelo menos uma dessas morbidades, sendo que 54 (41,2%) deles apresentavam apenas uma e 20 (15,3%)

apresentavam duas morbidades. Em ambos os casos, os participantes do sexo feminino correspondem ao maior número, 29,8 e 13%, respectivamente, e 41 (31,3%) não apresentaram nenhuma das co-morbidades.

Constatou-se maior porcentagem de níveis pressóricos elevados entre os participantes com maior número de morbidades. Entre os participantes que apresentaram níveis da PA elevada, apenas 16 (39%) não possuíam nenhuma morbidade, enquanto 37 (45,1%) possuíam de uma a três morbidades, essa porcentagem aumentou ainda mais para os que possuíam quatro ou mais comorbidades (4-50%).

Dentre as co-morbidades de maior frequência, em ordem decrescente, encontrou-se a obesidade (30,5%), *diabetes mellitus* (16%) e ICO (13%) como mostrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo co-morbidades e sexo. Sacramento, MG, 2007

Comorbidade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Obesidade	33	25	8	6,1	41	30,5
DM	17	13	4	3	21	16
ICO	13	9,9	4	3,1	17	13
Angina	8	6,1	1	0,8	9	6,9
AVE	6	4,6	1	0,8	7	5,3
DVP	4	3,1	0	0	4	3,1
ICC	4	3,1	1	0,8	5	3,8
IAM	2	1,5	1	0,8	3	2,3
IR	1	0,8	2	1,5	3	2,3

A associação entre *diabetes mellitus* e HAS representa alto risco para eventos cardiovasculares. Nos pacientes com diabetes tipo 1, evidencia a relação entre HAS com o desenvolvimento da nefropatia diabética e naquelas com o tipo 2, a HAS está relacionada com a síndrome metabólica. Para a prevenção de DCVs e evitar a progressão da doença renal e da

retinopatia diabética, se faz necessário o tratamento da HAS no paciente com diabetes. Os níveis da pressão arterial devem manter-se inferiores a 130/80mmHg e a 125/75mmHg caso a proteinúria apresente valores maiores que 1 g/24h (V DIRETRIZES...,2006).

A HAS é co-morbidade extremamente comum no indivíduo com diabetes, representando risco adicional a esse grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares (COSTA; KLEIN, 1985).

Para estabelecer os valores da PA dos participantes, realizou-se três medidas da PA, com intervalo mínimo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas considerada a PA do participante.

O esfigmomanômetro utilizado para cada participante foi escolhido de acordo com o tamanho ideal da largura do manguito, calculado através do produto de 40% da circunferência do braço (cm) (V DIRETRIZES..., 2006). Se não estivesse disponível o tamanho exato calculado, era utilizado o esfigmomanômetro com a largura da bolsa de valor mais aproximado do ideal. Entre os participantes, na grande maioria (71%) utilizou-se o esfigmomanômetro com de largura 12cm, em seguida com a largura de 16cm (22%) e a largura menos utilizada foi a de 10cm (6%).

Entre os participantes, os valores da PAS apresentaram média de 137,09mmHg e desvio padrão de 23,33mmHg. Os valores variaram entre 85mmHg e 211mmHg com mediana de 132mmHg e amplitude interquartílica com valor de 28mmHg (Q1=121mmHg e Q3=149 mmHg). Quanto aos valores da PAD, a média foi de 78,59mmHg e desvio padrão de 12,77mmHg. Os valores variaram entre 50mmHg a 140mmHg com mediana de 77mmHg, e amplitude interquartílica com valor de 16mmHg (Q1=70mmHg e Q3=86 mmHg).

De acordo com os dados apresentados acima, a PAD apresentou menor variabilidade e melhores valores comparada com a PAS. Porém, deve-se destacar que, na avaliação clínica, é importante classificar os níveis pressóricos concomitantemente, isto é,

deve-se considerar o valor maior apresentado entre a pressão sistólica e diastólica do indivíduo.

A classificação da pressão arterial adotada neste estudo seguiu a classificação preconizada pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), para adultos maiores de 18 anos (Tabela 7).

Tabela 7 - Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial)

Classificação(PA)	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	<80
Normal	< 130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Estagio I (leve)	140-159	90-99
Estagio II (moderada)	160- 179	100-109
Estagio III (grave)	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial.

Na Tabela 8, encontra-se a distribuição dos participantes em relação à classificação da pressão arterial entre os pacientes adultos e idosos.

Tabela 8 – Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo classificação da pressão arterial entre os adultos e idosos. Sacramento, MG, 2007

Classificação PA	Adulto		Idoso		Total	
	n	%	n	%	n	%
ótima	7	24,1	22	75,9	29	100,0
normal	13	44,8	16	55,2	29	100,0
limítrofe	2	12,5	14	87,5	16	100,0
estágio I	5	50,0	5	50,0	10	100,0
estágio II	6	66,7	3	33,0	9	100,0
estágio III	4	66,7	2	33,3	6	100,0
hipertensão sistólica isolada	6	18,8	26	81,3	32	100,0
Total	43	32,8	88	67,2	131	100,0

Analisando a Tabela 8, observa-se que a maioria (32-24,4%) dos participantes foi classificada, conforme os níveis pressóricos, em hipertensão sistólica isolada, sendo que, entre eles, 26 (81,3%) eram idosos. Em seguida, com iguais percentuais, 29 (22,1%) sujeitos estavam na classificação da pressão arterial como ótima e normal.

Hipertensão sistólica isolada ocorre predominantemente por enrijecimento da aorta, verificado no envelhecimento normal. É típica dos idosos, e corresponde pelo menos à metade dos casos de hipertensão nessa faixa etária e aumenta de duas a quatro vezes o risco de infarto do miocárdio, hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral e morte por fator cardiovascular (KANNEL; GORDON ; SCHWARTZ, 1971).

Ramos e Miranda (1999) encontraram a prevalência da hipertensão sistólica isolada de 62% entre os idosos participantes do estudo.

Segundo a recomendação das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), o controle da HAS é atingido com valores da PAS menores que 140mmHg e da PAD menores que 90mmHg, levando em conta as características individuais, presença de doenças e

qualidade de vida dos pacientes, através do tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso.

O tempo de progressão da HAS foi registrado a partir da resposta do próprio participante quanto à questão do tempo, em anos, que conhecia sua condição de hipertenso, os dados relatados não foram possíveis de serem conferidos em fontes registradas, acreditando-se assim no relato do indivíduo.

O tempo de conhecimento da condição de hipertenso entre os participantes variou entre 2 e 49 anos, apresentando média de 15,7 anos, mediana de 14 anos, desvio padrão de 10,17 anos, amplitude interquartílica de 14 anos ($Q1=7$ anos e $Q3=21$ anos).

A maioria deles (91-69,5%) conhecia a sua condição de hipertenso há 10 anos ou mais, 29 (22,1%) conhecem de 5 a 9 anos e 11 (8,4%) há menos de 5 anos.

Encontrou-se fraca correlação (Spearman) entre o número de morbidades e o tempo do conhecimento do diagnóstico de hipertensão ($r=0,122$).

Sabe-se que as lesões causadas pela HAS são, em geral, silenciosas, e que é necessário um certo tempo para que se tornem sintomáticas (SCHEINBERG, 1988). No caso das lesões cerebrais, ainda não existe consenso, entre os pesquisadores, a respeito do período de tempo necessário desde o diagnóstico.

Farmer et al. (1987), em estudo de coortes retrospectivo, realizado em Framingham, para a análise da associação entre HAS e disfunção cognitiva, consideraram o diagnóstico de HAS realizado pelo menos dois anos antes da realização do teste psicométrico.

Outro fator avaliado foi o controle da pressão arterial, demonstrada através do número de medidas realizadas nos 12 meses anteriores à data da entrevista. Essas medidas foram contabilizadas através dos registros mensais nos prontuários ou nos cartões-controle de cada participante. Para cada mês, foi realizada a média dos valores dos níveis pressóricos, portanto, foi registrado no instrumento de coleta de dados, deste estudo, um único valor em

cada mês. A intenção inicial era comparar as médias dos níveis pressóricos dos meses, avaliados entre os participantes, contudo, não foi possível realizar essa atividade devido à falta de registro dos valores de vários meses entre muitos participantes, entretanto, para cada mês foi contabilizada uma única medida, totalizando 12 medidas.

A média do número de medidas da PA foi de 6,02 medidas que variou de 1 a 12, apresentando desvio padrão de 3,45 e mediana de 5 medidas. A amplitude interquartílica foi de 6 medidas ($Q1=3$ e $Q3=9$).

A distribuição mensal de medicamentos anti-hipertensivos em Sacramento, através da rede pública (SUS), é, aproximadamente, em ordem decrescente por número de comprimidos: hidroclorotiazida (14 000), propranolol (12 000), captopril (8 000), metildopa (6 000), enalapril (4 000), furosemida (3 000) e nifedipina (2 500) (Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento, 2005).

Para o tratamento da hipertensão arterial, o programa Hiperdia (Ministério da Saúde) estabeleceu medicamentos essenciais de eficácia terapêutica comprovada e segura preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), referendados pelo Comitê Técnico Assessor do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, são eles, o captopril comprimidos de 25mg, hidroclorotiazida comprimidos de 25mg e propranolol comprimidos de 40mg.

HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*. Além do fornecimento de medicamentos para hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, o programa visa também definir o perfil epidemiológico dessa população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social.

Os medicamentos de maior uso pelos participantes foram, em ordem decrescente, os diuréticos (75,6%), os inibidores adrenérgicos (45,8%) e os inibidores da enzima conversora de angiotensina (31,3%).

Nota-se que os medicamentos mais usados pelos participantes do grupo coincidem com aqueles que são preconizados pelo Programa Hiperdia, uma vez que, além da comprovação científica da eficácia e indicação desses anti-hipertensivos, a grande maioria dos participantes dependia do fornecimento desses medicamentos pelos órgãos públicos. A maioria dos participantes (45%) fazia uso de dois tipos diferentes de medicamentos anti-hipertensivos.

Segundo Polanezyk (2002), os diuréticos e betabloqueadores possuem melhor custo-efetividade, sendo indicados como primeira opção para o tratamento de HAS leve e moderada. Essa afirmativa também foi pesquisada por Costa et al. (2002) em estudo realizado com 1 968 participantes para examinar o custo-efetividade de diferentes classes de anti-hipertensivos. Os autores concluíram que o tratamento da HAS com diuréticos ou betabloqueadores teve a relação custo-efetividade maior do que o tratamento com inibidores da enzima de conversão de angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio.

Uma vez que os vasodilatadores de ação direta são indicados à hipertensão severa, mesmo sendo mínima a porcentagem de indivíduos com hipertensão arterial que pertencem a esse estágio, como foi visto em resultados anteriores, nenhum participante desse estudo fazia uso de tal grupo de medicamentos.

Os bloqueadores de cálcio (verapamil, nifedipina e diltiazem) agem sobre os vasos de resistência, relaxando-os de maneira satisfatória e obtendo, conseqüentemente, redução da pressão arterial (LUNA, 1989).

Apenas 14 (10,7%) dos participantes faziam uso dos bloqueadores dos canais de cálcio e em porcentagem um pouco maior, 21 (16%), faziam uso de bloqueadores do receptor ATI.

Os bloqueadores do receptor ATI antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1. São eficazes no tratamento da HAS, principalmente em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. Apresentam efeito nefroprotetor nos pacientes diabéticos tipo 2, com nefropatia estabelecida, porém não reduzem a mortalidade total dessa população, diferentemente dos inibidores da ECA (V DIRETRIZES..., 2006).

Como os vasodilatadores diretos e bloqueadores dos canais de cálcio, os bloqueadores do receptor AT1 não são fornecidos pelo programa Hiperdia, o que dificulta o acesso dos participantes a esses medicamentos.

Para avaliar o seguimento correto da prescrição médica pelos participantes, foi solicitado que relatassem o uso do medicamento, quantidade e horários, os quais eram conferidos pelo pesquisador na prescrição médica existente nos prontuários e, após, os participantes eram questionados diretamente quanto ao seguimento correto da prescrição médica. Caso houvesse contradição na fala do participante com a prescrição no prontuário, esse participante era considerado não seguidor da prescrição médica. A maioria (54,2%) relata seguir a prescrição médica e 45,8% não a seguem.

Esse método indireto de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, chamado relatório do paciente, é de fácil aplicação, porém apresenta como desvantagem a reprodução superestimada à taxa real dessa adesão (NOBRE; PIERIN; MION, 2001).

Dentre os participantes que relatam seguir a prescrição medicamentosa, a grande maioria apresentou níveis controlados da PA (47-66,2%), já entre os que relatam não seguir a prescrição medicamentosa, apenas 27 (45%) possuem níveis da PA controlada, essa diferença

foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), conforme mostrado na Tabela 5. Esses dados sugerem boa efetividade do esquema terapêutico proposto para os participantes, bem como a influência do tratamento medicamentoso no controle dos níveis pressóricos.

Comparando o seguimento da prescrição medicamentosa com a faixa etária, os adultos (24-55,8%) seguiam a prescrição mais do que os idosos (47-53,4%).

Os principais motivos apresentados pelos participantes para não seguirem a prescrição medicamentosa foram: presença de efeitos colaterais dos medicamentos e a falta de conhecimento quanto ao seu uso (20,6%) e, também, devido ao fator econômico (12,2%). O fato de a maioria dos medicamentos prescritos serem dispensados pelas farmácias do serviço público (SUS) explica o terceiro lugar do fator econômico entre os motivos da não adesão ao tratamento medicamentoso, mesmo sendo a grande maioria dos participantes pertencentes a classe econômica baixa.

Os resultados discutidos acima permitem destacar a importância de desenvolver trabalho educativo e conscientizador entre os participantes do Grupo Renascer quanto ao seguimento correto da prescrição medicamentosa, lembrando-se, porém, da responsabilidade dos profissionais no acompanhamento da adesão e do impacto causado pela escolha da terapêutica medicamentosa na QV desses sujeitos.

4.3 Participação nas atividades educativas em grupo associados aos dados da HAS e hábitos de vida.

Na Tabela 9, está apresentada a descrição das variáveis referentes à participação no grupo de convivência.

Tabela 9 – Estatística descritiva das variáveis referentes à participação no grupo de convivência entre a população estudada. Sacramento-MG, 2007

Variável (n=131)	Intervalo	$\bar{X}$	S	Ampl.Interq.(Q1–Q3)	N	(%)
Tempo de participação (em anos)	1 a 5,2	3,8	1,07	1,35 (3,28-4,63)		
Número de reuniões realizadas	29 a 39	34,1	2,8	3,0 (33 – 36)		
Número de reuniões participadas	0 a 36	9,2	11,7	20 (0 – 20)		
Coefficiente de assiduidade (%)	0 a 96,9	26,6	33,4	61,1 (0 – 61,1)		
Classificação quanto a assiduidade						
Não participante					71	54,2
Não assíduo					22	16,8
Assíduo					38	29,0
$\bar{X}$ = média			S=desvio padrão			

O grupo de convivência Renascer foi formado em março de 2001, portanto, possui tempo de existência de 5 anos e 5 meses até a data da última entrevista.

O tempo de participação no grupo se refere ao tempo em anos que o indivíduo foi cadastrado no grupo até o dia de sua entrevista para este estudo. Portanto, não indica assiduidade de participação no grupo, isso significa que não necessariamente o indivíduo que é cadastrado há mais tempo que outro teve maior participação nas atividades educativas.

O número de reuniões realizadas foi computado a partir dos 12 últimos meses anteriores à data da entrevista para cada participante, que variou entre 29 e 39 reuniões. O número de reuniões que o participante compareceu foi computado através da verificação do nome do participante no livro de presença do grupo e variou de 0 a 36 reuniões.

O coeficiente de assiduidade foi calculado a partir da porcentagem do número de reuniões que o paciente compareceu com o número de reuniões realizadas, nos 12 últimos meses que antecederam a data da entrevista.

Em estudo realizado com 164 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados em um grupo de hipertensão com o objetivo de caracterizar o perfil biossocial, identificar os hábitos de vida e analisar os índices pressóricos, considerou-se assíduos aqueles que não faltassem a três ou mais reuniões dos sete encontros ocorridos, definindo, porém, frequência de aproximadamente 70% nas reuniões (MONTEIRO et al., 2005). Considerando o maior número de reuniões realizadas em um período maior que o estudo acima citado, a assiduidade será definida em 50% de participação nas atividades educativas no Grupo Renascer.

Dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados, 71 (54,2%) não participaram de nenhuma reunião no ano anterior à entrevista, e foram denominados de não participantes, 60 (45,8%) compareceram, no mínimo, a uma reunião do grupo de convivência no ano anterior à entrevista, denominado grupo dos participantes. Dentre os participantes, formaram outros dois, conforme a assiduidade, aqueles que compareceram menos de 50% das reuniões realizadas, os não assíduos (22-16,8%), e aqueles que compareceram em 50% ou mais nas reuniões, os assíduos (38-29,0%).

Quanto à participação dos pacientes em outro grupo de convivência, 28 (21,4%) participam de outro grupo. Dentre esses, o grupo assíduo é o que mais participa de outro tipo de grupo (12-9,2%), sendo que, entre eles, a maioria participa do grupo da terceira idade (11-8,4%). Em seguida, está o grupo dos que não participam de nenhuma reunião (10-7,6%), sendo que 7 (5,3%) participam de outro grupo direcionado para hipertensos e diabéticos. Supõe-se que esses pacientes passaram a freqüentar outros grupos de hipertensos após a formação de grupos de educação em saúde, vinculados à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), devido ao fator favorável da proximidade de suas residências.

No Gráfico 1 está demonstrada a relação entre a assiduidade, dividida nos 3 grupos, e o número de medidas da PA que foram realizadas durante os 12 meses anteriores à data da entrevista.

Gráfico 1. Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo o número de medidas da PA e assiduidade. Sacramento, MG, 2007.

Nota-se, no Gráfico 1, que o grupo assíduo possui maior número de medidas que os demais; portanto, o grupo não assíduo possui maior número de medidas que os não participantes. O teste de correlação de Spearman mostrou-se positivo e de correlação moderada entre o número de medidas da PA e o coeficiente de assiduidade (0,575) com $p < 0,01$. Pode-se apontar que, quanto maior a assiduidade, maior o número de medidas da PA.

A Tabela 10 apresenta a relação entre as variáveis clínicas e hábitos de vida com a participação entre os hipertensos cadastrados no grupo de convivência, e a Tabela 11 apresenta a distribuição dos hipertensos cadastrados, segundo variáveis clínicas e hábitos de vida com a assiduidade.

Tabela 10 – Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo variáveis clínicas / hábitos de vida e participação no grupo. Sacramento, MG, 2007

Variáveis clínicas/ hábitos de vida	Não participantes		Participantes		p*
	N	%	N	%	
Tabagismo					
Sim	8	72,7	3	27,3	0,197
Não	63	52,5	57	47,5	
Bebida Alcoólica					
Sim	8	57,1	6	42,9	0,815
Não	63	53,8	54	46,2	
Obesidade					
Sim	25	61,0	16	39,0	0.293
Não	46	51,1	44	48,9	
Segue a prescrição					
Sim	34	47,9	37	52,1	0,115
Não	37	61,7	23	38,3	
Realiza atividade física					
Sim	20	40,8	29	59,2	0,017*
Não	51	62,2	31	37,8	
Níveis Pressóricos					
Controlados	36	48,6	38	51,4	0,146
Alterados	35	61,4	22	38,6	

*Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares

Tabela 11 – Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo, segundo variáveis clínicas / hábitos de vida e assiduidade. Sacramento, MG, 2007

Variáveis Clínicas/ hábitos de vida	Não Participante		Classes Assiduidade				Total	
			Não Assíduo		Assíduo			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabagismo								
Sim	8	72,7	1	9,1	2	18,2	11	100,0
Não	63	52,5	21	17,5	36	30,0	120	100,0
Consumo de bebida Alcoólica								
Sim	8	57,1	3	21,4	3	21,4	14	100,0
Não	63	53,8	19	16,2	35	29,9	117	100,0
Obesidade								
Sim	25	61,0	7	17,1	9	22,0	41	100,0
Não	46	51,1	15	16,7	29	32,2	90	100,0
Atividade Física								
Sim	20	40,8	11	22,4	18	36,7	49	100,0
Não	51	62,2	11	13,4	20	24,4	82	100,0
Níveis Pressóricos								
Controlados	36	48,6	14	18,9	24	32,4	74	100,0
Alterados	35	61,4	8	14,0	14	24,6	57	100,0
Seguimento prescrição								
Sim	34	47,9	13	18,3	24	33,8	71	100,0
Não	37	61,7	9	15,0	14	23,3	60	100,0

O grupo que não participou de nenhuma reunião representa a maioria em todos os fatores de risco avaliados, em comparação ao grupo dos participantes, 8 (72,7%) fumavam, 8 (57,1%) consumiam bebida alcoólica, 25 (61,0%) eram obesos, 37 (61,7%) não seguiam a prescrição médica, 51 (62,2%) não realizavam atividade física e 35 (61,4%) possuíam os

níveis pressóricos alterados, apesar do teste qui-quadrado ter sido estatisticamente significativo somente para a variável realização de atividade física.

Os participantes que se caracterizaram por sedentarismo, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, obesidade e não seguimento da prescrição medicamentosa apresentaram níveis pressóricos mais elevados do que aqueles que praticavam atividade física, não fumavam, não consumiam bebidas alcoólicas, não eram obesos e seguiam corretamente a prescrição médica. Esses dados são compatíveis com o que vem sendo apresentado pelas pesquisas (V DIRETRIZES...2006; DUNCAN et al., 1993; BRASIL, 2001; LUNA, 1989).

Pode-se apontar que o grupo que tinha alguma participação nas atividades educativas apresentou melhores valores quanto às variáveis de hábitos de vida e clínicas do que o grupo com nenhuma participação, isso pode significar que, apesar de apenas o fator atividade física ter sido estatisticamente significativo, quando avaliada a participação e a assiduidade nas reuniões, as atividades educativas puderam colaborar para a aquisição de melhores hábitos de vida e para o tratamento da hipertensão arterial para essa população, uma vez que o estudo foi realizado com todos os integrantes do grupo de convivência Renascer.

Segundo o Ministério da Saúde/Brasil (2002), a educação é parte essencial e constitui direito e dever do paciente e também dever dos responsáveis pela promoção da saúde. Acredita-se que, quanto maior o conhecimento do indivíduo sobre a hipertensão e seus fatores de risco, maior será sua adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhor será sua qualidade de vida.

As diversas colaborações apresentadas pelos grupos de educação em saúde, direcionados aos indivíduos com hipertensão arterial, representam assunto de interesse entre vários pesquisadores da área.

Em estudo realizado com 46 indivíduos com hipertensão arterial, com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa educativo, tipo exploratório, sobre restrição salina,

constatou-se que a concentração de sódio na urina apresentou diferenças estatisticamente significativas no grupo de estudo em comparação com o grupo controle, sugerindo a necessidade de manter educação continuada para que os indivíduos com hipertensão arterial adquiram hábitos de vida saudáveis (CESARINO et al., 2004).

Barron et al. (1998) avaliaram o efeito de uma intervenção educativa com 150 indivíduos com hipertensão arterial através da comparação entre dois grupos, um grupo controle e outro experimental. Esse último, que foi submetido a intervenção educativa, apresentou melhores resultados sobre o grupo controle quanto aos níveis da PAS e PAD, perda de peso, aumento da realização de atividade física.

4.4 Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e os dados sóciodemográficos e econômicos, dados clínicos e hábitos de vida dos participantes do grupo

As dimensões do SF-36 são medidas em uma escala normatizada que varia de zero (pior QVRS) a cem (melhor QVRS) (WARE, 1994). Para a avaliação da QVRS, utilizando o SF-36, foram obtidas as médias, desvios padrão, medianas, amplitudes interquartílicas, mínimos, máximos e coeficiente de alpha (α) de Cronbach, enquanto índice para a avaliação de consistência interna entre os itens das dimensões do SF-36 (Tabela 12).

Tabela 12 - Valores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência. Sacramento - MG, 2007

Dimensões- SF-36 (número dos itens)	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Amplitude Interquartilica	∞ Cronbach
Capacidade Funcional (10)	79,4	16,1	85,0	0,0	100,0	15,0	0,85
Aspectos Físicos (4)	72,9	43,4	100,0	0,0	100,0	75,0	0,98
Dor (2)	70,3	23,2	72,0	22,0	100,0	49,0	0,91
Estado Geral de Saúde (5)	75,8	13,6	82,0	12,0	100,0	10,0	0,77
Vitalidade (4)	64,4	19,3	70,0	15,0	100,0	25,0	0,83
Aspectos Sociais (2)	86,7	20,1	100,0	25,0	100,0	25,0	0,81
Aspectos Emocionais (3)	75,8	42,3	100,0	0,0	100,0	33,3	0,99
Saúde Mental (5)	76,2	16,0	80,0	24,0	100,0	20,0	0,83

Em todas as dimensões do SF-36 obteve-se uma consistência interna, medida pelo (∞) de Cronbach, superior a 0,70, sendo que o menor valor foi 0,77 e o maior de 0,99 o que determina consistência nas respostas dos pacientes às questões do SF-36.

Em relação às dimensões do SF-36, os valores médios dos escores encontrados variaram de 64,4 a 86,7.

As dimensões que apresentaram maiores escores médios foram: aspectos sociais (86,7), capacidade funcional (79,4) e saúde mental (76,2) e as que apresentaram menores escores foram: vitalidade (64,4), dor (70,3) e aspectos físicos (72,9). Percebe-se que mais domínios referentes à saúde física afetaram a QVRS dos indivíduos com hipertensão arterial do que os domínios referentes à saúde mental. Esse resultado foi também demonstrado em outros estudos realizados nessa população (FERNANDEZ et al., 1994; SILQUEIRA, 2005).

Utilizando o SF-36, observou-se, nos estudos citados, a seguir, também escores menores no domínio vitalidade, que é composto de quatro itens (relacionados a vigor, energia esgotamento e cansaço) e escores maiores no domínio aspectos sociais, composto por dois

itens (relacionados a quanto o problema físico ou emocional interfere nas atividades sociais normais), resultados similares aos deste estudo.

Em estudo comparando o SF-36 com instrumento específico de hipertensão, os resultados revelaram comprometimento dos indivíduos com hipertensão arterial em relação à vitalidade, domínio que apresentou escores menores (56), enquanto que os aspectos sociais apresentaram escores maiores (77) (LIMA, 2002).

No estudo de Silqueira (2005), desenvolvido com 256 indivíduos com hipertensão arterial, utilizando o SF-36, com o objetivo de descrever a QVRS dessa população, também revelou resultados semelhantes, o domínio vitalidade apresentou menores escores (64,7) e o domínio aspectos sociais maiores escores (87,7).

Uma explicação para esses resultados, referentes aos valores baixos dos escores do domínio vitalidade, seria a associação da HAS com sintomas de cefaléia, ansiedade e astenia, outra explicação seriam os efeitos colaterais dos medicamentos anti-hipertensivos como mudanças de humor, fadiga e distúrbio do sono (AVORN; EVERITT; WEISS, 1986; DIMENAS et al., 1989); portanto, alguns grupos de medicamentos anti-hipertensivos são mais tolerados pelos pacientes por causarem menos efeitos colaterais, favorecendo a melhora na QV, como mostra estudo realizado com 91 indivíduos com hipertensão arterial, aqueles que fizeram uso de medicamentos anti-hipertensivos apresentaram melhora estatisticamente significativa no domínio vitalidade, quando comparados ao grupo daqueles que não fizeram uso de medicamento anti-hipertensivo (COTÉ et al., 2005).

Apesar da HAS ser condição crônica e, na maioria das vezes, considerada assintomática pelos pacientes, a dor não constitui um sintoma freqüente. A queixa de dor aparece em decorrência de outras patologias, ou na presença das complicações da HAS, como o infarto agudo do miocárdio (BLACK; MATASSARIN; LUCKMEN, 1996).

Ainda, no estudo desenvolvido com 256 indivíduos com hipertensão arterial, a dor ocupou o terceiro pior escore e 41,4% responderam que a intensidade da dor no corpo era muito grave, geralmente decorrente de problemas de mobilidade (dores articulares e na coluna lombar); as queixas de dores decorrentes do quadro hipertensivo foram poucas e o sintoma mais freqüente era a cefaléia (SILQUEIRA, 2005).

Outro estudo mostrou que indivíduos com hipertensão arterial, com PA diastólica acima de 95mmHg, relataram significantes sintomas de ansiedade e distúrbios do sono mais que pessoas hipertensas limítrofes ou normotensas (DIMENAS et al., 1989).

No presente estudo, a dor apresenta o segundo pior escore. A maioria (30,5%) dos hipertensos cadastrados no grupo respondeu que a intensidade da dor no corpo era moderada, apenas 5,3% responderam que era grave e nenhuma respondeu que era muito grave.

Num estudo realizado na Suécia com o objetivo de comparar a QVRS de indivíduos com hipertensão arterial e indivíduos sem hipertensão arterial, utilizando o SF-36, os autores observaram que os indivíduos com hipertensão arterial apresentaram escores menores em todos os domínios quando comparados à população geral, exceto para os componentes aspectos emocionais e saúde mental. Portanto, entre os indivíduos com hipertensão arterial o domínio que apresentou menor escore foi estado geral de saúde, enquanto que o aspecto social apresentou maior escore (BARDAGE; ISACSON, 2000). Neste estudo, que, o valor do componente aspecto social também foi o mais elevado entre os oito componentes.

Na Tabela 13 são mostrados os escores médios obtidos para as variáveis sociodemográficas e econômicas, em cada uma das dimensões do SF-36, o teste Mann-Whitney de comparação entre as médias das variáveis dicotômicas e o teste Kruskal-Wallis para as variáveis com mais de dois grupos. Os escores médios obtidos para as variáveis clínicas e hábitos de vida, encontram-se na Tabela 14.

Na tabela 15 encontra-se os coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões do SF-36 e as variáveis sócio-demográficas, econômicas e clínicas para os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência.

Tabela 13 - Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência segundo variáveis sócio demográficas e econômicas. Sacramento, MG, 2007

Variáveis sociodemográficas/ econômicas	Médias das dimensões do SF-36															
	Capacidade Funcional		Aspectos Físicos		Dor		Estado Geral de Saúde		Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos emocionais		Saúde Mental	
Sexo																
Feminino	78,6	0,27	71,9	0,54	68,7	0,15	75,1	0,71	63,1	0,26	86,0	0,40	74,4	0,52	75,2	0,42
Masculino	81,9		75,7		74,9		77,7		68,3		88,6		79,7		79,2	
Faixa Etária																
30-59	77,6	0,42	66,8	0,37	66,0	0,19	75,5	0,51	62,5	0,38	82,5	0,32	65,1	0,03*	72,4	0,08
≥ 60	80,3		75,8		72,4		75,9		65,3		88,7		81,0		78,0	
Cor da Pele																
Branca	79,6	0,52	75,4	0,13	71,4	0,15	75,8	0,93	64,5	0,95	87,9	0,06	79,0	0,04*	77,0	0,17
Não Branca	78,5		59,5		64,3		75,6		64,0		80,3		58,7		71,8	
Estado Civil																
casado(a) ou mora com companheiro(a)	80,3		75,3		71,8		76,5		65,2		88,3		77,9		77,5	
solteiro(a)	87,1	0,49	85,7	0,61	70,7	0,86	80,0	0,47	63,5	0,98	89,2	0,60	57,1	0,66	74,2	0,52
viúvo(a)	76,6		68,0		69,0		73,8		63,8		84,7		75,0		75,5	
separado(a), desquitado(a), divorciado(a)	78,5		67,6		66,3		75,4		62,9		83,0		76,4		73,1	
Ocupação																
Aposentado	77,7		72,2		74,2		75,5		64,9		88,1		82,4		77,5	
serviço braçal	83,0	0,50	45,0	0,12	63,3	0,24	75,0	0,10	64,0	0,53	73,7	0,07	50,0	0,09	71,6	0,84
dona de casa	81,9		82,6		71,4		78,7		66,6		90,3		77,5		77,4	
empregada doméstica	75,0		66,6		53,1		68,3		55,0		77,0		83,3		68,0	
Estudo																
< 1 ano	80,6		81,8		67,7		72,7		63,1		85,7		72,4		77,2	
1 a 8	78,5	0,50	71,0	0,47	70,3	0,75	76,2	0,07	64,4	0,57	86,3	0,69	76,5	0,81	74,8	0,16
> 9	83,6		65,9		73,9		81,6		70,0		94,3		81,8		85,8	
Renda Familiar per capita																
≤ 1	76,9	0,003*	67,0	0,017*	68,5	0,297	74,4	0,054*	61,2	0,009*	83,6	0,007*	70,4	0,036*	73,7	0,024*
> 1	84,6		84,8		73,9		78,7		71,0		93,0		86,8		81,7	

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Tabela 14 - Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variáveis clínicas e hábitos de vida. Sacramento, MG, 2007

Variáveis					Médias das dimensões do SF-36											
clínicas/hábitos de vida	Capacidade Funcional		Aspectos Físicos		Dor		Estado Geral de Saúde		Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos emocionais		Saúde Mental	
Atividade Física																
Sim	85,5	0,000*	82,1	0,10	77,5	0,007*	77,1	0,14	71,5	0,001*	93,3	0,000*	83,6	0,08	80,8	0,003*
Não	75,8		67,3		66,0		75,0		60,2		82,7		71,1		73,5	
Tabagismo																
Sim	81,3	0,74	72,7	0,93	65,0	0,48	77,0	0,72	57,2	0,17	80,6	0,55	51,5	0,02*	67,6	0,09
Não	79,2		72,9		70,8		75,7		65,1		87,2		78,0		77,0	
Consumo Bebida																
Alcoólica																
Sim	77,8	0,84	85,7	0,20	79,8	0,08	79,7	0,18	68,9	0,24	91,9	0,18	88,0	0,26	75,7	0,93
Não	79,6		71,3		69,1		75,3		63,9		86,1		74,3		76,3	
Níveis Pressóricos																
Controlados	80,6	0,91	72,2	0,85	69,8	0,75	74,7	0,44	65,5	0,84	88,8	0,31	77,0	0,76	78,0	0,24
Alterados	78,6		73,6		70,9		77,2		63,0		83,9		74,2		73,9	

* Estatisticamente significante para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Tabela 15 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as dimensões do SF-36, variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para os 13 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência. Sacramento, MG, 2007

Variáveis sociodemográficas/ econômicas / clínicas	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos emocionais	Saúde Mental
Anos de estudo	0,12	0,01	0,12	0,28**	0,16	0,06	0,10	0,08
Renda Familiar	0,24**	0,18*	0,07	0,15	0,21*	0,24**	0,20*	0,24**
Número de medicamentos	-0,09	-0,03	-0,07	-0,02	-0,02	-0,11	0,00	-0,09
Número de comorbidade	-0,36**	-0,23**	-0,28**	-0,09	-0,35**	-0,34**	-0,22*	-0,37**
Tempo(anos) progressão da HAS	-0,07	0,01	-0,01	-0,03	-0,007	-0,018	0,02	-0,002

** Estatisticamente significativa para $p < 0,01$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares

*Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares

Geralmente a mulher possui pior QVRS que os homens (BARDAGE; ISACSON, 2000; FRYBACK et al., 1993; HEIMINGWAY et al., 1997; SULLIVAN M, KARLSSON J, 1998), esse fato pode ser explicado pela mulher dar mais valor ao estado interior que os homens (PENNEBAKER, 1982; TIBBLIN et al., 1990), pelas diferenças biológicas expressadas por sintomas femininos específicos (SVARSTAD et al., 1987), por apresentarem sintomas que interferem na vitalidade como fadiga geral, (SULLIVAN; KARISSON, 1998; BENGTTSSON et al., 1987) e outros autores apontam a interferência de tratamentos anti-hipertensivos inapropriados pelo seguimento de diretrizes inadequadas às mulheres (ANASTOS et al., 1991). Neste estudo, como se observa na Tabela 13, em todos os domínios do SF-36 as mulheres apresentaram escores menores que os homens. Tanto as mulheres quanto os homens apresentaram os primeiros maiores escores nos domínios aspectos sociais e capacidade funcional. E os menores escores em vitalidade e dor. No entanto, não houve diferenças estatisticamente significantes em nenhum domínio em relação ao sexo, portanto, por se tratar de estudo realizado com toda a população, deve-se considerar os dados apresentados como relevantes para esse grupo.

Em todos os domínios, os idosos apresentam valores médios dos escores maiores que os adultos, sendo que apenas no domínio Aspectos emocionais esses valores mostraram diferença estatisticamente significante (Tabela 13). Em outro estudo, os indivíduos hipertensos idosos apresentaram escores significativamente maiores nos domínios vitalidade e saúde mental, comparados aos indivíduos mais jovens (BARDAGE; ISACSON, 2000).

Somente para o domínio Aspectos físicos os valores médios dos escores foram menores entre os participantes que têm de nove ou mais anos de estudo, apesar do coeficiente de Spearman ter apresentado correlação unicamente para o domínio estado geral de saúde.

Os participantes de cor da pele não branca apresentaram menores escores em todos os domínios do SF-36 em relação àqueles de cor branca, mas, apenas o domínio aspectos emocionais apresentou diferença estatisticamente significativa, podendo então afirmar que para esse domínio os indivíduos com hipertensão arterial de pele branca têm melhor QVRS do que aqueles com a cor da pele não branca.

Em todos os domínios do SF-36, a classe que ganha menos de um salário mínimo apresentou escores menores, comparadas às classes de maior renda *per capita*, que ganham mais de um salário mínimo. Exceto no domínio dor, todos os outros apresentaram diferença estatisticamente significativa. Esses dados levam a afirmar que a renda representa fator influente na QVRS dos indivíduos com hipertensão arterial participantes do grupo de convivência e aqueles que possuem melhor renda têm melhor QVRS. Esse resultado apresenta concordância com outros estudos que apresentaram melhor QVRS entre indivíduos com maior rendimento (BARDAGE; ISACSON, 2000; MARMOT et al., 1991).

Analisando os dados da Tabela 14, a realização de atividade física entre os indivíduos com hipertensão arterial participantes do grupo colaborou para a melhor QVRS, em todos os domínios do SF-36 os participantes que realizam atividade física apresentaram maiores escores que os participantes que não realizam atividade física; apresentando valores estatisticamente significantes em todos os domínios, exceto em: Aspectos físicos, Estado geral de saúde e Aspectos emocionais.

Quanto ao tabagismo, os participantes que não faziam uso de fumo apresentaram escores menores apenas nos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde, comparados com os participantes que fumam e apenas para o domínio aspectos emocionais mostrou-se valores estatisticamente significante.

O consumo de bebida alcoólica parece não estar associado à determinação da QVRS dessa população, pois em nenhum domínio a diferença mostrou-se não estatisticamente significativa e os participantes que não consumiam bebida alcoólica apresentaram escores maiores apenas nos domínios capacidade funcional e saúde mental.

Os participantes que faziam uso de um ou dois medicamentos apresentaram escores maiores em todos os domínios do SF-36, comparados aos participantes que fazem uso de três ou quatro medicamentos anti-hipertensivos, embora tenha se mostrado negativo para todos os domínios, exceto para aspectos emocionais, em nenhum o coeficiente de correlação de Spearman mostrou valores estatisticamente significativos.

Os participantes com a pressão arterial controlada apresentaram escores maiores em todos os domínios do SF-36, exceto para os domínios Aspectos físicos, Dor e Estado geral de saúde, comparados aos participantes com PA elevadas. Em nenhum domínio do SF-36 as diferenças entre as variáveis apresentou valores estatisticamente significantes. Os valores dos níveis pressóricos não influenciaram na QVRS dessa população. Esses dados não foram condizentes com afirmativas de outros estudos, nos quais indivíduos com hipertensão arterial que apresentavam, especificamente, a pressão diastólica elevada, relatavam dor mais frequentemente que aqueles com a pressão em níveis controlados (KJELLGREN et al., 1998; KULLMAN; SVARDSUDD, 1990).

Em todos os domínios, exceto para Aspectos físicos e emocionais, a correlação entre o tempo de progressão da HAS mostrou-se negativa, porém, nenhuma estatisticamente significativa pelo teste de Spearman.

Estudos têm argumentado que a baixa QVRS entre indivíduos com hipertensão arterial está relacionada às conseqüências das complicações causadas pela HAS e não por ela isoladamente (STEWART et al., 1989; KULLMAN; SVARDSUDD, 1990; LAHAD; YODFAR, 1993).

Estudos apontam que a presença de outra doença crônica interfere na QVRS de indivíduos com hipertensão arterial, tornando-se essencial a abordagem dessas na análise da QVRS dos hipertensos (BARDAGE; ISACSON, 2000; BULPITT; DOLLERY; CARNES, 1976).

A Tabela 16 mostra a média dos escores das morbidades para cada uma das dimensões do SF-36 e o teste de Mann-Whitney de comparação entre as médias das variáveis. As morbidades observadas foram selecionadas de acordo com a maior frequência apresentada pelos participantes do grupo, por aquelas que apresentaram significância em algum domínio do SF-36 e outras foram devido ao interesse, observados em outros estudos. As morbidades foram: obesidade, IAM, AVE, *diabetes mellitus*, angina, ICO.

Tabela 16 - Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variáveis co-morbidades. Sacramento, MG, 2007

Comorbidades	Capacidade Funcional		Aspectos Físicos		Dor		Estado Geral de Saúde		Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos emocionais		Saúde Mental	
Obesidade																
Sim (n= 41)	71,2	0,000*	68,7	0,50	62,9	0,02*	73,0	0,33	53,1	0,000*	78,1	0,002*	65,8	0,10	68,7	0,001*
Não (n=90)	83,3		75,2		73,5		76,9		69,2		90,5		79,7		79,5	
Diabetes																
Sim (n= 21)	70,2	0,09	60,7	0,13	62,4	0,09	72,2	0,04*	53,8	0,02*	73,8	0,004*	57,1	0,03*	65,9	0,01*
Não (n= 110)	81,2		75,2		71,8		76,5		66,5		89,2		79,3		78,2	
AVE																
Sim (n= 07)	81,4	0,99	57,1	0,36	72,4	0,80	75,7	0,84	64,2	0,98	92,8	0,45	74,4	0,11	75,4	0,89
Não (n=124)	79,3		73,7		70,2		75,0		64,4		86,3				76,2	
Angina																
Sim (n=09)	75,0	0,39	69,4	0,87	68,3	0,79	80,1	0,33	57,2	0,24	79,1	0,07	66,6	0,52	71,1	0,36
Não (n=122)	79,7		73,1		70,4		75,5		65,0		87,2		76,5		76,6	
IAM																
Sim (n=03)	73,3		41,6		58,0		80,3		60,0		79,1		66,6		82,6	
Não (n=128)	79,6	0,50	73,6	0,20	70,6	0,35	75,7	0,56	64,5	0,68	86,9	0,51	76,0	0,70	76,0	0,48
ICO																
Sim (n=17)	72,0	0,04*	58,8	0,12	63,7	0,21	79,0	0,41	69,4	0,31	85,2	0,47	82,3	0,47	79,5	0,47
Não (n= 114)	80,5		75,0		71,3		75,3		63,7		86,9		74,8		75,7	

* Estatisticamente significante para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Quanto maior o número de co-morbidades manifestadas pelos participantes, menores foram os escores apresentados, exceto no domínio Estado geral de saúde no qual os participantes com maior número de co-morbidades apresentaram escore maior (Tabela 15). Essa constatação foi confirmada pelo teste de coeficiente de correlação de Spearman com resultado negativo, e estatisticamente significativa para todos os domínios do SF-36, exceto para estado geral de saúde.

Alguns estudos têm mostrado que o diabetes, angina, infarto e AVC exercem efeitos prejudiciais na QVRS dos indivíduos (LYONS; LO; LITTLEPAGE, 1994; BROWN et al., 1999; GULLIFORD; MAHABIR, 1999).

Neste estudo, as co-morbidades: obesidade e *diabetes mellitus* parecem influenciar a QVRS dos participantes do grupo (Tabela 16). Os participantes que não possuíam nenhuma dessas morbidades apresentaram médias maiores dos escores em todos os domínios do SF-36. Quanto à obesidade, como o *diabetes mellitus*, constatou-se números iguais de domínios com diferenças dos valores estatisticamente significantes, total de cinco, entre os participantes. Na obesidade, exceto Aspectos físicos, Estado geral de saúde e Aspectos emocionais os resultados não foram estatisticamente significantes. Quanto ao diabetes, exceto para os domínios Capacidade funcional, Aspectos físicos e Dor os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Portanto, os hipertensos que não têm diabetes e obesidade possuíam melhores QVRS, comparados com os indivíduos com hipertensão arterial que possuíam uma dessas morbidades.

Dentre as outras morbidades, apenas a ICO apresentou diferença estatisticamente significativa e somente no domínio Capacidade funcional, com médias maiores entre os indivíduos com hipertensão arterial que não tinham essa morbidade.

4.5 Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos com hipertensão arterial e a participação nas atividades educativas no grupo de convivência.

Na Tabela 17, constam as médias dos valores dos escores dos oito domínios do SF-36 dos indivíduos com hipertensão arterial, que não participaram em nenhuma reunião no último ano e daqueles que participaram de, no mínimo, uma reunião no último ano.

Tabela 17 – Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variável participação na reunião no último ano. Sacramento, MG, 2007

Dimensões Sf-36	Participação no último ano		p*
	Sem participação	Participou alguma vez	
Capacidade Funcional	78,9	80,0	0,59
Aspectos Físicos	71,8	74,1	0,88
Dor	69,7	71,0	0,92
Estado Geral de Saúde	76,6	74,9	0,56
Vitalidade	61,8	67,5	0,08
Aspectos Sociais	83,9	90,0	0,29
Aspectos Emocionais	76,0	75,5	0,84
Saúde Mental	72,3	80,8	0,001*

*Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares

Observou-se que, tanto para o grupo sem participação quanto para o grupo que participou alguma vez, os domínios mais comprometidos foram: vitalidade e dor. Já entre os domínios de maiores valores o mesmo não ocorre. Entre os sem participação os domínios de maiores médias foram os aspectos social e capacidade funcional e entre aqueles que participaram alguma vez destacam-se os aspectos social e saúde mental.

Em todos os domínios, exceto Estado geral de saúde e Aspectos emocionais, o grupo que participou alguma vez apresentou valores médios de escores maiores que o grupo sem participação. Somente no domínio Saúde mental diferenças entre os valores apresentou-se estatisticamente significativa.

A Tabela 18 apresenta os escores médios dos 8 domínios do SF-36 entre os três grupos: não participantes, não assíduos e assíduos.

Tabela 18 - Escores médios das dimensões do SF-36 entre os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência, segundo variável assiduidade. Sacramento, MG, 2007

Dimensões Sf-36	Assiduidade		
	Não participante	Não assíduos	Assíduos
Capacidade Funcional	78,9	83,4	78,1
Aspectos Físicos	71,8	82,9	69,0
Dor	69,7	75,5	68,4
Estado Geral de Saúde	76,6	77,4	73,5
Vitalidade	61,8	67,9	67,3
Aspectos Sociais	83,9	93,7	87,8
Aspectos Emocionais	76,0	72,7	77,1
Saúde Mental	72,3	82,1	80,1

Comparando os escores médios dos sujeitos do grupo assíduo e grupo não assíduo, nota-se que os participantes não assíduos apresentam valores médios maiores em todos os domínios, exceto Aspectos emocionais que os assíduos.

Os domínios mais comprometidos entre o grupo assíduo foram vitalidade e dor e entre os não assíduos foram vitalidade e aspectos emocionais. Já os domínios que apresentaram maiores valores nos escores entre o grupo não assíduo foram o aspecto social e capacidade funcional e, entre os assíduos, foram aspectos social e saúde mental.

Correlacionando o coeficiente de assiduidade com os oito domínios do SF-36, apenas o domínio Saúde mental mostrou correlação estatisticamente significativa (0,22) com $p < 0,05$ (Tabela 19).

Tabela 19 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as dimensões do SF-36, variáveis assiduidade para os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência. Sacramento, MG, 2007

Dimensões SF-36	Assiduidade
Capacidade Funcional	-0,009
Aspectos Físicos	-0,015
Dor	-0,028
Estado Geral de Saúde	-0,071
Vitalidade	0,123
Aspectos Sociais	0,055
Aspectos Emocionais	-0,023
Saúde Mental	0,221**

$p = 0,011$

** Estatisticamente significativa para $p < 0,01$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Percebe-se que a assiduidade não constitui fator influente na QVRS dos hipertensos cadastrados no grupo, exceto para saúde mental, salvo que o fator participação parece ter maior impacto por se tratar de estudo com todos os elementos de uma população.

O domínio do SF-36 que compara a QVRS atual com aquela de um ano atrás apresenta a seguinte questão: “Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?” e oferece cinco opções de respostas: “muito melhor agora do que antes”, “um pouco melhor agora do que antes”, “quase a mesma coisa agora do que antes”, “um pouco pior agora do que antes” e “muito pior agora do que antes”. Quanto maior o número (1 a 5) pior a QVRS atual quando comparada àquela de um ano atrás.

Uma das formas de avaliar a contribuição do grupo de convivência na qualidade de vida de seus participantes foi a elaboração da questão: *Ao pensar em sua QV antes de sua*

participação no Grupo Renascer e comparando a sua QV agora, como você se classificaria? Foram 5 opções de respostas: “muito melhor agora do que antes”, “um pouco melhor agora do que antes”, “quase a mesma coisa agora do que antes”, “um pouco pior agora do que antes” e muito pior agora do que antes”. As respostas tiveram a pontuação de 1 a 5, interpretando que, quanto maior o numero, pior é a QV atual comparada ao tempo antes da participação no grupo. Essas respostas foram escolhidas seguindo o modelo do domínio do SF-36 que avalia a QVRS atual comparada com aquela de um ano atrás.

A Tabela 20 apresenta a distribuição dos indivíduos com hipertensão arterial cadastrados conforme respostas dos itens comparativos a QVRS atual quando se compara com um ano atrás (SF-36) e comparada, ao período anterior à participação no Grupo Renascer, no caso, avaliação da QV.

Tabela 20 – Distribuição dos 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo segundo as variáveis dos itens comparativos referentes a QVRS atual comparada a um ano atrás (SF-36) e QV atual comparada a antes da participação no grupo Renascer. Sacramento-MG, 2007

Categorias de respostas sobre a QV atual comparada a um ano atrás (SF-36) e participação Grupo Renascer.	Item comparativo da QVRS atual com a um ano atrás do SF-36								Item comparativo a QV atual comparada a antes do cadastramento no grupo							
	Não participantes		Não assíduos		Assíduos		Total		Não participantes		Não assíduos		Assíduos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
muito melhor agora do que antes	14	48,3	4	13,8	11	37,9	29	100	34	42,5	16	20,0	30	37,5	80	100
um pouco melhor agora do que antes	11	42,3	8	30,8	7	26,9	26	100	21	65,6	5	15,6	6	18,8	32	100
quase a mesma coisa agora do que antes	22	52,4	7	16,7	13	31,0	42	100	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7	100
um pouco pior agora do que antes	23	69,7	3	9,1	7	21,2	33	100	0	0	0	0	0	0	0	0
muito pior agora do que antes	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	71	54,2	22	16,8	38	29,0	131	100	59	49,6	22	18,5	38	31,9	119	100

A grande maioria das respostas dos participantes quanto à classificação de sua qualidade de vida atual quando comparada à qualidade de vida antes da participação do grupo concentrou em “muito melhor agora do que antes” (61,1%), seguida de “um pouco melhor agora do que antes” (24,4%) e um pequeno número respondeu “quase a mesma coisa agora do que antes” (5,3%). Não houve nenhuma resposta para as opções “um pouco pior agora do que antes” e “muito pior agora do que antes”. Alguns participantes (9,2%) não quiseram opinar. Dentre os que não quiseram opinar, todos pertencem ao grupo daqueles que não participaram de nenhuma reunião.

Entre o grupo dos assíduos, houve maior porcentagem da resposta referente a “muito melhor agora do que antes” (78,9%) em seguida entre o grupo dos não assíduos (72,7%) e, por último, entre o grupo daqueles que não participaram de nenhuma reunião (57,6%).

A correlação entre as respostas dos participantes, quanto à classificação de sua QV atual comparada à QV antes da participação do grupo e as respostas referentes ao domínio do instrumento SF-36, que avalia a QVRS atual comparada àquela de um ano atrás, foi positiva e estatisticamente significativa pelo coeficiente de correlação de Sperman ($r=0,28$) com $p < 0,01$.

Comparando as respostas entre os dois grupos, os que não participaram e os que participaram das reuniões, quanto às respostas aos domínios do SF-36 que compara a QVRS atual com aquela de um ano atrás, observou-se que a maioria (42-32,1%) dos participantes respondeu que sua QVRS atual está quase a mesma coisa agora do que antes. Dentre o grupo sem nenhuma participação nas reuniões, a maioria (23-32,4%) respondeu que sua QVRS está um pouco pior agora do que antes e entre o grupo que participou de alguma reunião no ano anterior, a maioria (20-33,3%) respondeu que sua QVRS está quase a mesma coisa agora do que antes. Entre os que responderam que sua QVRS está muito melhor (29-22,1%) e um pouco melhor (26-19,8%) agora do que antes, a maioria pertence ao grupo que participou em alguma reunião no ano anterior à entrevista, com 15 (51,7%) e 15 (57,7%) respectivamente.

Dentre os que responderam que sua QVRS está um pouco pior (33-25,2%) e muito pior agora (1-0,8%) do que antes, a maioria pertence ao grupo que não participou de nenhuma reunião, com 23 (69,7%) e 1 (100%), respectivamente.

Pode-se observar que, através das respostas dos indivíduos com hipertensão arterial cadastrados, o fator “participar do grupo” parece influenciar na QV, pois comparando as respostas do SF-36 com as respostas da influência do grupo, nota-se que não há nenhuma resposta referente à piora da QV após a participação do grupo, o mesmo não acontece com a avaliação da QVRS pelo item do SF-36. Destaca-se também que a maioria dos indivíduos com hipertensão arterial assíduos relatou sua QV muito melhor agora que antes da participação no grupo (30-37,5%) e comparando com as resposta do item do SF-36, já a maioria respondeu (13-31%) quase a mesma coisa do que antes.

Num outro estudo, os resultados mostraram piora na QV referida. Quando questionados os indivíduos com hipertensão arterial sobre a questão comparativa do SF-36, a maioria (50,6%) referiu que sua QVRS hoje está pior do que antes (REIS; GLASHAN, 2001).

No estudo de Silqueira (2005) os resultados mostraram-se contrários ao acima citado, a maioria dos indivíduos com hipertensão arterial (39,4%) referiu estar melhor hoje do que antes.

No presente estudo, o resultado significaria piora na QVRS atual comparada àquela de um ano atrás, referida pelo grupo dos não participantes e manutenção da QVRS referida pelo grupo dos participantes.

Estudo convergente assistencial, realizada com 11 sujeitos com doença pulmonar obstrutiva crônica, que teve como um dos objetivos avaliar a contribuição de um grupo de convivência na qualidade de vida de pessoas em condição crônica de saúde, concluiu que o trabalho de educação em saúde desenvolvido em grupos pode contribuir para melhorar a qualidade de vida de pessoas com problemas respiratórios crônicos (SILVA et al., 2005).

5 CONCLUSÕES

Entre os fatores de risco para hipertensão arterial avaliados, pode-se afirmar que o consumo de bebidas alcoólicas e o não seguimento da prescrição medicamentosa colaboraram para os valores alterados dos níveis pressóricos entre os indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência Renascer.

A participação no grupo de convivência colaborou para a prática de atividade física e para o monitoramento da pressão arterial (frequência das medidas).

Apesar de os resultados na população estudada se mostrarem estatisticamente significativos apenas para atividade física e monitoramento da pressão arterial em relação à assiduidade na participação nas atividades educativas do grupo, clinicamente os resultados mostram relevância para intervenções educativas pela equipe de saúde, pois a maioria dos indivíduos com hipertensão arterial que não fumam, não consomem bebidas alcoólicas, realizam atividades físicas, seguem a prescrição medicamentosa e têm os níveis de PA controlados, pertencem ao grupo daqueles que participaram das reuniões educativas do grupo de convivência.

Foram detectados vários aspectos que interferem na QVRS dos indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no Grupo Renascer, o que torna importante para a implementação de atividades educativas nos fatores modificáveis de estilo vida, visando a melhoria da QVRS desses indivíduos.

Os indivíduos com hipertensão arterial do sexo masculino apresentaram médias maiores em todos os domínios do SF-36 do que os do sexo feminino, como também os hipertensos de cor da pele branca em comparação com de cor da pele não branca, apesar das diferenças entre as médias não terem sido estatisticamente significantes; contudo, por se tratar de estudo com todos os elementos de uma população definida, pode-se apontar que a QVRS dos homens como a dos indivíduos com hipertensão arterial de cor da pele branca é maior que

das mulheres e dos indivíduos com hipertensão arterial de cor da pele não branca, respectivamente, para todos os domínios do SF-36.

A renda familiar *per capita*, a realização de atividade física e o número de comorbidades, de *diabetes mellitus* e a obesidade foram os fatores que apresentaram maiores impactos na QVRS dos indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência Renascer, afetando maior número de domínios do SF-36, destacando-se as comorbidades e a renda como os fatores que mais influenciaram na QVRS dos indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo. Quanto à renda, o único domínio que não apresentou diferença estatisticamente significativa foi a dor e dentre as morbididades que mais impactaram a QVRS dos indivíduos com hipertensão arterial, a obesidade e o *diabetes mellitus*.

O tempo de progressão da HAS parece não interferir na QVRS dos indivíduos com hipertensão arterial, cadastrados no Grupo Renascer, em nenhum domínio apresentou significância estatística.

Houve a influência da participação nas atividades educativas e a assiduidade no grupo de convivência Renascer na QVRS dos indivíduos com hipertensão arterial cadastrados apenas do domínio relativo à saúde mental, onde os mais assíduos apresentaram melhor QVRS quanto a esse aspecto.

Avaliando esses resultados, concomitantemente com o relativo ao item comparativo entre a QV atual comparada antes da participação no grupo, permita-se perceber que a educação em saúde em grupos de convivência pode contribuir para melhorar a qualidade de vida de indivíduos com hipertensão arterial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do conhecimento da colaboração que a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde proporciona nas tomadas de decisões terapêuticas de uma doença, torna-se importante o desenvolvimento de estudos que investigam a percepção do paciente quanto ao impacto que a própria doença causa em suas vidas e que seus resultados possam servir de subsídios para implementação e otimização de serviços que venham a calhar com a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Para detectar melhor o impacto da HAS sobre a qualidade de vida, relacionada à saúde dos indivíduos com hipertensão arterial, seria mais indicada a aplicação de instrumento específico de alta confiabilidade e que fosse traduzido e validado no Brasil, o que no momento, ainda não se encontra disponível.

Finalmente, por considerar que o trabalho educativo e social desenvolvidos nos grupos de convivência para indivíduos com hipertensão arterial pode colaborar para o conhecimento da doença, na adoção de hábitos de vida saudáveis, na adesão ao tratamento e na melhora da qualidade de vida, é preciso a participação e o envolvimento de vários seguimentos da sociedade, como equipe multidisciplinar integrada, familiares, comunidade e governantes. Portanto, essa tarefa constitui trabalho árduo onde é preciso que, cada um, desempenhe seu papel com responsabilidade e dedicação. Os enfermeiros como elementos constituintes dessas equipes devem estar presentes e ativos em todas as etapas desse trabalho, desde o planejamento, execução e avaliação, colaborando para a busca de meios efetivos que resultem na melhoria da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; GODOY, S.C.B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **Rev. Mineira Enfermagem**, v. 15, n. ½, p. 73-81, 2001.

ANASTOS K.; CHARNEY P.; CHARON RA; COHEN E.; JONES CY.; MARTE C. et al. Hypertension in women: what is really known? **Ann Intern Med**, v. 115, p. 287-93, 1991.

AUQUIER P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZAZBAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, v. 33, p. 77-86, 1997.

AVORN J, EVERITT DE, WEISS S. Increased antidepressant use in patients prescribed beta-blockers. **JAMA**, v. 255, p.357-60, 1986.

BARDAGE, C.; ISACSON, D. G. L. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 54, p. 172-181, 2001.

BARRON, A.J.R.; TORREBLANCA, F. L. R.; SANCHEZ, L. I. C.; BELTRAN, M.M. Effect of an educational intervention on the quality of life of the hypertense patient. **Salud Pública Méx.**, v. 40, n. 6, p. 503-509, 1998.

BENGTTSSON C.; EDSTROM K.; FURUNES B.; SIGURDSSON JA.; TIBBLIN. Prevalence of subjectively experienced symptoms in a population sample of women with special reference to women with arterial hypertension. **Scand J Prim Health Care**, n. 5, p. 155-62, 1987.

BLACK J.M.; MATASSARIN J., LUCKMAN S. **Enfermagem médico cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica**. 4 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1996. 1271 p.

BLUMENKRANTZ, M. **Obesity: the world's metabolic disorder**. Beverly Hills, 1997. [citado em 28/8/97]. Available from WWW: <URL: <http://www.quantumhcp.com.obesity.htm> >.

BORGES, C.B.N.; SANTOS, J.E. Terapia nutricional nas alterações metabólicas associadas à hipertensão arterial (diabetes melito, deslipidemias, hiperuricemia). **Rev. Bras Hipertensão**, v.11, n. 2, p. 96-101, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas/Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. **Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial**. Brasília, 1988. 88 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). **Falando sobre o tabagismo**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação sobre Morbidades e Mortalidades, 2005**. Indicadores e Dados Básicos. Brasil. 2005. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 jan 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Disponível em:< <http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 11 mar 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Disponível em:< www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 mar 2007.

BROWN N.; MELVILLE M.; GRAY D.; YOUNG T.; MUNRO J.; SKENE AM, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. **Heart**, v. 81, p. 352-8, 1999.

BROWNLEY, K.; HINDERLITER, A. L.; WEST, S. G.; GIRDLER, S. S.; SHERWOD, A.; LIGHT, K. Sympathoadrenergic mechanisms in reduce hemodynamic stress response after exercise. **Med. Sci. Sports Exerc.** v. 35, p. 978-986, 2003.

BULPITT, C. J.; DOLLERY, C. T.; CARNES, S. Change in symptoms of hypertension patients after referral to hospital clinic. **J. Br. Heart**, v. 38, p. 121-128, 1976.

CESARINO, C. B.; CARDOSO, S. S.; MACHADO, M. R.; BRAILE, D. M.; GODOY, M. F. Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. **Arq. Ci. Saúde**, v. 11, n. 4, p. 234-237, out.-dez, 2004.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. Medical Outcomes Study 36-item short- form health survey (SF-36)**. [Tese] – Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, São Paulo, 1997.

COITINHO, D. C.; LEÃO, M. M.; RECINE, E.; SICHIERI, R. **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991. 39 p.

COSTA, E. A.; KLEIN, C. H. Meio urbano e doenças cardiovasculares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 305-312, 1985.

COTE I., MOISAN J., CHABOT I., GRÉGOIRE JP. Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeution**, v. 30, p. 355-362, 2005.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades publicas do Estado de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 532-538, julho-ago. 2003.

DIAS, L. P. M.; TRENTINI, M.; SILVA, D. M. G. V. Grupos de Convivência: uma alternativa instrumental para a prática de enfermagem. **Rev. Texto&Contexto- Enfermagem**, v. 4, n. 1, p.83-92, jan./junho. 1995.

DIMENAS E., WIKLUND I., SAHLOF C.G., LINDVALL K.G.; OLOFSSON B.K., DE FAIRE U.H. Differences in the subjetivo well-being and symptoms of normotensives, borderline hypertensives and hypertensives. **J Hypertens**, n. 7, p. 885-890, 1989.

I DIRETRIZ brasileira de diagnostico e tratamento da síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, Suplemento 1, abril 2005.

V DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2006.

DUARTE ,E.C et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil**: um estudo exploratório. 1ª ed. Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.123p.

DUNCAN B.B., SCHMIDT I.M., ACHUTTI A.P., POLANCZYK C.A., BENIA L.R., MAIA A.A. Socioeconomic distribution of noncommunicable disease risk factors in urban Brazil: the case of Porto Alegre. **Bull PAHO**, v. 27, p. 337-49, 1993.

DYER, A. R.; STAMLER, J.; SHEKELLE, R. B. et al. Pulse pressure III. Prognostic significance in four Chicago epidemiologic studies. **J. Chron. Dis.**, v. 35, p. 283-294, 1985.

FARMER, M. E.; WHITE, L. R.; ABBOTT, R. D.; KITTNER, S. J.; KAPLAN, E.; WOLZ, M. M.; BRODY, J. A.; WOLF, P. A. Blood pressure and cognitive performance: The Framingham Study. **Am. J. Epidemiol.**, v. 126, p. 1103 – 1114, 1987.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**: assessment, analysis and interpretation. Chichester: Wiley & Sons, 2000.

FERNANDEZ L.J.A., SIEGRIST J., HERNANDEZ M.R., BROER M., CUETOESPINAR A. A study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparision with the general population of the same environment. **J Clin Epidemiol**; v. 47, p.1373-80, 1994.

FERREIRA, K. V. S.; MELO, A. M. C. A.; SOBRAL FILHO, D. C.; ARRUDA, I. K. G.; DINIZ, A. S.; TOSCANO, C. H. H. Impacto das Modificações no Estilo de Vida no Controle da Hipertensão. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 54, 1999, Recife. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 73. p. 110, 1999.

FLETCHER, A. Economic of hypertension control. **Bull. WHO**, v. 73, n. 4, p. 417-424, 1995.

FLETCHER, A. Quality of life in the management of hypertension. **Clin. Exper Hypertension**, v. 21, n. 5-6, p. 961 – 972, 1999.

FORJAZ, C. L. M.; SANTAELLA, D. F.; REZENDE, L. O.; BARRETO, A. C. P.; NEGRÃO, C. E. Duração do exercício determina a magnitude e a duração da hipotensão pós-exercício. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 70, p. 99-104, 1998.

FRANCISCHI, R. P. P; PEREIRA, L.O.; FREITAS, C.S.; KLOPPER M.; SANTOS, R.C; VIEIRA, P.; LANCHÁ JUNIOR, A.H. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

FRANKLIN, S. S.; GUUSTIN, W.; WONG, N. D. et al. Hemodynamic patterns of age-related changes in Blood pressure: the Framingham Heart Study. **Circulation**, v. 96, n. 1, p. 308-315, 1997.

FRYBACK D.G., DASBACH E.J., KLEIN R., KLEIN B.E.K., DORN N, PETERSON K et al. The Beaver Dam Health Outcomes Study; initial catalog of health-state quality factors. **Med Decis Making**, v.13, p. 89-103, 1993.

FUCHS, F. D.; MOREIRA, D. M.; RIBEIRO, J. P. Eficácia anti-hipertensiva do condicionamento físico aeróbio. Uma análise crítica das evidências experimentais. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 61, p. 87-90, 1993.

GIANCHELLO, A. L. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. **J. Med. Systems**, v. 21, n. 5, p. 235-254, 1996.

GOLDMAN, L. M. D.; BRAUNWALD, E. M. D. **Cardiologia na clínica geral**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.

GRUENINGER, U. J. Arterial hypertension: lessons from patient education. **Patient Educ Couns**, v. 26. n. 1, p. 37-55, 1995.

GUIMARÃES, P. M. M. Precisamos criar uma cultura de educação em saúde. In: **ENCONTRO ESTADUAL DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**, 2. Florianópolis, 27 de outubro 2001.

GULLIFORD M.C.; MAHADIR D. Relationship of health-related quality of life to symptom severity in diabetes mellitus: a study in Trinidad and Tobago. **J Clin Epidemiol**, v. 52. p. 773-80, 1999.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 83, n. 5, p. 424-433, 2004.

HEIMANN J. C. Sal e Hipertensão: aspectos históricos e práticos. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 7, n. 1, p. 11-13, jan./março. 2000.

HEMINGWAY H., NICHOLSON A., STAFFORD M., ROBERTS M., MARMOT M. The impact of socio-economic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II study. **Am J Public Health**, v. 87, p. 1484-90, 1997.

HEYLAND D.K.; GUYATT G.H.; COOK D.J.; MEAD M.; JUNIPER E.; CRONIN et al. Frequency and methodologic rigor of quality of life assessment in the critical care literature. **Crit Care Med**, v 26, n 3, p. 591-8, 1998.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. **BMJ**, v. 320, p. 526-527, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. Cidades-Censo 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em: 11 mar 2007.

IQOL International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Disponível em:<<http://www.iqola.org/>> Acesso em: 20 março 2007.

ISHIKAWA, K.; OHTA, T.; ZHANG, J.; HASHIMOTO, S.; TANAKA, H. Influence of age and gender on exercise training-induced blood pressure reduction in systemic hypertension. **Am. J. Cardiol.**, v. 84, p. 192-196, 1999.

JARDIM, P. C. B. V. **Educação em Saúde e controle da pressão arterial**: atividades educativas em grupo: uma proposta de ação.1998. 99 f. Tese – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

JOINT NATIONAL COMMITTEE – JNC. The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. **JAMA** 2003; 289(19): 2560-72

JOINT NATIONAL COMMITTEE – JNC. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Arch. Intern. Med.**, v. 157, p. 2413–2446, 1997.

- JUNG, R. Obesity as a disease. **Br. Med. Bull.**, London, v.53, n.2, p. 307-321, 1997.
- KANNEL W.B.; GORDON T.; SCHWARTZ M.J. Systolic versus diastolic blood pressure and risk of coronary heart disease: The Framingham Study. **Am J Cardiol** **27**: 335-345, 1971.
- KEARNEY, P. M.; WHELTON, M.; REYNOLDS, K.; MUNTNER, P.; WHELTON, P. K.; HE, J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, v. 365: 217-223, 2005.
- KITAGAWA, E. M.; HAUSER, P. M. **Differential mortality in the United States: a study in socioeconomic epidemiology**. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1973.
- KJLLGREN K.; AHLNER J.; DAHLOF B.; GILLH.; HEDNER T.; SALJO R. Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine clinical practice- a popuation-based setudy. **J Intern Med**, v. 244, p. 325-32, 1998.
- KODAVALI, L.; TOWNSEND, R. R. Alcohol and its relationship to blood pressure. **Curr. Hypertens Rep.**, v. 8, n. 4, p. 338-344, 2006.
- KULLMAN S.; SVARDSUDD K. Differences in perceived symptoms/ quality of life in untreated hypertensive and normotensive men. **Scand J Prim Health Care**; Suppl 1, p. 47-53. 1990
- LAHAD A; YODFAR Y. Impact of comorbidity on well-being in hypertension: case control study. **J Hum Hypertens**, v. 7, p. 611-4. 1993.
- LAW, M. R.; WALD, N. J.; MORRIS, J. K.; JORDAN, R. E. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. **BMJ**, v. 326, p. 1427, 2003.
- LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAUJO, M. J.; ALMEIDA FILHO, N.; AQUINO, E.; Oliveira M.M.C. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (Ba) Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, p. 747-756, 2006.
- LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.
- LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO, R.; COLLINS, R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, London, v. 360, n. 9362, p. 1903-1913, 2002.
- LIMA J.C. **Tradução para o português e validação do questionário específico para avaliação da qualidade de vida em hipertensos de Bulpitt e Fletcher**.2002.154f. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

LIMA, M. F. C.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiol. Serv. Saúdevol. v.12, n.4, p.189-201. dez. 2003.

LIMA, M. F. C.; BARRETO, S. M.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. et al. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 9, p. 219-227, 2001.

LOLLIO, C. A.; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência de obesidade em localidade do Estado de São Paulo, 1987. **Rev. Saude Pública**, v. 25, n. 1, p. 33-36, 1991.

LOTUFO, P. A. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 70, p. 321-325, 1998.

LOTUFO, P. A. Stroke: a neglected disease in Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial.** Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

LYONS, R.A.; LO S.V.; LITTLEPAGE, B.N. Comparative health status of patients with 11 common illnesses in Wales. **J Epidemiol Community Health**, v. 48, p. 388-90, 1994.

MARMOT, M. G.; ROSE, G.; SHIPLEY, M.; HAMILTON, P. J. S. Employment grade and coronary heart disease in british civil servants. **J. Epidemiol. & Comm. Health**, v. 32, p. 244, 1978.

MARMOT, M.; SMITH, G.; STANSFELD, S.; PATEL, C.; NORTH, F.; HEAD, J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whichall II study. **Lancet**, v. 337, p. 1387-93, 1991.

MCHORNEY, C.A.; WARE J.E.; RACZEK, A.E. The MOS 36-item short-form helth survey(SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical health and mental constructs. **Med Care**; v. 31. p. 247-63. 1993.

MEDEIROS, M.M.C.; FERRAZ, MB. **Pergunta principal do estudo / Conceitos básicos em epidemiologia clínica / Tipos de desenhos de estudo.** Rev Bras Reumatol, v 38, n. 2 Mar/Abr, 1998.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; KIMURA, M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ci. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, jan./junho. 2000.

MION, J.R.D.; PIERIN, A. M. G.; BAMBIRRA, A. P.; ASSUNÇÃO, J. H.; MONTEIRO, J. M.; CHINEN, R. Y.; COSER, R. B.; AIKAWA, V. N.; CAÇÃO, F. M.; HAUSEN, M.; VILIBOR, M. F.; AIKAWA, N.; KONNO, S. N. Hypertension in employees of a University

General Hospital in the City of São Paulo, State of São Paulo, Brazil. **Rev. Hosp. Clín.**, São Paulo, v. 59, n. 6, p. 329-336, 2004.

MITCHELL, G. F.; PARISE, H.; BENJAMIM, E. J.; LARSON, M. G.; KEYES, M. J.; VITA, J. A.; VASAN, R. S.; LEVY, D. Changes in arterial stiffness and wave reflection with advancing age in healthy men and women: the Framingham Heart Study. **Hypertension**, v. 43, n. 6, p. 1239-1245, 2004.

MONTEIRO, P. C.; SANTOS, F. S.; FORNAZARI, P. A.; CESARINO, C. B. Características Biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq. Ci. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 73-79, abr./jun. 2005.

NEGRÃO, C. E.; RONDON, M. U. P. B. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo da pressão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 8, n. 1, p. 80-95, 2001.

NICHOLS, W.W.; OROURKE, M.F. **McDonalds blood flow in arteries**: theoretical, experimental, and clinical principles. 4 ed. London: Melbourne, Auckland: Edward Arnold, 1998.

NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION, D. J. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **IMAGE J. Nurs. School**, v. 22, n. 3, p. 187-190, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PENNEBAKER, J. **The psychology of physical symptoms**. Berlim: Springer 1982.

PEREIRA, C. A.; KRLEGER, J. E. Dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado. Quais são os caminhos? **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 8, n. 4, p. 131-137, 2005.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole, 2004. 372 p.

POLANEZK, C. A. Decisão clínica em hipertensão arterial sistêmica baseada em análises econômicas. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 9, n. 1, p. 29 -34, 2002.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Delineamento de Pesquisa. In: POLIT, D.F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 6, p. 107-40.

RAMOS, L. A.; MIRANDA R. D. Impacto epidemiológico da hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. **Rev brás hipertens**, v. 6, n.4, p.370-375, out.-dez. 1999.

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.

RONDON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 10, p. 134-137, 2003.

ROSE, G.; MARMOT, M. G. Social class and coronary heart disease. **Br. Heart J.**, London, v. 45, p. 13-19, 1981.

ROSITO, G. A.; FUCHS, F. D.; DUNCAN, B. B. Dose-dependent biphasic effect of ethanol on 24-h blood pressure in normotensive subjects. **Am. J. Hypertens**, v. 12, n. 2 , p. 236-240, 1999.

SCHEINBERG, P. Dementia due to vascular disease – a multifactorial disorder. **Stroke**, v. 19, n. 10, p. 1291 – 1299, 1988.

SILQUEIRA, S.M.F.O questionário genérico SR-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005. 117 p.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; FRANCIONI, F. F.; BETINA, H. S. M. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 7-14, janeiro-fevereiro. 2005.

SIMONE, G.; DEVEREUX, R. B.; CHINALI, M.; ROMAN, M. J.; BEST, L. G.; WELTY, T. K.; LEE, E. T.; HOWARD, B. V. Strong Heart Study Investigators. Risk factors for arterial hypertension in adults with initial optimal blood pressure: the Strong Heart Study. **Hypertension**, v. 47, n. 2, p. 162-167, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998. 1768 p.

SULLIVAN, M.; KARLSSON, J.; The Swedish SF-36 Health Survey III. Evalution of criterion-based validity: resultus from normative population. **J Clin Epidemiol**, v. 51, p. 1105-13. 1998.

SVARSTAD, B.L.; CLEARY, P.D.; MECHANIC, D.; ROBERS, P.A. Gender Differences In The Acquisition Of Prescribed Drugs: An Epidemiological Study. **Med Care**, v. 25, p. 1089-98. 1987.

SOARES, A. M.; MATIOLI, M. N. P. S.; POMPEU, A. C. B.; VIEIRA, C. T.; HAMAGUCHI, C.; HISSACHI, F.; ABREU, F. P.; NÉRI, I. D. O.; NOGUEIRA, I. M.; ALVAREZ, K. R.; FERRAZ, P. E.; ASSUNÇÃO, R. A.; MOTTA, S. Prevalência de hipertensão arterial em grupo de idosos em ambiente extra-hospitalar. In: CONGRESSO CATARINENSE DE CARDIOLOGIA, 5. **Anais....** Joinville, 18 a 20 de novembro de 1999.

STEWART, A.L.; GREENFIELD, S.; HAYS, R.D.; WELL, K.; ROGERS, W.H.; BERRY, S.D, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. **JAMA**, v. 262. p. 907-13. 1989.

TAKATA, K. I.; OHTA, T.; TANAKA, H. How much exercise is required to reduce blood pressure in essential hypertensives: a dose-response study. **Am. J. Hypertens.**, v. 13, p. 593-600, 2003.

TAYLOR, S. E. **Health psychology**. 4 ed. Boston: Mc GrawHill, 1999.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality of life outcomes. **N. Engl. J. Med**, v. 334, n. 13, p. 835-840, 1996.

TIBBLIN, G.; BENGTSSON, C.; FURUNES, B.; LAPIDUS, L. Symptoms by age and sex. **Scand J Prim Health Care**, v. 8, p. 9-17, 1990.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos: um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. **Rev. Texto&Contexto-Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 63-78, jan./abril 2000.

TURNER, D. M. B.; BARTLEY, P. J.; WARE Jr., J. E. **SF-36® Health Survey & “SF” Bibliography**: Third Edition (1988-2000). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2002.

VASAN, R. S.; LARSON, M. G.; LEIP, E. P.; KANNEL, W. B.; LEVY, D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertension participants in the Framingham Heart Study (BHAS): a cohort study. **Lancet**, v. 358, p. 1682-1686, 2001.

YUSUF, S.; REDDY, S.; ÔUNPUU, S.; ANAND, S. Global burden of cardiovascular diseases. Part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. **Circulation**, v. 104, n. 22, p. 2746-2753, 2001.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. K. **SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales**: a user's manual. Boston, MA: Health Institute, 1994.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med. Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WARE, J.; SNOW, K.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. **Health Survey manual and interpretation guide**. Boston: New England Medical Center, 1993.

WENGER, N. K.; FURBERG, C. D. Cardiovascular disorders. In: SILKER, B. **Quality of life assessment in clinical trials**. New York: Raven Press, 1990.

WILSON PWF et al. Twelve-year incidence of coronary heart disease in middle-aged adults during the era of hypertensive therapy: The Framingham Offspring Study. **Am J Med** 90: 11-16, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International society of Hypertension. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization. International Society of hypertension. Guidelines for the Management of Hypertension. **J. Hypertension**, v. 17, n. 2, p. 151-183, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Changing history**. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/whr/2004/924156265X.pdf>> Acesso em: 15 dezembro 2005.

XIN, X.; FRONTINI, M. G.; OGDEN, L. G.; MOTSAMAI, O. I.; WHELTON, P. K. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Hypertension**, v. 38, p. 1112-1117, 2001.

ZANEI, S. S. V. **Análises dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL- bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares**. 2006. Tese - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de avaliação

Dados sócio-demográficos, econômicos, clínicos, hábitos de vida e relacionados a participação no grupo de convivência.

Número de identificação:.....Nº do prontuário

Data da entrevista...../...../.....

1)- Dados Sócio-econômicos:

1-1) Sexo: (1) Feminino (2) Masculino 1-2) Data de nascimento:/...../.....

1-3) Profissão: (1) Profissional Liberal (2) Aposentado (3) Serviço Braçal (inclui empregada doméstica) (4) Dona de Casa (5) Empresário (6) Agricultor (7) outro..... (8) Desempregado

1-4) Estado Civil: (1) Casado ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro (3) Viúvo (4) Separado (a), desquitado (a) ou divorciado (a)

1-5) Reside sozinho (a)? (1) sim (2) não.

1-6) Cor da pele: (1) branca (2) não branca

1-7) Escolaridade: (1) analfabeto (2) ensino fundamental incompleto (3) ensino fundamental completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) ensino superior incompleto (7) ensino superior completo

Anos de estudos.....anos.

1-8) Renda total da família.....salários mínimos.

Número de indivíduos que residem na mesma casa.....

2) Participação no Grupo Renascer

2-1) Data do início da participação das atividades educativas no grupo:...../...../.....

2-2) Quantas reuniões participou no último ano.....

2-3) Número de reuniões realizadas no último ano.....

2-4)- Está participando de algum outro grupo de convivência? (1)sim (2) não .

Qual?..... Há quanto tempo?.....meses.

3)- Dados clínicos

3-1) Tempo aproximado de diagnóstico de HAS:anos.

3-2) Co-morbidades:

Diabetes (1)Sim (2)Não Insuficiência renal (1)Sim (2)Não IAM: (1) Sim (2) Não ICC
(1) Sim (2) Não AVE (1) Sim (2) Não ICO (1)Sim (2)Não

Angina (1)Sim (2)Não Obesidade (1)Sim (2)Não

Doença Vascular Periférica (1)Sim (2)Não

3-3) Medicamento em uso para a HAS :

	1- Sim	2- Não
Bloqueadores canais de Ca		
Diuréticos		
Inibidor adrenérgicos		
Vasodilatadores diretos		
Antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II (AII)		
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)		

3-5) Segue corretamente a prescrição médica? (1) Sim (2) Não

3-6) Se não, qual o motivo:

Fator econômico (1) Sim (2) Não Efeitos colaterais (1) Sim (2) Não

Falta de conhecimento(1) Sim (2)

Não outros (1) sim (2) não

4)Estilo de Vida

4-1)- Tabagismo

É fumante? ()sim () não Idade começou a fumar.....anos

Tipo de fumo Quantidade de cig./dia

Papel (1) sim (2) não

Palha (1) sim (2) não

Ex-fumante? ()sim () não Idade começou a fumar.....anos

Tipo de Fumo Há quanto tempo parou Quantos cig/dia

Papel (1) sim (2) não _____

Palha (1) sim (2) não

Razão que o(a) levou a parar de fumar: (1) Problemas com saúde

(2) Orientação do profissional de saúde (3) Promessa religiosa

(4) falta de dinheiro (5) outros

4-2) Consumo de Bebida Alcoólica

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

Tipo de bebida (atual) Frequência(n x/sem) Há quanto tempo(anos)

Cerveja (1)sim (2) não _____

Pinga (1)sim (2) não

Outra (1)sim (2) não

Não-consumidores de bebida alcoólica atualmente

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

Tipo bebida alcoólica Por quanto tempo(anos) Há quanto tempo parou(anos)

Cerveja (1)sim (2) não _____

Pinga (1)sim (2) não

Outra (1)sim (2) não

Razão que o(a) levou a parar de beber: (1) Problemas com saúde
(2) Orientação do profissional de saúde (3) Pomessa religiosa
(4) falta de dinheiro (5) outros

7) Classificação da pressão arterial: Média dos valores da PA.....mmHg

- (1) Ótima: < 120 ou < 80 mmHg
 - (2) Normal < 130 ou < 85 mmHg
 - (3) Limítrofe 130-139 ou 85-89 mmHg
 - (4) Estágio 1 (leve) 140-159 ou 90-99 mmHg
 - (5) Estágio 2 (moderado) 160-179 ou 100-109 mmHg
 - (6) Estágio 3 (grave) ≥ 180 e ≥ 110 mmHg
 - (7) hipertensão sistólica isolada > 140 e < 90
- (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006)

8) Ao pensar em sua QV antes de sua participação no Grupo Renascer e comparando a sua QV agora, como você se classificaria?

- Muito melhor agora do que antes da participação no grupo.....1
- Um pouco melhor agora do que antes da participação no grupo2
- Quase a mesma coisa de antes da participação no grupo.....3
- Um pouco pior agora do que antes da participação no grupo.....4
- Muito pior agora do que antes da participação no grupo.....5

APENDICE B – Autorização do Serviço

AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento após receber e analisar o projeto de pesquisa “Qualidade de vida relacionada a saúde entre hipertensos participantes de um grupo de convivência” da autora Patrícia Magnabosco e orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Suely Nogueira, concorda com a condução da pesquisa e disponibiliza a área física do Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES) para a coleta dos dados.

Sacramento, 25 de julho de 2005

Reginaldo Afonso dos Santos
Secretário de Saúde
Gestor SUS- Sacramento

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você tem um tipo de doença denominada hipertensão arterial e está sendo convidado a participar do estudo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde dos hipertensos participantes do grupo Renascer. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida dos hipertensos e correlacionar-la quanto à suas condições de saúde, condições sócio-demográficas e hábitos de vida e caso você participe, será necessário fazer uma avaliação das variáveis citadas acima pela enfermeira da equipe. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

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

Sacramento,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador executor

Endereço: Rua Cristo Reis, 81 Centro Sacramento-MG CEP 38190-000. Telefone (034) 3351-3264 ou 3351-4173 - Patrícia Magnabosco Pesquisadora responsável

ANEXO A - Instrumento Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
(SF-36)®

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder

1)- Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente.....1
- Muito boa..... 2
- Boa.....3
- Ruim.....4
- Muito ruim.....5

2)- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- Muito melhor agora do que a um ano atrás.....1
- Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
- Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
- Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3)-Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividade	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, Não dificulta de modo algum
a- Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b- Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c- Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d- Subir vários lances de escada	1	2	3
e- Subir um lance de escada	1	2	3
f- Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g- Andar mais de um quilometro	1	2	3
h- Andar vários quarteirões	1	2	3
i- Andar um quarteirão	1	2	3
j- Tomar banho ou vertir-se	1	2	3

4)- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da sua saúde física? (circule uma linha)

	Sim	Não
a- Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b- Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c- Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d- Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades(p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5)- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a- Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b- Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c- Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6)- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

7)- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

- Nenhuma.....1
- Muito leve.....2
- Leve.....3
- Moderada.....4
- Grave.....5
- Muito grave.....6

8)- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

- De forma nenhuma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

9)- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas: (circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a- Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b- Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c- Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d- Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e- Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f- Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10)- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferem com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.) (circule uma)

- Todo tempo.....1
- A maior parte do tempo.....2
- Alguma parte do tempo.....3
- Uma pequena parte do tempo.....4
- Nenhuma parte do tempo.....5

11)- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um numero em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a- Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b- Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c- Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d- Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0134/2005

Ribeirão Preto, 6 de outubro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua **79ª Reunião Ordinária**, realizada em 28 de setembro de 2005.

Protocolo: nº 0588/2005

Projeto: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde entre Hipertensos Participantes de um Grupo de Convivência.

Pesquisadores: Maria Suely Nogueira (Orientadora)
Patrícia Magnabosco (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

Profª. Dra Maria Suely Nogueira (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP