

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE
COLETIVA

SUSANA BUBACH

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO/QUALIDADE
DE VIDA E O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM
HIPERTENSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA, VITÓRIA, ES.**

VITÓRIA
2008

SUSANA BUBACH

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO/QUALIDADE
DE VIDA E CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM
HIPERTENSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA, VITÓRIA, ES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Riscos e Agravos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina Araújo de Oliveira.

VITÓRIA

2008

SUSANA BUBACH

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO/QUALIDADE
DE VIDA E CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM
HIPERTENSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA, VITÓRIA, ES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Riscos e Agravos.

Aprovada em 31 de outubro de 2007.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina Araújo de Oliveira.
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Dora Chor
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Ethel Leonor Noia Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

B917a Bubach, Susana.
Associação entre fatores de risco/qualidade de vida e o controle da pressão arterial em hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde da família, Vitória, ES / Susana Bubach. – 2008. 103f. : il.

Orientadora: Elizabete Regina Araújo de Oliveira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Hipertensão. 2. Pressão arterial. 3. Qualidade de vida. I. Oliveira, Elizabete Araújo de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU:61

A Deus razão do meu viver.

A minha querida família José,
Josefina, Célia, Rogério, Rosana,
Rafael, Catarina, Ana Carolina.

E ao meu amor Fabricio.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a minha família, que mesmo com dificuldades, soube ser paciente aos meus anseios e incentivar o meu sucesso.

Ao meu marido, que soube ser paciente, amoroso e dedicado, nos momentos constantes de dedicação a pesquisa.

A Universidade Federal do Espírito Santo e ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva pela nova oportunidade de estudo.

A professora Elizabete Regina, pelos longos anos de companheirismo, compreensão, dedicação e conquistas, na busca em tornar-me uma educadora e uma pesquisadora.

Ao professor José Geraldo Mill que colaborou com os equipamentos necessários a execução deste trabalho.

A professora Dora Chor, por suas contribuições metodológicas e pelo incentivo para a realização deste trabalho.

Ao professor Aloísio Falqueto que carinhosa e sabiamente ajudou-me na construção metodológica deste trabalho.

A minha Claudia Repossi que esteve sempre ao meu lado em todos os momentos felizes e angustiantes.

As alunas de iniciação científica Débora, Rayana, Lia e Pamila que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho.

Aos meus queridos entrevistados, que dispuseram do precioso tempo para contribuir com a melhoria do serviço de saúde e do meu estudo.

A Secretaria Municipal de Vitória, a Unidade de Saúde da Família Maruípe, e a todas outras instituições, profissionais, colaboradores e colegas que direta ou indiretamente estiveram em algum momento presentes na concretização desta pesquisa.

“Quando uma criatura humana
desperta para um grande
sonho e sobre ele lança toda a
força de sua alma...

Todo o universo conspira a
seu favor!”

Goethe

RESUMO

A hipertensão arterial é um dos maiores problemas de saúde pública do país, pela alta prevalência na população, e pela associação a agravos que podem causar incapacidades e/ou a morte. O controle da doença é complexo e exige mudanças nos hábitos relacionados aos fatores de risco. Isso pode interferir na percepção do indivíduo quanto a Qualidade de Vida, ocorrendo comprometimento no acompanhamento e nas adaptações que a doença hipertensiva requer. O objetivo geral do estudo foi investigar a associação entre fatores de risco/Qualidade de Vida e o controle da pressão arterial em hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva, cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) Maruípe, no município de Vitória, Espírito Santo. Utilizou-se metodologia de corte transversal, com abordagem quantitativa. Os critérios de inclusão foram: cadastro na USF Maruípe como hipertenso, utilização de medicação anti-hipertensiva e idade superior a 25 anos. A amostra foi composta por 331 pessoas distribuídas proporcionalmente, por sexo e faixa etária. Os dados foram coletados através do *WHOQOL-bref*, para percepção da Qualidade de Vida, e da identificação de fatores de risco: índice de massa corporal (IMC), razão cintura-quadril (RCQ) e pressão arterial não-invasiva. Na análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico SPSS 13.0, para descrição dos dados e para análises os Testes de Mann-Whitney, Qui-quadrado e o Mantel-Haenszel. Os resultados identificaram associação no controle da pressão arterial do sexo masculino com o IMC, e do sexo feminino com o aspecto global da qualidade de vida. Portanto, a avaliação da QV e de medidas como estas utilizadas nesse estudo, são importantes como prática auxiliar na abordagem integral ao hipertenso.

Palavras-chave: hipertensão arterial, fatores de risco, qualidade de vida, controle da pressão arterial.

ABSTRACT

The arterial hypertension is one of the most problems of public health of the country, for the high prevalence in the population, and by the association the damage that can cause incapacities and/or the death. The control of the disease is complex and requires changes in habits related to risk factors. This can intervene with the perception of the individual how much the quality of life, occurring occurring commitment in monitoring and adjustments in the hypertensive disease requires. The general objective of the study was to investigate the association between risk factors / Quality of Life and control blood pressure in hypertensive patients using anti-hypertensive medications, registered in the Unit for Family Health (USF) Maruípe, in the city of Vitoria, Espirito Santo . It was used method of cross section, with quantitative approach. Inclusion criteria were: register at USF Maruípe as hypertension, use of anti-hypertensive medications and aged over 25 years. The sample was composed of 331 people distributed proportionately, by sex and age. Data were collected through the WHOQOL-bref, for perception of Quality of Life, and the identification of risk factors: body mass index (BMI), waist-hip ratio (WHR) and non-invasive blood pressure. In the analysis of the data, it was used the statistical program SPSS 13.0 for description of the data and analyses to the Mann-Whitney tests, chi-square and of Mantel-Haenszel. The results association identified in the control of blood pressure males with BMI, and females with the global aspect of the quality of life. Therefore, assessment of QV and measures such as these used in this study are important and practicals to assist in addressing the full hypertensive.

Keywords: hypertension, risk factors, quality of life, control of blood pressure.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Instrumentos genéricos de avaliação de qualidade de vida para aplicação em adultos.....	26
Quadro 2	Instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida para aplicação em adultos.....	26
Quadro 3	Domínios e facetas do <i>WHOQOL-100</i>	28
Quadro 4	Domínios e facetas do <i>WHOQOL-bref</i>	29
Quadro 5	Questões do <i>WHOQOL-bref</i> para avaliação da qualidade de vida geral e seus domínios.....	30
Quadro 6	Classificação de peso através do IMC.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição amostral de hipertensos por equipe, sexo e faixa etária da USF Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	44
Tabela 2	Caracterização de hipertensos cadastrados na USF Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	54
Tabela 3	Valor mínimo, máximo, média e desvio padrão por domínio do <i>WHOQOL-bref</i> , na escala 4-20, por classificação de pressão arterial e sexo, de hipertensos cadastrados na USF Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	61
Tabela 4	Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.....	64
Tabela 5	Controle da pressão arterial segundo sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	64
Tabela 6	Controle da pressão arterial segundo faixa etária, distribuída por sexo e geral, em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	65
Tabela 7	Controle da pressão arterial segundo IMC, distribuída por sexo e geral, em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	66
Tabela 8	Controle da pressão arterial segundo IMC, distribuída por sexo e geral em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	66
Tabela 9	Controle da pressão arterial segundo IMC (obeso e sobrepeso), distribuída por sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	67
Tabela 10	Controle da pressão arterial segundo IMC (obeso e normal), distribuída por sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	67
Tabela 11	Controle da pressão arterial segundo IMC (obeso e normal), distribuída por sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	67
Tabela 12	Controle da pressão arterial segundo RCQ, distribuída por sexo e geral, em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES,	

	Brasil, 2008.....	79
Tabela 13	Estimativa do odds-ratio de Mantel-Haenszel em relação ao controle da pressão arterial segundo faixa etária, RCQ e IMC (sobrepeso + obeso e normal) em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	70
Tabela 14	Associação entre os grupos da pressão arterial e os domínios do WHOQOL-bref segundo faixa etária e gênero em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	71
Tabela 15	Teste de Mann-Whitney dos domínios do WHOQOL-bref com os grupos de pressão arterial segundo sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008.....	72

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAJUN - Projeto Caminhando Juntos

CHAQ-DI - Childhood Health Childhood Assessment Questionnaire Disability Index

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HDL - High-density Lipoproteins

HIPERDIA - Cadastro Nacional de Hipertensos e Diabéticos

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

IMS - Instituto de Medicina Social

INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial

JASI - Juvenile Arthritis Functional Status Index

NOAS - Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

QV - Qualidade de Vida

RCQ - Razão Cintura-Quadril

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SOE - Sistema de Orientação ao Exercício

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA.....	19
1.2 OBJETIVOS.....	20
1.2.1 Objetivo geral	20
1.2.2 Objetivos específicos	20
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	21
2.1 QUALIDADE DE VIDA.....	21
2.1.1 Instrumento de Qualidade de Vida	25
2.1.1.1 Elaboração de instrumentos de medição da Qualidade de Vida pela OMS.....	27
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	31
2.2.1 Processo saúde-doença	31
2.2.2 Fatores de risco	36
2.2.3 A hipertensão arterial no contexto do Sistema Único de Saúde	38
3 METODOLOGIA	42
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	42

3.3 SUJEITOS DA AMOSTRA.....	42
3.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO.....	43
3.5 COLETA DE DADOS.....	43
3.5.1 Seleção dos dados.....	44
3.5.2 Estratégia para a coleta dos dados.....	45
3.6 INSTRUMENTOS.....	46
3.6.1 Questionário para avaliação da Qualidade de Vida.....	47
3.6.2 Questionário sobre Fatores de Risco Cardiovascular.....	48
3.6.2.1 Medidas antropométricas e de pressão arterial.....	48
a) <i>Medida da circunferência da cintura e do quadril.....</i>	<i>48</i>
b) <i>Medida da estatura e do peso corporal.....</i>	<i>49</i>
c) <i>Medida da pressão arterial não invasiva.....</i>	<i>50</i>
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	53
4.1 DESCRIÇÃO DOS DADOS.....	53
4.1.1 Fatores de risco.....	53

4.1.2 Qualidade de Vida.....	60
4.2. RELAÇÃO DOS DADOS.....	63
4.2.1 Análise univariada dos fatores de risco.....	64
4.2.2 Análise univariada dos dados com os domínios do <i>WHOQOL-bref</i>.....	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
6 REFERÊNCIAS.....	77
ANEXOS.....	90
APÊNDICES.....	97

1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocasionadas em todo o mundo, relacionadas aos aspectos epidemiológicos e demográficos, fizeram com que ocorressem alterações no perfil de morbimortalidade de diversas populações (BARRETO; CARMO, 2000). No Brasil, isso ocorreu devido à diminuição da mortalidade precoce por doenças infecto-parasitárias, ao aumento da expectativa de vida, com o respectivo acréscimo da população em estratos de idade mais elevados, e ao crescente processo de urbanização, com modificações socioculturais (SILVA JUNIOR et al., 2003).

Isso fez com que houvesse um aumento na proporção de doenças de causa crônica em detrimento das doenças de natureza infectocontagiosa (BRASIL, 2005), o que ocasionou sérios problemas a toda sociedade, uma vez que são doenças de longa duração, que se acumulam e contribuem para o surgimento de outras, promovendo declínio da mortalidade com ascensão da morbidade (PATARRA, 2000).

Esse grupo de agravos tem-se destacado sobre todas as outras causas de morte desde 1963 (BRASIL, 2005). Em 2000, representou 46% da carga global de doenças no mundo, com péssimas previsões de que para o ano de 2020 atingirá cerca de 60% (OMS, 2003).

Desse conjunto de enfermidades, as cardiovasculares representam a primeira causa de morte no País (ISHITANI et al., 2006) e são responsáveis por 1.150.000 das internações por ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais ao sistema público de saúde. Desse total, 25,7% são gastos com internações de pacientes por acidente vascular encefálico ou por infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2005).

No Brasil, 1/3 dos óbitos concentra-se na faixa etária de 35 a 64 anos (BRASIL, 2006a), retirando do mercado de trabalho uma grande parcela da força produtiva, gerando altos custos ao Governo, aos empregadores e à sociedade, não somente pelas mortes, mas também pelas incapacidades e morbidades que a doença pode ocasionar (OMS, 2003).

Acrescente-se que a hipertensão arterial é uma das doenças cardiovasculares mais prevalentes na população, o que a transforma em um grande problema de saúde pública no país (BRASIL, 2005). Devido à sua ocorrência em 25 a 30% da população com idade superior a 25 anos (LESSA, 2001), eleva os índices de absenteísmo ao trabalho, os gastos com indenizações e aposentadorias precoces. Além disso, estudos evidenciam o crescimento de casos de hipertensão em crianças e adolescentes (FLYNN; ALDERMAN, 2005).

Esses problemas podem ser decorrentes do rápido crescimento no número de obesos, diabéticos e idosos, que se observa mundialmente, promovendo o acréscimo da prevalência da doença hipertensiva (RIBEIRO, 1999). Recomenda-se então que adultos com valores pressóricos de 120/80 a 139/89mmHg, que são considerados “pré-hipertensos”, realizem mudanças no estilo de vida, como redução de peso e diminuição de sódio na alimentação (JNC, 2003).

Isso mostra que certos padrões empregados no cotidiano favorecem o surgimento da hipertensão, podendo ser denominados de fatores de risco. Esses fatores contribuem para o surgimento ou o agravamento da doença. O conhecimento desses determinantes e suas inter-relações com o indivíduo e seu contexto de vida (social, cultural, econômico e político) são de fundamental importância, uma vez que podem promover transformações nos hábitos de vida (BLOCH, 1998).

A busca por uma metodologia de intervenção individual e em conjunto com o paciente hipertenso é fundamental para o sucesso da terapia, uma vez que o componente subjetivo interfere diretamente na decisão do autocuidado e no desenvolvimento de vários agravos crônicos (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Por isso, o esclarecimento ao paciente sobre sua percepção a respeito da qualidade de vida (QV), como portador da hipertensão arterial, e sobre as relações que isso pode desempenhar com os fatores de risco, para o agravo da doença é uma importante forma de “conquista” do cliente pelo profissional de saúde.

Assim, verificar a associação entre fatores de risco/qualidade de vida, bem como, o controle da hipertensão é de fundamental significância, uma vez que a saúde está

atrelada à QV e o controle desses fatores pode promover uma vida melhor ao sujeito (BUSS, 2000) hipertenso.

1.1 JUSTIFICATIVA

Durante o curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), desenvolveu-se um projeto como bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no qual era realizado acompanhamento diário a pacientes hipertensos da comunidade de Tabuazeiro, em Vitória-ES.

Nesse período, observou-se que pessoas portadoras da hipertensão arterial se preocupavam, principalmente, em ingerir os medicamentos e se descuidavam do controle dos fatores de riscos que permeiam a doença, o que podia desencadear diversos agravos cardiovasculares.

No ambiente de trabalho, em uma instituição de saúde hospitalar, também se verificou um número elevado de pacientes admitidos com agravos decorrentes das alterações nos níveis pressóricos, sendo que muitos não se adequavam as mudanças nos hábitos de vida que a doença requer e retornavam constantemente e cada vez em estado mais grave.

Isso dificultava as ações de promoção à saúde, uma vez que o setor hospitalar ficava sobrecarregado e oneravam-se os custos com a assistência ao indivíduo. Além do mais, o aspecto incapacitante e dependente, que em muitos casos os clientes se encontram, trazia prejuízos não só físicos, mas também psíquicos e emocionais.

Além disso, perceberam-se esses mesmos problemas na população atendida pela Unidade de Saúde da Família (USF) da região de Maruípe, como professora substituta pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que mesmo estando expostos a riscos, ou os tendo apresentado, isso não repercutia em mudanças significativas no modo de vida.

Assim, pensou-se em identificar a associação que poderia haver com relação a fatores de risco e a QV com hipertensos que utilizam medicação e possuíam os níveis pressóricos dentro do limite de normalidade e aqueles com a pressão arterial descompensada, demonstrando no dado período e população o que realmente causava influência para esse controle ou não. Isso poderia gerar novas nuances à intervenção terapêutica, permitindo vislumbrar formas de evitar ou amenizar essa situação encontrada na população em estudo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Investigar a associação entre fatores de risco/qualidade de vida e o controle da pressão arterial em hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade de Saúde da Família (USF) Maruípe, no município de Vitória-ES.

1.2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a influência da qualidade de vida geral e nos domínios físico, psicológico, nas relações sociais e no meio ambiente, sobre o controle da pressão arterial em hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva.
- Avaliar a influência do índice de massa corporal (IMC) e da razão cintura-quadril (RCQ) sobre o controle da pressão arterial em hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

2.1 QUALIDADE DE VIDA

A palavra qualidade deriva do latim, *qualitate*, e possui vários significados, como caracterização de uma pessoa ou coisa que a diferencie de outras, modo de ser, atributo, aptidão, título, posição social (QUALIDADE, 2007). Já o vocábulo vida (VIDA, 2007) refere-se ao caráter de existência, ao modo de viver, ao conjunto de coisas necessárias à subsistência. Com essas denominações, fica mais fácil entender o surgimento de tantas atribuições e conceitos para QV, pois, no sentido literal das palavras, é a junção do modo de ser, dado pela qualidade, a situações imprescindíveis à existência, relacionadas à vida.

Assim, faz-se necessário trazer algumas definições do termo para esclarecer qual o sentido que lhe dão tantos autores.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 10) “[...] a noção de qualidade de vida, na área da saúde, é o resultado social de uma construção coletiva de padrões de conforto e tolerância, que aquela população estabelece como parâmetros para si”.

Goldbaum (2000), em uma discussão sobre o texto “Qualidade de vida: um debate necessário”, dos autores supracitados, argumenta que, na maioria das vezes, o termo *qualidade de vida* se refere as condições de vida, estilo de vida ou situação de vida.

Pitta (2000) também traz reflexões sobre QV dizendo que o termo recebe denominações como estilo, modo e condições de vida; desenvolvimento sustentável; respeito a direitos humanos e sociais. Relaciona-se ativamente ao processo de cidadania, no que tange à democratização da saúde. Isso é perfeitamente explicado quando retomamos as definições dos termos qualidade e vida.

Todavia, apenas a denominação condição ou estilo de vida não dimensiona exatamente o termo. Muitas vezes, as pessoas associam condições de vida com indicadores econômicos e sociais (NAHAS, M. I., 2003).

Tamaki (2000) sugere que QV individual quer dizer o bem-estar ocasionado pela satisfação das necessidades pessoais. Por sua vez, o somatório do bem-estar de todas as pessoas de uma comunidade determinaria a QV coletiva.

Velarde-Jurado e Avila-Figueroa (2002) explicam que a QV, em sua concepção mais ampla, abarca emprego, vivências, acesso a serviços públicos, comunicação, urbanização, contaminação do ambiente e muitos outros aspectos sociais que possam influenciar no desenvolvimento de doenças.

Assim, esse conglomerado de parâmetros demonstra a complexidade que a conceituação de QV pode ocasionar, pois cada pessoa tem uma forma de ver quais as suas necessidades em seu contexto de vida. Dantas, Sawada e Malerbo (2003) indicam que QV é eminentemente humana, englobando conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos.

Por isso, pensar em QV torna-se tão subjetivo devido à amplitude de atributos e valores que cada um possa utilizar para classificá-la, ou seja, cada indivíduo a descreve de maneira particular e pessoal, considerando todo o seu contexto cultural e social, e a sua condição social está diretamente ligada às concepções e ambições individuais (MOREIRA, 2000). Assim, produzir um instrumento que avalie a QV dos indivíduos deve compreender todas essas dimensões.

Nesse contexto, Trevizan (2000, p. 180) fala: “A conformidade dos desejos, sonhos humanos ou aspirações às condições de vida humana real (não apenas possível), existentes num determinado meio ambiente, caracterizam a qualidade de vida”. Por isso, não há como dissociar QV do meio sociocultural e da subjetividade do indivíduo (MOREIRA, 2000).

Assim, o conceito de QV permeia a subjetividade e a multidimensionalidade (WHO, 1996; WHO, 1997; VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002), quando aborda aspectos pessoais e as várias dimensões da vida dos sujeitos.

Em relação à subjetividade, esta é enfocada no sentido de o indivíduo perceber-se diante do seu contexto de vida, em todos os aspectos que julga serem importantes, e a multidimensionalidade envolve as questões de classificação por diferentes dimensões que integram o conceito de QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

Nessas circunstâncias, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou um estudo multicêntrico, por meio de seu grupo de QV (*WHOQOL group*), para a elaboração de um significado para o termo QV que pudesse ser genérico e englobar as questões de subjetividade e multidimensionalidade (FLECK, 1998). Assim, o grupo chegou ao seguinte conceito: “[...] percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p. 1; WHO, 1998, p. 17).

No ano de 2000, Buss trouxe mais uma das discussões que diversos autores têm realizado sobre qualidade/condições de vida e a sua influência na saúde. Seu enfoque foi direcionado a uma nova relação com a QV que foi a da promoção da saúde, que seria uma das formas de explicar a aproximação entre condições de vida e QV. Assim, a Carta de Ottawa (OMS, 1986, p.1) definiu a promoção da saúde como “[...] um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo [...]”.

Essas conceituações demonstram que QV e saúde estão relacionadas. Há inúmeras evidências de que a saúde contribui para a QV dos indivíduos ou de populações (BUSS, 2000).

Seidl e Zannon (2004) destacaram duas abordagens na definição de QV: uma que a trata de maneira genérica e outra que a relaciona à saúde. A primeira pode ser identificada no conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Já a

segunda destaca-se nas seguintes definições: QV é a “[...] compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante” (LIMA, 2006, p. 17); e QV centra-se “[...] na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 15).

Outros tipos de associações ao conceito de QV podem ser feitos como os que enfocam a questão da QV urbana (NAHAS, M. I., 2003) e da QV no trabalho (LACAZ, 2000). Todavia, nesta pesquisa usar-se-ão os enfoques amplos para a QV, entendendo-se que a manutenção da subjetividade e da multidimensionalidade é preservada pelas definições e construtos gerais, não sendo necessária divisão no seu conceito pela compreensão de que não apenas a condição fisiológica seja um determinante em destaque sobre as demais, como discutido anteriormente, mas que todas as outras dimensões têm a mesma força na produção da QV.

Favarato et al. (2006, p. 236) refere-se a isso quando fala: “A qualidade de vida deve valorizar a perspectiva do sujeito em relação às várias dimensões de sua vida e não só em relação à intensidade de sintomas de sua doença [...]”.

Retomando a discussão sobre o processo saúde-doença em sentido de adaptação e inter-relação indivíduo-meio, esse processo revela a subjetividade no cuidado e o limiar de intervenção que é dado pelas escolhas pessoais.

Moreira (2000, p.7) exemplifica bem isso quando fala que estamos em constante busca de “[...] querer viver bem, de constantemente vislumbrar novas condições para melhoria do cotidiano, de tentar superar as condições mais adversas por outras um tanto melhores”.

A abordagem relacionada à percepção de QV pode contribuir no acompanhamento de populações com agravos específicos, como a hipertensão, uma vez que tais agravos interferem no meio social, cultural, familiar e, algumas vezes, financeiro, quando atingem um grau de incapacidade física e cognitiva para as atividades laborais, alterando a percepção que a pessoa tem de si e, conseqüentemente, de sua QV. Trentini et al. (1990) fazem menção a isso quando dizem que nas doenças

crônicas a intensidade dos sintomas, intercorrências, complicações e quantidade de medicações usadas podem alterar a percepção quanto à QV.

Além disso, as mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, em que, a partir da década de 1980, passaram a ter maior destaque as doenças crônico-degenerativas, em detrimento das doenças infecto-contagiosas, e as alterações nos aspectos de morbimortalidade no mundo proporcionaram avanços tecnológicos e em tratamentos para controle dessas enfermidades. Isso trouxe um aumento da sobrevivência de pessoas acometidas por esses agravos (SEIDL; ZANNON, 2004), mas sem se pensar na qualidade dessa sobrevivência.

Tentar vislumbrar uma nova forma de abordar pessoas com esses tipos de agravos e proporcionar melhor qualidade aos anos que sobrevierem é um dos desafios na área da saúde em relação à definição de QV, pois, com a criação de novas formas de identificação das complexas inter-relações entre a doença e o seu efetivo controle pelo indivíduo, podem-se construir (cliente-profissional) estratégias mais apropriadas de enfrentamento ao agravo (REIS; GLASHAN, 2001).

Por isso, as estratégias podem

“[...] resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde” (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 586).

2.1.1 Instrumento de Qualidade de Vida

Nas últimas duas décadas, tem sido reconhecida a importância da auto-avaliação da população sobre a sua QV (FAVARATO et al., 2006). Para a mensuração, há vários tipos de instrumentos criados até o momento, os quais podem ser classificados em genéricos e específicos (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003). Estes últimos são utilizados nas populações com agravos específicos, para verificação de mudanças físicas e de influência do tratamento; os genéricos são empregados em qualquer tipo de cliente, não enfocando uma doença em particular (VELARDE-JURADO; AVILA-

FIGUEROA, 2002). Alguns exemplos de instrumentos para avaliação em adultos podem ser visualizados no Quadro 1.

Instrumento	País	Ano
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL instrument	EUA	2000
The Nottingham Health Profile: NHP	Reino Unido	1987
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EAORTC QLQ-C30	Dinamarca	1997
The Sickness Impact Profile: SIP	Espanha	1995
Encuesta: SF-36	México	1999

QUADRO 1 – INSTRUMENTOS GENÉRICOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA PARA APLICAÇÃO EM ADULTOS.

Fonte: VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002, p. 352.

Também podem ser encontrados alguns instrumentos para avaliação em crianças e adolescentes, como: The Childhood Health Assessment Questionnaire Disability Index (CHAQ-DI), criado em 2000, no Canadá, para crianças, de forma genérica; e o The Juvenile Arthritis Functional Status Index (JASI), produzido em 1996, também no Canadá, podendo ser utilizado para adolescentes e crianças portadores de artrite reumatóide (VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002). O Quadro 2 resume alguns instrumentos específicos de avaliação de QV para adultos.

Instrumento	Agravo	País	Ano
The Goldman Specific Activity Scale	Doença coronariana	EUA	1981
The Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire: VSLQ	Hipertensão arterial	EUA	2000
The Diabetes Specific Quality of Life Scale for Patients with Type I Diabetes: DSQOLS	Diabetes tipo 1	Alemanha	1998
The Oral Health-Related Quality of Life Questionnaire: OHRQOL	Saúde oral	Alemanha, Nova Zelândia, Polónia	2000
The Recurrent Genital Herpes Quality of Life Questionnaire: RGHQoL	Herpes genital	França	1999

QUADRO 2 – INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA PARA APLICAÇÃO EM ADULTOS

Fonte: VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002, p. 353.

Alguns estudos com hipertensos foram realizados para verificação do uso de medicamentos (VELASCO et al., 2000), efeito de cirurgias, pessoas com fibrilação atrial (SCHRON; JENKINS, 2005), entre outros, e o que isso influenciou na percepção de QV das pessoas submetidas a essas situações.

2.1.1.1 Elaboração de instrumentos de medição da Qualidade de Vida pela OMS¹

Devido à conceituação de QV pela OMS ser uma percepção do indivíduo, o instrumento elaborado para avaliá-la apresenta-se de maneira diferente de outros, devido a focar a subjetividade, a multidimensionalidade e ser composto por dimensões positivas e negativas. Para que esse instrumento tivesse aplicabilidade em todo o mundo, a OMS organizou um projeto colaborativo multicêntrico que resultou na construção do instrumento de avaliação da QV, o *WHOQOL-100*. A elaboração do instrumento foi realizada concomitantemente em quinze centros de pesquisa, em diferentes países. Atualmente, o instrumento está disponível em vinte idiomas.

O instrumento foi desenvolvido em quatro etapas:

1. Clarificação do conceito de Qualidade de Vida, com vistas a obter um consenso sobre sua definição e uma metodologia de avaliação internacional.
2. Estudo piloto qualitativo para definição de domínios e elaboração de questões.
3. Desenvolvimento de um teste piloto para refinamento das questões.
4. Aplicação do instrumento em campo com escalas de respostas equivalentes em diferentes línguas.

A versão final do *WHOQOL-100* constou de 100 questões que avaliavam seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) e 24 facetas (QUADRO 3).

¹ Texto baseado no manual de produção dos instrumentos de medição da Qualidade de Vida elaborado pela OMS. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-manual.html> e http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Domínio I – Físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II – Psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio III - Nível de Independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio IV - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio V – Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Domínio VI - Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

QUADRO 3 – DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-100

Fonte: Adaptado de WHO, 1997, p. 4; FLECK, 2000, P. 35;

No entanto, esse tipo de instrumento tornou-se de difícil aplicabilidade, uma vez que era necessário um longo tempo para preenchimento das 100 questões propostas. Por isso, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS resolveu desenvolver instrumentos que exigissem menor tempo de preenchimento. Assim, foi criado o *WHOQOL-bref* (ANEXO A).

O *WHOQOL-bref* é uma versão abreviada, composta por 26 questões que apresentaram os melhores desempenhos psicométricos² extraídas do *WHOQOL-100*. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. A versão compacta é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Domínio I – Físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio II – Psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio III - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio IV – Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima
23. Transporte

QUADRO 4 – DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-BREF

Fonte: Adaptado de FLECK et al., 2000, p. 179 e WHO, 1996, p. 7.

O critério de seleção das questões foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo da OMS que o caráter abrangente do instrumento

² Psicometria: registro e medida da atividade intelectual.

deveria ser preservado, ou seja, cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original *WHOQOL-100* deveria ser representada por uma questão. Já no nível psicométrico foi selecionada a questão que apresentava maior correlação com o escore total, calculado pela média de todas as facetas.

Uma análise fatorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios. Assim, diferente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no *WHOQOL-bref* uma faceta é avaliada apenas por uma questão (QUADRO 4).

Dentre as 26 perguntas do questionário abreviado, duas são gerais e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. No instrumento *WHOQOL-bref*, cada pergunta destina-se a avaliação da QV geral e seus quatro domínios (QUADRO 5).

Qualidade de Vida Geral	Questões 1 e 2
Domínio físico	Questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
Domínio psicológico	Questões 5, 6, 7, 11, 19, 26
Domínio relações sociais	Questões 20, 21, 22
Domínio meio ambiente	Questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

QUADRO 5 – QUESTÕES DO *WHOQOL-BREF* PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA GERAL E SEUS DOMÍNIOS

Fonte: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-manual.html>.

As questões têm enfoque positivo, exceto as perguntas três, quatro e 26, cujo enfoque é negativo. Para cada questão são empregadas cinco opções de resposta com valores que variam de um a cinco. As questões do *WHOQOL-bref* foram formuladas para serem respondidas de acordo com uma escala de respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom), sendo que para cada pergunta foi atribuída uma dessas escalas (ANEXO A). Os escores um e dois são considerados de frequência negativa, o três de frequência intermediária e o quatro e cinco, de frequência

positiva. As questões de enfoque negativo têm suas relações opostas às demais, por isso devem ser invertidas no momento da avaliação final.

A escala de atribuição de valor final à QV pode variar de 0 a 100, mas geralmente se atribui aos escores finais de cada domínio uma graduação de 4 a 20, para que os dados sejam comparáveis ao *WHOQOL-100*.

Para essa análise, o Grupo de Qualidade de Vida no Brasil disponibiliza a sintaxe em seu site, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (ANEXO B).

A versão em português dos instrumentos *WHOQOL* foi desenvolvida no Centro *WHOQOL* para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, com a participação, nas suas diferentes etapas de vários pesquisadores.

A versão dos questionários traduzida para o Brasil foi realizada por meio do teste de campo, em 300 indivíduos para cada um dos instrumentos. As características psicométricas pesquisadas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade de teste-reteste.

Assim, o instrumento *WHOQOL-bref* pode ser utilizado na avaliação da QV em diversas áreas do conhecimento, inclusive na investigação com doenças crônicas.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

2.2.1 Processo saúde-doença

No século XVIII, na época da Revolução Industrial, Mushkin, pensador neoclássico, reconhecia que a saúde envolvia não apenas a profissão médica, mas também

habitação, recreação, vestuário e alimentação (BRAGA; PAULA, 1981). Porém, a associação da saúde pública à medicina perdurou durante muito tempo. O desenvolvimento das práticas era essencialmente científico, e toda a sua estrutura era voltada para os aspectos da doença, e não da saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2005).

No final do século XIX, a saúde adquiriu um caráter clínico, ao mesmo tempo em que a doença se relacionava aos padrões clínicos de “normalidade”, ou seja, ausência de sinais e sintomas (CANGUILHEM, 1982).

Em 1948, a OMS (WHO, 1998, p. 1) elaborou um conceito para suprimir essa analogia entre saúde e doença: “[...] Um estado de completo bem estar físico, social e mental, e não meramente da ausência de doença ou enfermidade”.

Concernente a isso, percebe-se que tornar concreto esse conceito seria algo um tanto distante de nossa realidade, uma condição utópica “imposta” às pessoas, que só teriam saúde se atingisse essa perfeição.

Segre e Ferraz (1997) tratam disso quando vêem esse conceito como ultrapassado, por aludir à separação do indivíduo em diferentes planos: o físico, o mental e o social. Para eles, na verdade, o indivíduo deveria ser compreendido no sentido da inter-relação entre esses fatores, não em separado.

Nesse contexto, Canguilhem (1982) mostra que as alterações, os estressores, os problemas cotidianos são inerentes à vida, e o homem inserido nesse ambiente sofre constantes variações de maneira a adequar-se a essa realidade, não no sentido do conformismo, mas no de uma nova ordem em sua vida. Quando a pessoa, diante das modificações fisiológicas que seu corpo sofre a partir do processo de adaptação, e não consegue artifícios para superar uma crise orgânica instalada, nesse momento há um processo de prejuízo que desencadeia a situação de doença, ou seja, o início do processo de adoecimento ocorre quando o organismo encontra dificuldades em dar respostas às demandas exigidas pelo meio em que está inserido (CAPONI, 2003).

Em 1975, Ivan Illich fez referência a essa situação do processo saúde-doença, mencionando que saúde não seria um estado, mas uma capacidade de adaptação a um meio em constante modificação, que torna o indivíduo capaz de crescer, de envelhecer, de curar-se, se possível, de sofrer e de ter uma “boa” morte.

Essas denominações para os entrelaçamentos entre saúde e doença ajustam-se à nossa “humanidade” e ao nosso meio, que estão em constantes transformações de valores e de pressões cotidianas, respectivamente, fazendo com que o indivíduo ao interagir com esse ambiente, possa adaptar-se a situações adversas, que não necessariamente estejam causando-lhe algum dano ou manifestação patológica. Isso é explicado nas constatações de Seyle, segundo as quais, nas doenças de adaptação, as constantes descargas de corticosterona podem provocar perturbações funcionais, resultando em espasmos vasculares ou hipertensão, ou lesões morfológicas, como úlceras de estômago (SEYLE, apud CANGUILHEM, 1982). Exemplo disso é que muitas doenças se manifestam pela dificuldade ou incapacidade de sujeitos harmonizarem seus conflitos internos (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Por isso, não se deve enfatizar que as pessoas são acometidas por doenças pela sua própria “vontade”. O limiar entre saúde e doença não depende apenas da vontade pessoal de cada sujeito, mas também das suas inter-relações com o meio, composto por fatores comportamentais, meio físico, meio social, serviços sanitários, hereditariedade (BERLINGER, 1993), entre outros.

As condições de todo o sistema de vida em que se insere o indivíduo podem fazer ultrapassar o limiar entre a saúde e a doença, o que é representado pelas mudanças ocorridas nas últimas décadas no mundo, pela transição demográfica e epidemiológica, que têm modificado o perfil de morbimortalidade até então instalado (PATARRA, 2000).

Essas alterações trouxeram grandes transformações à abordagem epidemiológica no manejo de diversas doenças. O aumento da expectativa de vida ao nascer – com variações intra e interpaíses – (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003) o acréscimo da população idosa, a redução da mortalidade precoce ligada a agravos infecciosos

e parasitários e as mudanças socioculturais (SILVA JUNIOR et al., 2003), econômicas e ambientais fizeram com que a representação epidemiológica de morbimortalidade se modificasse, e as doenças de origem infecciosa fossem suplantadas pelas de caráter crônico.

Isso ocorreu devido aos avanços tecnológicos e às descobertas de formas de controle e prevenção das doenças, como vacinas, antibióticos, ampliação do acesso a sistemas de saneamento básico, exames especializados para diagnóstico (LESSA, 1998a). No Brasil, uma compilação das informações estatísticas feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), Estatísticas do século XX, no período de 1901 a 2000, demonstram essa troca de representações evidenciando que, no início do século, os óbitos de maior destaque eram os causados por agentes infecciosos, substituídos ao final desse mesmo período pelos de caráter crônico.

Essas doenças, também denominadas não-infecciosas ou crônicas não-transmissíveis, são conceituadas por Inês Lessa (1998a, p. 29) como designações “[...] para definir grupos de patologias caracterizados pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pela não-transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade”. Em estudo realizado no Brasil, 30% da população refere ser portadora de uma ou duas doenças crônicas (VIANA et al., 2001).

No grupo das doenças crônico-degenerativas encontram-se as doenças cardiovasculares, tais como as cerebrovasculares, a coronariana, a insuficiência cardíaca, a de Chagas, a reumática e a hipertensão (LOTUFO; LOLIO, 2006), que, em conjunto, representam a maior endemia do século XX nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (LESSA, 1999). Em 2001, essas doenças representavam 31,9% das causas de morte no país, seguidas das neoplasias, com 15,2% (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, mostra-se em equiparada importância a hipertensão, doença que, normalmente, não apresenta sintomas característicos, prejudicando 140 milhões de pessoas de todos os grupos étnicos nas Américas (PERIAGO; LENFANT, 2003). Apresenta-se como um dos grandes problemas de saúde no Brasil devido à íntima

relação entre a pressão arterial e os agravos que as alterações cardiovasculares podem acarretar como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, aterosclerose, insuficiência cardíaca, aneurismas, insuficiência renal, entre tantos outros (RIBEIRO, 1999; GAYTON; HALL, 1998).

Estudos mostram que, se houvesse redução de 4mmHg na pressão arterial diastólica média de uma população, em um ano, haveria a redução de 35 a 42% na incidência de acidente vascular encefálico (BRASIL, 2005). Por isso, devem-se manter os valores tensionais normais, ou seja, a pressão arterial sistólica menor que 120mmHg e a pressão arterial diastólica inferior a 80mmHg. Adultos que possuam valores pressóricos entre 120/80mmHg e 140/90mmHg são considerados pré-hipertensos, razão pela qual se recomenda que sejam feitas alterações no estilo de vida, para evitar a instalação da doença (JNC, 2003).

Todavia, para efeito clínico, atribuí-se que a pessoa é considerada hipertensa quando a pressão arterial sistólica atinge medidas superiores a 140mmHg e a pressão arterial diastólica, acima de 90mmHg (GAYTON; HALL, 1998). Para isso, é necessário realizar duas aferições em momentos distintos (BRASIL, 2001b). Associado a isto, avalia-se também a presença de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e as possíveis co-morbidades associadas (SBC, 2002) que, em conjunto, são importantes na ocorrência da doença e, conseqüentemente, do seu diagnóstico.

Isso ocorre devido ao caráter multifatorial que a hipertensão apresenta. Em 95% dos casos, não há determinação por apenas uma causa, mas por vários fatores relacionados que podem contribuir para a instalação da hipertensão, como hereditariedade, obesidade, teor de sódio, alimentação inadequada e estresse, aspectos (LIPP; ROCHA, 1992). Esse quadro atesta a dificuldade das políticas públicas de saúde em intervir na saúde do grupo de hipertensos. Acresce ainda, que muitas pessoas hipertensas assumem hábitos não-saudáveis, o que pode ocasionar um número expressivo de mortes prematuras (BARROS; NAHAS, 2001).

Nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, elaboradas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), é mencionado que fatores, como peso corpóreo elevado,

sedentarismo, ingestão de sal, alcoolismo, tabagismo, maus hábitos alimentares, dislipidemias, glicemia elevada e diabetes *mellitus*, menopausa e estresse, estão associados ao aumento do risco de desenvolvimento da hipertensão.

A Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (2005) também faz referência a esses aspectos quando diz que a adoção de uma vida saudável permeia a questão de realizar atividades físicas, ter uma alimentação saudável,

“[...] enfrentar condições ou situações adversas; [...] estabelecer relações afetivas solidárias e cidadãs, adotando uma postura de ser e estar no mundo com o objetivo de bem viver [é] contribuir para o estabelecimento de relações mais solidárias, é participar da criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos e, sobretudo, é ser capaz de lidar com o mundo de uma forma positiva”.

Além disso, ações educativas podem promover a auto-responsabilidade, um estilo de vida mais saudável, a redução dos fatores de riscos e dos sintomas da doença crônica e a melhoria da QV (REIS; GLASHAN, 2001).

Para que essas alterações de hábitos de vida sejam incorporadas ao cotidiano de pessoas com a doença, há necessidade

“[...] de uma abordagem multifatorial e multiprofissional para que haja aumento do controle da pressão arterial, incluindo medidas precisas durante o exame clínico, otimização de medidas não-medicamentosas e a implementação de estratégias visando à melhora da adesão tanto ao tratamento farmacêutico quanto ao tratamento baseado em mudanças de estilo de vida” (ORTEGA; MION JUNIOR; NOBRE, 1999, p. 74).

Assim, verifica-se que o estilo de vida do sujeito pode contribuir ou não para o desencadeamento de riscos e agravos à saúde. Enfatizar essa condição no que concerne aos fatores de risco da doença cardiovascular é uma das maneiras de se buscar formas de intervenção na clientela susceptível ao desenvolvimento ou ao agravamento de doenças do aparelho circulatório.

2.2.2 Fatores de risco

As mudanças ocasionadas nos padrões demográfico, nutricional e epidemiológico, ocorridas ao longo dos anos, aumentaram o risco de desenvolvimento de doenças

crônicas como a hipertensão arterial, sendo responsável por complicações cardiovasculares, renais e encefálicas (TOSCANO, 2004).

A hipertensão é uma doença com etiologia multicausal, sendo que muitos desses fatores os indivíduos estão expostos devido à herança familiar e ao estilo de vida ocidental, estressante, consumista e sedentarista, o que dificulta o controle da doença. Para a OMS (2003) o estilo de vida e o comportamento das pessoas podem desenvolver, agravar ou prevenir o surgimento e as complicações das doenças crônicas.

O estilo de vida compreende nutrição balanceada, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social, controle de estressores (NAHAS, 2001), ou seja, situações benéficas do cotidiano que favoreçam a saúde pessoal. Esse estilo de vida saudável é importante para prevenção de doenças, principalmente no que se refere a hipertensão arterial, pois há evidências de que o nível pressão arterial e a prevalência da doença são modulados pelo estilo de vida individual (MOLINA, 2002).

Os aspectos pertencentes ao estilo de vida estão inseridos nos fatores de risco que são responsáveis pelo surgimento de doenças crônico degenerativas, como a hipertensão. Silva e Souza (2004) se referem a esses fatores como os não modificáveis, idade, sexo, hereditariedade, e os modificáveis, hábitos sociais (tabagismo, alcoolismo), uso de anticoncepcionais orais, padrões alimentares e aspectos físicos (sedentarismo, obesidade).

Com o incremento da idade há modificações no sistema vascular, aumentando a resistência vascular periférica (SILVA, I. de O. da, 2002) podendo ocorrer o desenvolvimento de doenças, o que pode ocorrer principalmente nas mulheres no período menopausal, em que há alterações hormonais e supressão do efeito protetor vascular do estrogênio (SBC, 2002; BROSNIHAN et al., 1999).

Lolio et al. (1993) analisam em sua pesquisa os fatores idade, sexo, cor de pele, ocupação, renda familiar, escolaridade e obesidade, indicando que aspectos sociais são importantes na determinação da hipertensão, principalmente por associação da doença a estratos de renda desfavoráveis e a pessoas com baixo nível de instrução.

Bloch (1998) agrupa esses fatores em constitucionais (idade, sexo, raça, obesidade), comportamentais (tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, má alimentação, uso de contraceptivos), patologias ou distúrbios metabólicos (hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, hiperlipidemia), socioculturais e econômicos (renda, profissão, nível social, escolaridade, entre outros).

As IV Diretrizes Brasileiras de Cardiologia (SBC, 2004) trás que os fatores de risco importantes para estratificação do risco individual são: tabagismo, dislipidemias, diabetes, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular, lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares.

As dislipidemias também merecem destaque quanto ao risco, pois eventos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico estão relacionadas aos valores pressóricos, que podem causar prejuízo endotelial por liberação de substâncias vasoativas, que alteram a estrutura vascular (GIANNINI, 1998).

Assim, independente da forma de classificação, há fatores de risco inerentes ao indivíduo, e há aqueles que podem ser modificáveis de acordo com a estrutura social em que o ser está inserido na sociedade. Por isso, é importante o conhecimento desses fatores para atuar neles evitando o desenvolvimento de doenças, bem como, o seu agravamento.

2.2.3 A hipertensão arterial no contexto do Sistema Único de Saúde

O modelo de saúde vigente antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) era centralizado no poder médico e apresentava uma visão fragmentada e reducionista do indivíduo (CZERESNIA; FREITAS, 2003). Além disso, a assistência à saúde era direcionada à parte da população (quem tinha carteira assinada, contribuía para a previdência ou pagava pelo atendimento médico). Os demais dependiam de instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

No entanto, essa situação trouxe insatisfação para muitas pessoas, que iniciaram uma série de reuniões na época, incitadas pela ocorrência da Conferência Mundial de Alma-Ata, realizada em 1978, que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000", com enfoque na atenção primária (OMS, 1978). Inicialmente, essas discussões eram restritas aos intelectuais da época, mas em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, houve a participação de representantes das áreas política e técnica, de lideranças e da população, com vistas, principalmente, que a atenção à saúde fosse ampliada a todos (ANDRADE, 2002).

Posteriormente, em 1988 foi aprovada a Constituição Federal (BRASIL, 1988), que instituiu um novo sistema de saúde, o SUS, regulamentado pelas Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2007a), e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2007b), que tratam da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, com caráter descentralizador e participação popular para a sua regulação (BRASIL, 2000). Nesse enfoque, a Lei n.º 8.080 estabelece os princípios e diretrizes norteadoras da atenção à saúde, que consistem em garantir a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a regionalização, a hierarquização e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2007a).

Com esse intuito, e como forma de garantir a integralidade da assistência, foi criado, em 1994, um modelo de saúde comunitária, o Programa de Saúde da Família (PSF), que atualmente denomina-se de ESF (Estratégia de Saúde da Família), para que se pudesse resolver a maior parte dos problemas de saúde da população adscrita a um território (BRASIL, 2006a). Pressupunha-se uma interação como forma de conhecer a realidade local e, a partir, disso estabelecer prioridades para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas voltadas a promoção da saúde (BRASIL, 2000). Cada equipe da estratégia é formada por um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, um médico e um agente comunitário de saúde (ACS) para cada 750 pessoas. A ela incorporaram-se dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene dental, que dão suporte a mais de uma equipe (BRASIL, 2006b).

Com a implementação da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde - NOAS, ampliaram-se as responsabilidades municipais quanto à atenção básica à saúde, definiram-se áreas prioritárias com o intuito de operacionalizá-la, instituíram-se campos estratégicos de atuação para execução em todo o território brasileiro, inclusive o do controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2001a).

Subseqüente a isso, o Ministério da Saúde elaborou um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, pensando em fornecer subsídios técnicos aos profissionais da rede de saúde para o manejo da hipertensão, de forma a garantir um atendimento resolutivo e de qualidade voltado à redução da morbimortalidade, por meio da prevenção dos agravos que essas doenças, em concomitância com as demais cardiovasculares, podem ocasionar, vinculando o acompanhamento dessas pessoas às unidades de saúde (BRASIL, 2001b).

Todavia, mesmo diante de todas essas ações e políticas de intervenção específicas na população acometida pela hipertensão, com maior acessibilidade aos meios de acompanhamento, tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, disponibilizados por todo o país nas unidades básicas de saúde (UBSs) ou nas unidades de saúde da família (USFs), muitos indivíduos ainda apresentam descontrole em relação à doença (CHOR, 1998) e, conseqüentemente, aos agravos a ela vinculados.

Romeo Filho (2004) traz essa abordagem quando estima que apenas 15% dos hipertensos no Brasil estejam sob controle, e que, quando utilizam os anti-hipertensivos de maneira adequada, abandonam o tratamento após um ou dois anos. Embora a maioria dos clientes saiba dos problemas que a não-adesão ao tratamento pode ocasionar, muitos não conseguem incorporar medidas adequadas ao autocuidado, apresentando dificuldades em modificar seu estilo de vida (BASTOS; BORENSTEIN, 2004).

Estudos em países em desenvolvimento apontam que o cumprimento do tratamento farmacológico prescrito pelos pacientes depende da percepção que eles têm sobre sua doença, do sistema assistencial, do gestor do serviço de saúde e da confiança no tipo e aspecto receitado (HOMEDES; UGALDE, 1994).

Segre e Ferraz (1997, p. 542) remetem a essa percepção quando dizem que a

[...] autonomia do ser humano, em que supostamente existe uma “vontade”, fazendo parte de uma “psyche” (alma) que transcende ao próprio ambiente sócio-cultural e mesmo à sua bagagem genética, talvez dê uma condição melhor de entender a virtual ineficácia de políticas de saúde em determinados casos e circunstâncias.

Por isso e por vários outros motivos é que o controle da doença se torna tão complexo, pois a vontade individual bem como o contexto cultural e social em que o hipertenso está inserido são determinantes para o seu autocuidado. O controle pode ser conseguido com a autovalorização da pessoa, por meio de estratégias que focalizem as suas potencialidades, que tornem o indivíduo menos suscetível às pressões diárias que possam levá-lo a práticas não saudáveis (ASSIS, 1998).

Assim, é necessário que o indivíduo se torne sujeito do seu cuidado, ou seja, “[...] uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido e, na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento [...]” (L’ABBATE, 1994, p. 483), pois é nesse contexto que ele consegue ser agente de mudança em sua vida, pessoal e coletiva, em sua comunidade, fatos esses que estão ligados à saúde.

Esse desenvolvimento de aptidões e atitudes pessoais e sociais favoráveis à saúde, bem como a adoção de conhecimentos e de consciência política, denominada de *empowerment* (empoderamento), pelo indivíduo são aspectos da promoção da saúde (BUSS, 2003), que devem ser enfocados em todas as instâncias do sistema de saúde, no sentido de fazer com que não apenas os serviços de saúde pública, mas também toda a sociedade civil e organizada, suas instituições públicas e privadas, ligadas ou não à saúde, e todo o ser de maneira particular, comprometam-se com o desenvolvimento dessa promoção. Buss (2000, p. 165) corrobora isso quando afirma que “[...] a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução”.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um desenho de estudo de corte transversal, em que se analisa o fator e o efeito simultaneamente (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003), de abordagem quantitativa.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário de estudo foi a USF Maruípe, que se localiza no bairro Maruípe, no município de Vitória, estado do Espírito Santo. A região específica de abrangência da USF compreende os bairros Maruípe, Engenharia, São Cristóvão, Tabuazeiro, Santa Cecília, Bairro de Lourdes e Santos Dumont. A USF oferece os seguintes serviços à população: consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativos; coleta de exames; nebulizações; injeções; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas; encaminhamentos para os Centros de Referência (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2007a).

A área de abrangência da USF Maruípe compreende sete equipes de ESF. Cada equipe é composta por enfermeiro, médico, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Há também odontólogos e técnicos em higiene dental que dão suporte a duas ou mais equipes, dependendo da necessidade de cada equipe.

3.3 SUJEITOS DA AMOSTRA

A população constituiu-se de pessoas acima de 25 anos, devido à maior ocorrência de casos de hipertensão a partir dessa faixa de idade (LESSA, 2001). Os sujeitos residiam em um dos bairros atendidos pela USF Maruípe e deveriam estar cadastrados em uma das equipes como hipertenso.

Esse cadastro é feito através de avaliação médica prévia e por acompanhamento dos valores pressóricos alterados, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, seguindo os critérios do Programa Nacional de Controle da Hipertensão Arterial (HIPERDIA) (BRASIL, 2001b).

A data do cadastramento deveria ser anterior ao período em que foi feito o levantamento do quantitativo de hipertensos por microárea da USF com os ACS em junho de 2006.

Para inclusão dos sujeitos no estudo, não era necessária a participação assídua dos pesquisados às reuniões dos grupos de acompanhamento da hipertensão arterial, tampouco a freqüência à USF. Bastava que fossem cadastrados como hipertensos por uma das equipes de PSF da unidade para serem entrevistados, pois muitos tinham plano de saúde privado e freqüentavam as reuniões apenas com o intuito de aferirem a pressão arterial.

3.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo foi realizado no período de 3 de agosto de 2006 a 14 de julho de 2007. Envolveu entrevistas com os sujeitos da pesquisa em reuniões de grupo ou em visitas domiciliares acompanhadas do ACS da respectiva microárea.

As reuniões de grupo ocorriam em locais preestabelecidos pela equipe de saúde. Foram realizadas em igrejas, sedes de obras sociais de igrejas, auditório da USF, sede do Projeto Caminhando Juntos – CAJUN, que atende crianças e adolescentes em vulnerabilidade social. Eram pontos estratégicos para facilitar o acesso da comunidade ao serviço de saúde.

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Seleção dos dados

Os dados foram selecionados a partir do levantamento por equipe e, sucessivamente, por microárea, considerando-se o número de hipertensos cadastrados, bem como sexo e faixa etária, encontrando-se 2411 hipertensos, com idade acima de 25 anos, sendo 1571 do sexo feminino e 840 do sexo masculino.

Tabela 1 – Distribuição amostral de hipertensos por equipe, sexo e faixa etária da USF Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Equipe	Sexo	Faixa etária	n.º de hipertensos	Proporção	Amostra	Amostra (corrigida)
2	M	25 a 44 anos	18	0,0128	4,264	4
2	M	45 a 64 anos	53	0,0376	12,555	13
2	M	65 ou mais	40	0,0284	9,475	9
		Total	111	0,0787	26,294	26
2	F	25 a 44 anos	34	0,0241	8,054	8
2	F	45 a 64 anos	105	0,0745	24,872	25
2	F	65 ou mais	63	0,0447	14,923	15
		Total	202	0,1433	47,850	48
3	M	25 a 44 anos	15	0,0106	3,553	4
3	M	45 a 64 anos	43	0,0305	10,186	10
3	M	65 ou mais	31	0,0220	7,343	7
		Total	89	0,0631	21,082	21
3	F	25 a 44 anos	36	0,0255	8,528	8
3	F	45 a 64 anos	74	0,0525	17,529	17
3	F	65 ou mais	72	0,0511	17,055	17
		Total	182	0,1291	43,112	42
6	M	25 a 44 anos	15	0,0106	3,553	4
6	M	45 a 64 anos	61	0,0433	14,450	14
6	M	65 ou mais	61	0,0433	14,450	14
		Total	137	0,0972	32,452	32
6	F	25 a 44 anos	13	0,0092	3,079	3
6	F	45 a 64 anos	93	0,0660	22,030	22
6	F	65 ou mais	117	0,0830	27,715	28
		Total	223	0,1582	52,824	53
7	M	25 a 44 anos	11	0,0078	2,606	3
7	M	45 a 64 anos	79	0,0560	18,713	19
7	M	65 ou mais	79	0,0560	18,713	19
		Total	169	0,1199	40,033	41
7	F	25 a 44 anos	25	0,0177	5,922	6
7	F	45 a 64 anos	125	0,0887	29,610	30
7	F	65 ou mais	146	0,1035	34,584	35
		Total	296	0,2099	70,116	71
TOTAL GERAL			1409		334	334

No cálculo da amostra para descrição do estudo, foi utilizado o programa de computador Epi Info, versão 6.04d, para cálculo por proporção amostral para cada microrárea (TABELA 1). Como não era conhecido o valor da prevalência da qualidade de vida no grupo em estudo, estimou-se em 50%, o que maximizava o tamanho da

amostra. Para facilitar o cálculo, foi feito um arredondamento, utilizando-se assim uma população de 2.500 hipertensos.

Outros parâmetros empregados foram a precisão de 5% e o nível de confiança de 95%, o que resultou em uma amostra de 334 sujeitos. Com a finalidade de facilitar a distribuição da amostra e, conseqüentemente, da coleta, foram sorteadas quatro equipes (dois, três, seis e sete) e feita uma distribuição proporcional por cotas de equipe, sexo e faixa etária, baseada no valor real de hipertensos.

Se não fosse possível a coleta de todos os dados nessas equipes, utilizar-se-iam as demais para finalização da amostra, selecionando-se os pacientes restantes com a mesma faixa etária e sexo. Para tanto, não seria necessário novo sorteio.

Ao final, a amostra foi composta de 116 homens e 215 mulheres, totalizando 331 pacientes.

3.5.2 Estratégia para a coleta dos dados

A coleta foi realizada mediante entrevistas diretas aplicadas por cinco entrevistadores devidamente treinados. Realizou-se um estudo piloto em outro município, no sul do Estado, com uma população que atendia os critérios de inclusão na pesquisa. Nesse estudo piloto, verificou-se a necessidade de, ao invés de os entrevistados responderem às questões sozinhos, como o instrumento de avaliação da QV (ANEXO A) sugeria, tais perguntas fossem verbalizadas pelo entrevistador. Isso dinamizaria a coleta, uma vez que seriam aplicados dois instrumentos e o fator tempo seria fundamental para agilizar o trabalho.

Antes da coleta propriamente dita, foram realizadas algumas entrevistas com a população escolhida, para possíveis adequações do instrumento de avaliação dos fatores de risco cardiovascular (APÊNDICE A). As pessoas que participaram dessa adequação, quinze hipertensos, não compuseram a amostra definitiva, reforçando as adequações a pesquisa obtidas no estudo piloto.

As entrevistas foram realizadas individualmente de forma a preservar as informações fornecidas pelo pesquisado. Inicialmente, esclarecia-se sobre os objetivos do trabalho. Os que aceitavam participar assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Em seguida foram feitas algumas perguntas não só para caracterizar o pesquisado, mas também para que ele repousasse pelo menos por cinco minutos antes da aferição da pressão arterial. Depois, foi realizada a medida da pressão arterial por duas vezes, respeitando-se os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (ANEXO C).

Em um segundo momento, continuou-se o preenchimento do instrumento de avaliação dos fatores de risco cardiovascular com as mensurações da cintura, do quadril, da massa corporal e da altura (APÊNDICE A), com respectiva aplicação do questionário da QV.

Para não haver repetição dos pacientes, foi atribuído um número a cada entrevistado e estabelecida uma relação com nome, idade, sexo, equipe, microárea e família. Todos os dados foram inseridos em planilhas identificadas apenas pelo número do paciente, sem nenhuma outra forma de identificação por outras pessoas, exceto pelas cinco entrevistadoras.

3.6 INSTRUMENTOS

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados.

Um deles foi a versão em português do instrumento *WHOQOL-100*, porém em sua forma abreviada, *WHOQOL-bref* (ANEXO A). A tradução do *WHOQOL-100* e do *WHOQOL-bref* foi realizada no Centro *WHOQOL* para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenado pelo médico Marcelo Pio de Almeida Fleck, que autorizou a utilização do instrumento (ANEXO D) mediante o compromisso de comunicação dos resultados ao Centro de Pesquisas.

O outro foi o de fatores de risco cardiovascular (APÊNDICE A), construído exclusivamente para a pesquisa com o intuito de abordar situações e ausência de agravos que se refletissem na população em estudo como risco para o agravamento da doença hipertensiva. Nesse mesmo momento foram realizadas medidas antropométricas, tais como circunferência da cintura e do quadril, peso corporal e estatura, e da pressão arterial não invasiva, com método de aferição regulamentado nas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (ANEXO C). Este instrumento também foi utilizado para caracterização da amostra.

3.6.1 Questionário para avaliação da Qualidade de Vida

Utilizou-se o questionário *WHOQOL-bref* (ANEXO A) para mensuração da QV (FLECK et al., 2000; WHO, 1996) possui cinco domínios: geral, físico, psicológico, social e ambiental, sendo que cada um representa características específicas para avaliar determinado comportamento ou condição humana (CAMPOLINA, CICONELLI, 2006). É efetivo para aplicações em estudos epidemiológicos e/ou para aplicação de outras ferramentas de avaliação, quando necessário.

Por isso, escolheu-se trabalhar com a forma abreviada do *WHOQOL-100* (FLECK, 2000), que possibilita a mensuração de outros critérios de avaliação, como os fatores de risco cardiovascular, as medidas antropométricas e a pressão arterial. Além disso, é um instrumento que exige menor tempo de aplicabilidade, com 26 questões, quando comparado ao *WHOQOL-100*.

Os valores dos escores finais de cada domínio do instrumento foram calculados pela sintaxe (ANEXO B), disponibilizada pelo grupo de QV no Brasil. No caso deste trabalho, os dados serão apresentados na escala de 4 a 20 e poderão ser comparados aos de outros trabalhos que utilizaram o *WHOQOL-100*.

3.6.2 Questionário sobre Fatores de Risco Cardiovascular

Para mensurar os fatores de risco relacionados à doença cardiovascular estabelecidos neste estudo, foi confeccionado um questionário (APÊNDICE A), conforme consta nas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão aprovadas em 2002 (ANEXO C) e segundo as recomendações do *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC, 2003).

A parte A do instrumento anotava-se a data da entrevista, a equipe, a microárea e número da família. Também compunha-se de dados de identificação do sujeito, como nome, data de nascimento, idade, sexo, endereço, telefone, estado civil, naturalidade (município e estado de nascimento), religião e/ou crença, grau de instrução, formação profissional, atividade econômico-ocupacional atual, regime empregatício, renda mensal aproximada em reais, total de pessoas que moravam com o entrevistado, número de filhos e tipo de moradia.

Vale destacar que a data de nascimento era solicitada apenas para possível conferência. Se houvesse alguma confusão, seria considerada a data constante no documento ou registrada no prontuário.

A parte B do instrumento registrava as aferições das medidas antropométricas, circunferência de cintura e quadril, e da pressão arterial não-invasiva.

3.6.2.1 Medidas antropométricas e de pressão arterial (APÊNDICE A: parte B)

a) Medida da circunferência da cintura e do quadril

A circunferência da cintura foi medida na altura da cicatriz umbilical (PICON, P. X. et al., 2007), enquanto a do quadril, na região circular a porção proximal do fêmur.

Uma fita métrica graduada em centímetros, com 1,50m de comprimento, inextensível, da marca *Fibreglass Tipe*, aprovada pelo Instituto Nacional de

Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), foi utilizada para realização da medida.

A razão cintura/quadril foi calculada para avaliação da distribuição de gordura corporal, pois quanto mais próxima ou maior essa razão estiver do número um (1), maior o risco cardiovascular (MOLINA, 2002). Para efeito de classificação de risco nesta pesquisa foi utilizado os valores de razão de 0,85 para mulheres e 0,95 para homens (LERARIO et al., 2002).

b) Medida da estatura e do peso corporal

A estatura foi mensurada por meio de apoio em superfície fixa vertical (parede de alvenaria) e transversal (piso de alvenaria), com o pesquisado descalço e com o calcâneo apoiado em região perpendicular à superfície. Foi utilizado um esquadro da marca Bandeirante, de 21cm de comprimento, com ângulo de 60°, e uma fita inextensível de fibra de vidro, marca *Top-Long*, com 5m de comprimento por 61mm de espessura.

Para aferição do peso corporal, empregou-se uma balança pessoal digital portátil, devidamente calibrada pelo INMETRO, com resolução de 0,1kg, escala de 100g, da marca *Plenna*, modelo MEA-07400, com capacidade para até 150kg.

A medida da altura e do peso corporal foi realizada para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). A fórmula de cálculo é $IMC = \text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$.

Para avaliação, foi adotada a tabela de classificação de IMC, elaborada pela WHO (1986) (QUADRO 6).

Para efeito de cálculo, as pessoas com IMC abaixo de 24,99 foram consideradas de IMC normal e as com IMC acima de 25 foram enquadradas conforme a tabela.

Condição	IMC em adultos
----------	----------------

Baixo peso	Inferior a 18,5
Peso normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obeso	Superior a 30

QUADRO 6 – CLASSIFICAÇÃO DE PESO ATRAVÉS DO IMC

Fonte: WHO, 1986.

c) Medida da pressão arterial não invasiva

A medida da pressão arterial sistólica e diastólica foi realizada no encontro, após repouso de no mínimo 5 minutos na posição sentada, padronizada para esta pesquisa, no braço esquerdo, de acordo com as recomendações do IV Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial de 2002 (ANEXO C).

O equipamento utilizado foi o esfigmomanômetro digital de braço, *Automatic Blood Pressure Monitor*, modelo HEM-705CP, da marca OMRON. Foram utilizados dois tipos de manguitos, um para pessoas com a circunferência braquial de até 32cm, e outro para pessoas com circunferência braquial entre 33 a 43cm, ambos do mesmo fabricante e específicos do modelo desse aparelho.

Os pacientes que se encontravam com valores pressóricos acima de 140mmHg para pressão sistólica e acima de 90mmHg para pressão diastólica eram classificados, para efeito desta pesquisa, como hipertensos “não controlados” e os que possuam valores pressóricos inferiores aos mencionados hipertensos “controlados”.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), por meio da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde, na pessoa de Josenan de A. Almeida Costa, para ser executada na área de abrangência da USF Maruípe.

Também foi autorizada a sua realização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), localizado no Centro de Ciências da Saúde, em atendimento à Resolução n.º 196, de 10 outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi criado um banco de dados no programa de computação Excel, versão 2003. Após, realizou-se análise descritiva das informações coletadas nas entrevistas, que foram resumidas em tabelas de freqüências e percentual. Nessa análise, foram utilizados valores mínimo, máximo, média e desvio padrão na apresentação dos domínios do *WHOQOL-bref*.

Posteriormente, realizou-se os cruzamentos entre os grupos de controle de pressão arterial, controlado e não controlado, com as variáveis sexo, faixa etária, IMC, RCQ e os domínios do *WHOQOL-bref*, para aplicação dos testes do Qui-quadrado e de Mantel-Haenszel, nos dados que mostraram-se significativos na aplicação do primeiro teste.

O teste do Qui-quadrado testa a hipótese de que as variáveis estabelecidas em uma tabela cruzada são independentes, sendo que valores de $p < 0,05$ indicam relação entre estas variáveis (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

Para aplicação desse testes, as variáveis que apresentavam mais de um desfecho, foram dicotomizadas. A dicotomização foi realizada para a faixa etária, dividida em menores de 64 anos e maiores de 65 anos, por ser geralmente um corte divisório entre os que estão ativos no mercado de trabalho e os que estão em processo ou aposentados; o IMC, valores inferiores a 24,99 considerados como normais, e sobrepeso/obeso para números acima de 25, que seriam considerados alterados para IMC; RCQ, valores superiores a 0,85 para mulheres e 0,95 para homens, eram classificados como alterados; pressão arterial, controlados para níveis pressóricos

inferiores a 140/90mmHg e não-controlados para aferições iguais ou acima a 140/90mmHg.

O teste de Mann-Whitney é considerado não-paramétrico por não requerer nenhuma distribuição dos dados, sendo utilizado para comparar se dois grupos independentes foram ou não extraídos da mesma população. Essa distribuição não gaussiana, trabalha com postos de ordenação de dados, incluindo a mediana.

Além disso, é amplamente aplicado quando os dados são coletados em uma escala ordinal (SOARES; SIQUEIRA, 2002), como no caso desta pesquisa. Para verificar se os escores de QV estão ou não normalmente distribuídos, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

Os resultados foram mostrados em gráficos denominados de *Blox-plot*, que mostram a mediana e o intervalo de confiança. O nível de significância adotado nos testes foi $\alpha = 0,05$. O pacote estatístico utilizado para análise foi o *Social Package Statistical Science* (SPSS), versão 13.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor organização didática dos resultados e discussão, os mesmos foram distribuídos da seguinte forma:

- Descrição dos dados;
- Relação dos dados.

4.1 DESCRIÇÃO DOS DADOS

4.1.1 Fatores de risco

Na área estudada em todas as equipes de ESF, exceto a de número dois, inclui-se nas principais demandas a hipertensão arterial (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2007b). As doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbito no território de abrangência da unidade de saúde de Maruípe, com maior concentração na faixa de 70 a 79 anos (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2006).

Em relação a hipertensão arterial, a amostra estudada foi composta de 215 mulheres (64,95%) e 116 homens (35,05%) (TABELA 2), o que se assemelha aos registros do município de Vitória, que por meio do cadastro nacional de hipertensos, o HIPERDIA, que entre a população cadastrada com mais de 25 anos, inscrita no Programa a partir do ano de 2002, 68% são do sexo feminino e 32%, do sexo masculino (BRASIL, 2007c). Outra similaridade ocorre em proporção ao gênero no município, em que 45% da população geral é composta de homens (BRASIL, 2007d), semelhante à da área pesquisada em que esse percentual é de 44%, demonstrando que a região em estudo apresenta características próximas às da cidade de Vitória.

A prevalência nacional da doença tem transitado entre 22,3% a 43,9% (BRASIL, 2006c), podendo variar de acordo com cada região. Ocorre em 19 a 34% nos homens e em 12 a 81% nas mulheres acima dos 30 anos de idade (KLEIN et al.,

1995). Na população de Vitória, tem-se situado em 37,7%, sendo para os homens na faixa de 43% e nas mulheres 32% (MOLINA, 2002). Esse quadro mostra a gravidade e a alta prevalência da doença em atingir as populações, principalmente nas mulheres e nos estratos mais elevados de idades (FORTES; LOPES, 2004).

Tabela 2 – Caracterização de hipertensos cadastrados na USF Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Característica	Freqüência	Percentual
Sexo		
Feminino	215	64,95
Masculino	116	35,05
Faixa etária		
Até 64 anos	188	56,80
65 anos ou mais	143	43,20
Pressão arterial (PA)		
Normal *	165	49,85
Alterada **	166	50,15
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Normal	72	21,75
Sobrepeso	110	33,23
Obeso	149	45,02
Razão cintura-quadril (RCQ)		
Sem risco	76	22,96
Em risco	255	77,04

* Para valores inferiores a 140/90 mmHg

** Para valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg

A idade tem-se relacionado ao aumento da expectativa de vida, e com ela, ao surgimento de doenças de origem crônica (VAROTO; TRUZZI; PAVARINI, 2004; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003), inclusive a hipertensão arterial (LOLIO et al., 1993). Com o aumento da idade, ocorrem alterações no sistema orgânico, produzindo modificações vasculares, como a redução da complacência vascular, refletindo sobre a pressão arterial, alterações no fluxo sanguíneo e da resistência vascular periférica (SILVA, I. de O. da, 2002).

Além do mais, a idade também pode ser utilizada como forma de classificação de risco individual, em que se associa com a história familiar da doença cardiovascular, apresentando maior risco para complicações nos portadores com idade inferior a 65 anos para mulheres e 55 anos para os homens (SBC, 2004).

Neste estudo houve concentração, de forma geral, na faixa etária inferior a 65 anos (TABELA 2), o que também se aplica quando se analisa por sexo, em que tanto

mulheres quanto os homens apresentam, nesta população, maior concentração em faixas etárias de risco.

Outra característica encontrada nesta população refere-se aos valores pressóricos, em que a manutenção a níveis inferiores aos estabelecidos 140/90 mmHg encontram-se presentes em 49,85% dos casos, enquanto que os que possuem a pressão arterial alterada, valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg, apresentam-se em 50,15% (TABELA 2).

Aferir a pressão regularmente é uma das formas de contribuir para controle e avaliação do tratamento dado ao indivíduo. Os níveis pressóricos têm relação direta com o controle da hipertensão (OIGMAN, 2006), uma vez que quanto mais elevados esses níveis, maiores são as chances de se desenvolverem doenças cerebrovasculares (LESSA, 1998b).

O estudo de Framingham, que acompanhou, por 25 anos, pessoas para avaliação de problemas relacionados ao sistema cardiovascular, bem como seus contribuintes, os fatores de risco, e ainda realiza análise com esse banco de dados, indicou que indivíduos na faixa etária de 40 a 69 anos apresentaram mortalidade dobrada a cada incremento de 20 a 10mmHg na pressão arterial, sendo que a pressão sistólica elevada representa um risco maior quando comparada à diastólica (KANDEL, 2006).

Esse controle deve ser complementado pelo uso regular da medicação prescrita, pelas mudanças de hábitos de vida relacionados aos fatores de risco, pela participação em consultas e grupos de educação em saúde.

Todavia, é necessário verificar que em muitos casos o agravamento da doença hipertensiva pode ter se instalado nestas pessoas, fazendo com que seja preciso uma alta dose medicamentosa para que a pressão arterial esteja em um patamar desejável. No entanto, não foi objetivo deste estudo verificar as lesões causadas pela presença da doença, não se podendo dizer que as alterações estão presentes, neste momento, pelo não controle.

Além disso, o espaçamento entre as consultas médicas, aos grupos formados pelas equipes da ESF de cerca, de três a seis meses, também podem interferir no controle da hipertensão, fazendo com que os clientes fiquem longos períodos desprovidos de orientações e dos cuidados necessários ao eficaz acompanhamento.

Jardim et al. (1996) identificaram em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram maior redução nos níveis tensionais. O automonitoramento dos níveis pressóricos também é importante para o controle da doença, pois cria responsabilidade sobre a sua saúde e faz com que o indivíduo que apresenta alteração de pressão retorne a adesão (CLARK; CURRAN; NOJI, 2000)

Isso é um espelho da situação vivenciada em vários locais atendidos pelas unidades de ESF, uma vez que a população hipertensa tem aumentado, consideravelmente e as equipes nem sempre conseguem suprir a demanda de todo o território, fazendo com que as intervenções nessa população muitas vezes sejam resumidas a consultas e entregas de receita para aquisição de medicamentos.

Além dessa circunstância, observa-se que a baixa adesão às atividades educativas nesses grupos é considerável. Na maioria das vezes, esses indivíduos buscam apenas o medicamento gratuito e não vêem a significância das informações transmitidas. Outro fator são as modalidades de educação empregadas em saúde, geralmente em forma de palestras unilaterais e estáticas, que não promovem a participação do ser como sujeito de sua saúde e não estimulam a construção de um aprendizado a partir do conhecimento empírico demandado por essa população.

Nesse sentido, a criação de programas de educação em saúde mais dinâmicos e envolventes poderiam proporcionar um maior envolvimento dos usuários hipertensos com seu autocuidado, com a colaboração dos profissionais de saúde (SILVA, C. A. et al., 2006). Gandarillas, Câmara e Scarparo (2005) dizem que os profissionais devem redimir-se de atitudes geradoras de paternalismo e submissão em relação aos clientes, aplicando comportamentos que possam promover cooperação entre ambos na busca de melhores estratégias para o autocuidado.

A construção de estratégias para facilitar o acesso aos serviços de atenção à saúde do hipertenso, bem como a extensão das unidades em períodos do dia, para que possam atender a parcela produtiva da população que possui a doença, ou mesmo, ir aos locais de trabalho, bem como a outros setores como escolas, bancos, para que seja incorporado o hábito de verificação da pressão, em toda a população independente da sua condição de saúde.

Esse cuidado pessoal pode ser instrumentalizado a partir do conhecimento adquirido pelo indivíduo, fomentando nele uma vontade própria em querer-se bem. Markus Vinicius Nahas (2001, p. 2) refere que há diversos aspectos que podem influenciar nas mudanças de conduta, como “[...] o conhecimento, a atitude, as experiências anteriores, o apoio social de familiares e amigos, a disponibilidade de espaços e instalações, as barreiras percebidas pelas pessoas e as normas sociais”.

Essas transformações pessoais contribuirão para alterar hábitos prejudiciais à saúde do hipertenso, principalmente no que se refere aos fatores que elevam o risco de agravos quando presentes com a doença hipertensiva. Um desses fatores relaciona-se ao desenvolvimento de atividades físicas regulares, que desempenham um papel significativo na redução dos níveis pressóricos, no controle de peso (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003), na sensação de bem-estar psicológico e na auto-estima (NAHAS, M. V., 2001).

O *Bristish Heart Foundation* (2001) indica que a prática regular de exercícios físicos reduz a incidência de obesidade, contribui para a redução do peso corporal, associada à melhoria na sensibilidade orgânica à insulina e na redução dos valores de colesterol e triglicérides. Além disso, aprimora a aptidão física, o sistema vascular, favorecendo a QV relacionada ao estresse, à depressão, à ansiedade, reduzindo seus efeitos no organismo com a promoção de bem-estar.

Isso mostra que a obesidade é um grande entrave na saúde cardiovascular. Entretanto, não há como interferir diretamente na sua ocorrência, naqueles que têm história familiar, mas deve-se realizar um acompanhamento rigoroso, uma vez que possuir grau de parentesco de primeiro grau com quem se apresenta obeso aumenta

em duas vezes a chance de desenvolver o distúrbio em relação àqueles que não tinham familiares nessa situação (RANSONI et al., 2005).

Os processos de mudança na sociedade bem como no padrão de consumo trouxeram transformações ao padrão alimentar e, conseqüentemente, uma exposição maior aos riscos cardiovasculares (JARDIM et al., 2007) por substituição de gorduras por carboidratos, incremento no peso corporal, aumento no número de pessoas com resistência à insulina e elevação das taxas de triglicérides (LOTUFO; LOLIO, 2006). Além dessa, outra mudança que ocorreu foi a incorporação na dieta de gorduras insaturadas, como os ácidos graxos *trans*, que modulam o perfil lipídico, ocasionando um aumento nos níveis da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e reduzindo os níveis da lipoproteína de alta densidade (HDL) (MURRAY; FLEGEL, 2005), o que não ocorre com os ácidos graxos saturados, que elevam a concentração de LDL, mas não alteram o HDL (PUEYRREDÓN et al., 1999).

Isso fez com que certos tipos de alimentos, ricos dessas substâncias como pães, carnes, leites e derivados (com exceção da manteiga), açúcar, refrigerante, óleos e gorduras vegetais (como as margarinas) fossem privilegiados no cardápio diário (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

Essa situação demonstra que não apenas o uso eficiente da terapia medicamentosa, mas também a incorporação de um estilo de vida saudável com a supressão do tabaco, do álcool, do sedentarismo, com uma alimentação pobre em gorduras, baixo teor de sódio e rica em frutas, vegetais e fibras, favorecem o controle da hipertensão (FORTES; LOPES, 2004; GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007; TOSCANO, C. M., 2004).

Uma alimentação adequada compreende a ingestão equilibrada dos nutrientes necessários à manutenção do organismo. Nesse sentido, controlar a dieta de hipertensos é importante do ponto de vista da redução de agravos e da promoção da saúde cardiovascular (GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007).

O IMC representa uma estimativa da composição corporal adequada para adultos, desde que não sejam atletas ou tenham elevada massa muscular (NAHAS, M. V.,

2001). É classificado como normal (inferior a 25), sobrepeso (entre 25 e 30) e obeso (superior a 30). Dos entrevistados 21,75% foram considerados em relação ao IMC como normal, 33,23% sobrepeso e 45,02% obeso (TABELA 2).

Isso demonstra a gravidade desse fator de risco nesta população, em a maioria encontra-se com o peso alterado, situação semelhante à encontrada na população adulta brasileira, em que um terço se apresenta com sobrepeso, e está associada a alta prevalência de hipertensão (BLOCH et al., 1994), e também, em pesquisa com hipertensos na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, em que os mesmos autores identificaram uma prevalência de 46,7% de obesos.

Intervenções em toda a população devem ser realizadas no sentido de modificar essa situação, uma vez que pessoas hipertensas convivem em grupos de inter-relações, e que nem sempre todos buscam hábitos de vida saudáveis, dificultando a aquisição por parte daqueles, comprometendo sua integridade física.

Relacionada às alterações de peso pode estar presente às modificações na proporcionalidade em relação à altura, interferindo diretamente no controle da hipertensão, pois os níveis pressóricos se elevam, progressivamente, à medida que há acréscimo do IMC (GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007), e indivíduos hipertensos com sobrepeso estão em maior situação de risco do que os que se encontra com peso normal (DÍAZ et al., 2004).

A localização da gordura corporal também constitui problema, pois os que apresentam concentração de adiposidade visceral/abdominal/central correm maiores riscos de desenvolverem doenças cardiovasculares (NAHAS, M. V., 2001). Uma das formas de avaliar essa situação é através da mensuração da RCQ, que utiliza a divisão da medida da circunferência da cintura pela do quadril: valores maiores de 0,85 para mulheres e 0,95 para homens significam maiores riscos de agravos cardiovasculares (NAHAS, M. V., 2001). Além disso, a pressão arterial tende a aumentar com o incremento dessa razão (DÍAZ et al., 2004).

Nesse sentido, a verificação das medidas de cintura e quadril é importante na determinação desse risco. Entre os hipertensos, 22,96% estavam com as medidas

abaixo dos valores de risco, enquanto 77,04% (TABELA 2) apresentaram-se em risco em relação a RCQ, indicando uma elevada concentração de gordura abdominal, conseqüentemente aumento dos riscos de infarto e AVC nessa amostra.

4.1.2 Qualidade de vida

A QV foi mensurada pela aplicação do instrumento *WHOQOL-bref* (ANEXO A) (FLECK et al., 2000; WHO, 1996) através de cinco domínios: geral, físico, psicológico, social e ambiental, cada um representando características específicas para avaliar determinado comportamento ou condição humana (CAMPOLINA, CICONELLI, 2006).

As questões de cada domínio apresentaram cinco alternativas, que foram contabilizadas e são apresentadas no Apêndice C, podendo-se observar qual das cinco alternativas teve maior determinação positiva ou negativa no escore final e por domínio.

Na Tabela 3, há referência aos valores mínimo, máximo, média e desvio padrão de cada um dos cinco domínios, representados por sexo, grupo de PA e geral. O *WHOQOL-bref* não possui escores indicando as faixas de melhor classificação de QV; há apenas um dimensionamento do quanto mais próximo elas se apresentam em relação ao valor máximo, dependendo da sintaxe realizada. Nesse caso utilizou-se a sintaxe com escala de 4 (mínimo) a 20 (máximo). Em função desse procedimento julga-se que esse indivíduo possui melhor ou pior QV em determinado domínio.

Na Tabela 3, há referência aos valores mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão de cada um dos cinco domínios, podendo-se observar que o domínio que obteve maior média no sexo masculino foi o relações sociais (15,49) para o grupo de PA normal, e o de menor média foi no meio-ambiente (13,61) para a PA alterada. No sexo feminino a melhor média encontra-se no nível relações sociais (15,52) para a o grupo de PA alterada, e a pior média o domínio meio-ambiente (13,07) para PA alterada.

Tabela 3 – Valor mínimo, máximo, média e desvio padrão por domínio do *WHOQOL-bref*, na escala 4-20, por classificação de pressão arterial e sexo, de hipertensos cadastrados na USF Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

PA Grupos	Sexo	Domínio	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-Padrão
Normal	Masculino	Físico	14,19	14,57	8,57	18,86	2,25
		Psicológico	14,76	14,67	9,33	18,67	2,37
		Relações sociais	15,49	16,00	6,67	20,00	2,89
		Meio-ambiente	13,71	13,50	7,50	19,00	2,40
		Global	14,36	16,00	4,00	20,00	3,32
	Feminino	Físico	14,21	13,71	7,43	20,00	2,06
		Psicológico	14,05	14,00	8,67	19,33	2,43
		Relações sociais	15,46	16,00	8,00	20,00	2,04
		Meio-ambiente	13,39	13,50	8,50	18,50	2,18
		Global	14,28	14,00	6,00	20,00	2,76
	Geral	Físico	14,20	14,29	7,43	20,00	2,11
		Psicológico	14,27	14,00	8,67	19,33	2,42
		Relações sociais	15,47	16,00	6,67	20,00	2,32
		Meio-ambiente	13,49	13,50	7,50	19,00	2,25
		Global	14,30	16,00	4,00	20,00	2,94
	Alterada	Masculino	Físico	13,86	14,29	8,57	18,86
Psicológico			14,47	14,67	8,67	20,00	2,51
Relações sociais			15,01	16,00	6,67	20,00	2,78
Meio-ambiente			13,61	13,50	6,00	18,00	2,34
Global			14,55	15,00	8,00	20,00	2,64
Feminino		Físico	13,74	13,71	7,43	19,43	2,47
		Psicológico	14,03	14,00	6,67	19,33	2,67
		Relações sociais	15,52	16,00	6,67	20,00	2,31
		Meio-ambiente	13,07	13,50	6,50	18,00	2,02
		Global	13,58	14,00	6,00	20,00	2,72
Geral		Físico	13,79	14,00	7,43	19,43	2,41
		Psicológico	14,21	14,67	6,67	20,00	2,61
		Relações sociais	15,32	16,00	6,67	20,00	2,51
		Meio-ambiente	13,28	13,50	6,00	18,00	2,16
		Global	13,96	14,00	6,00	20,00	2,72
Geral		Masculino	Físico	14,00	14,29	8,57	18,86
	Psicológico		14,60	14,67	8,67	20,00	2,44
	Relações sociais		15,22	16,00	6,67	20,00	2,82
	Meio-ambiente		13,66	13,50	6,00	19,00	2,36
	Global		14,47	16,00	4,00	20,00	2,94
	Feminino	Físico	13,99	13,71	7,43	20,00	2,27
		Psicológico	14,04	14,00	6,67	19,33	2,54
		Relações sociais	15,49	16,00	6,67	20,00	2,17
		Meio-ambiente	13,24	13,50	6,50	18,50	2,11
		Global	13,95	14,00	6,00	20,00	2,76
	Geral	Físico	14,00	14,29	7,43	20,00	2,27
		Psicológico	14,24	14,00	6,67	20,00	2,52
		Relações sociais	15,39	16,00	6,67	20,00	2,42
		Meio-ambiente	13,39	13,50	6,00	19,00	2,20
		Global	14,13	14,00	4,00	20,00	2,83

Para a mediana os dados comportam-se de maneira semelhante, em que ambos os sexos apresentam altos escores de QV no domínio relações sociais e baixos para o meio-ambiente. Além disso, os desvios-padrão mostraram-se semelhantes, com variações aproximadas entre os domínios, gênero e classificação de PA, exceto o nível global, no sexo masculino, com grupo de PA normal, em que o desvio atingiu 3,32.

Contudo, analisando-se de maneira ampla, tanto os homens como as mulheres, independente do controle ou não-controle dos níveis pressóricos, apresentam melhor percepção de QV no domínio relações sociais e pior no meio-ambiente.

Esses valores mostram o quanto essas pessoas estão envolvidas com as relações sociais na comunidade onde vivem e o quanto estão satisfeitas com o apoio que recebem dos amigos (58,91%), com a vida sexual (47,43%) e com as relações pessoais com amigos, parentes, conhecidos e colegas (61,03%) (APÊNDICE C).

A satisfação com as relações familiares e com os amigos é comprovada em outro estudo com referência de 67,6% dos pacientes portadores de doenças crônicas (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996). No entanto, Favarato (2004) contraria o que foi relatado sobre a satisfação sexual após o período da menopausa, quando há diminuição do desejo sexual e insatisfação com a frequência e qualidade das relações, considerando-se que 80,6% da amostra total se situavam acima dos 50 anos, idade em que normalmente ocorrem as modificações hormonais. Das mulheres pesquisadas, apenas 18,26% não passaram por esse período, mostrando que nessa população não houve interferência da menopausa na vida sexual. Porém, não foram feitos questionamentos acerca da possível realização de reposição hormonal, o que pode ter mascarado o resultado, e também, pode ter havido vergonha em referir uma situação diferente da encontrada.

No nível ambiental, que obteve os piores escores em comparação com os outros domínios em ambos os sexos, apresenta o maior número de questões em sua determinação (oito) (APÊNDICE C). As oportunidades de lazer apresentaram-se negativamente (nenhuma para 22,36% e muito poucas para 26,28%). As demais questões situaram-se em grau superior para os que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde (60,12%), com o meio de transporte (65,56%), com as condições do local de moradia (53,47%), com a segurança diária (38,97%) e com as condições físicas do ambiente (45,02%); e, em grau médio, em relação à quantidade de dinheiro para satisfação das necessidades (médio 39,88% e muito pouco 29,91%) e à disponibilidade das informações (38,37%).

Em estudo sobre a interferência da doença na QV realizado com pessoas portadoras de doenças crônicas, que freqüentavam ambulatórios de hospitais universitários em São Paulo, 49,4% das quais relataram hipertensão, 67,6% disseram que a doença influenciou na sua capacidade física, principalmente sobre a capacidade de andar; 64,8%, no trabalho/estudo/atividades do lar e 53,5%, na auto-estima. As condições que tiveram menor influência, segundo os autores, foram independência e autocuidado (35,2%), relacionamento familiar e social (32,4%) e recreação e lazer (26,9%) (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Entretanto, esse resultado não foi encontrado na pesquisa com o *WHOQOL-bref*, pois a maioria dos indivíduos relatou pouca dificuldade em relação aos parâmetros analisados. Uma justificativa para essa divergência é que a população de Maruípe é acompanhada pela unidade de saúde e, teoricamente, poderiam ser pessoas que apresentassem menores problemas em decorrência da doença hipertensiva, ao passo que pessoas provindas de ambulatórios hospitalar tivessem manifestado mais agravos, que conseqüentemente interferissem significativamente no diário desses indivíduos.

Outro fator a ser considerado é a subjetividade que a QV encerra, visto que vivenciar a situação de ser portador de um agravo crônico pode fazer com que haja a construção de ferramentas individuais de enfrentamento e superação dos problemas, fazendo com que percebam a QV de maneira positiva, pela superação das adversidades impostas pela doença (SAUPE; BROCA, 2004).

4.2. RELAÇÃO DOS DADOS

4.2.1 Análise univariada dos fatores de risco

Inicialmente os dados foram testados para verificação do tipo de distribuição que apresentavam através da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (TABELA 4), indicando que os fatores de risco não possuem distribuição normal ($p < 0,05$).

Tabela 4 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

Domínio	Estatística	p-valor
IMC	0,073	0,000
Risco	0,102	0,000
PA sistólica	0,055	0,018
PA diastólica	0,052	0,032

Devido a esta distribuição, utilizou-se o teste Qui-quadrado que é empregado em variáveis dicotômicas testando a hipótese de que estas sejam independentes, para p-valor inferior 0,05 (SOARES; SIQUEIRA, 2002). Neste sentido, verificou-se, se os fatores de risco estudados na população possuíam relação na determinação do controle ou não da pressão arterial.

A tabela 5 relaciona os grupos de PA, normal e alterada, com o sexo. Os homens em valores absolutos apresentaram-se com maior descontrole dos níveis pressóricos do que as mulheres. Isso pode ter ocorrido pela natureza feminina em buscar com maior frequência os serviços de saúde, assimilando melhor as orientações passadas pelos profissionais de saúde (VAROTO; TRUZZI; PAVARINI, 2004).

Klein et al. (1995) também observaram em estudo na Ilha do Governador, que o percentual de mulheres que apresentavam controle da PA devido ao tratamento era maior do que os dos homens. No entanto, nessa pesquisa o valor de p (0,071) (TABELA 5), indica que o sexo não influencia no controle da pressão arterial.

Tabela 5 – Controle da pressão arterial segundo sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

PA	Sexo		TOTAL	p-valor
	Masculino	Feminino		
Alterada	66	100	166	0,071
Normal	50	115	165	
TOTAL	116	215	331	

De maneira geral, devido a esses pacientes serem acompanhados por um programa específico nas USF, que é o HIPERDIA, deveriam estar com melhores níveis de PA, o que também foi observado em um estudo realizado com hipertensos,

acompanhados pelo PSF, em que quase 80% dos pesquisados apresentavam descontrolo nos valores da pressão (FORTES; LOPES, 2004).

Esse mesmo estudo de Fortes e Lopes (2004) também identificou que o sexo não interferia no controlo dos níveis pressóricos ($p=0,331$), entretanto, verificou que a faixa etária estava associada estatisticamente ($p=0,047$), o que não foi comprovado com essa pesquisa conforme os valores de p na Tabela 6.

Tabela 6 – Controlo da pressão arterial segundo faixa etária, distribuída por sexo e geral, em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	PA	Faixa etária		TOTAL	p-valor
		65 anos ou mais	Até 64 anos		
Masculino	Alterada	30	36	66	0,306
	Normal	18	32	50	
	TOTAL	48	38	116	
Feminino	Alterada	48	52	100	0,294
	Normal	47	68	115	
	TOTAL	95	120	215	
Geral	Alterada	78	88	166	0,163
	Normal	65	100	165	
	TOTAL	143	188	331	

O controlo da pressão arterial é fundamental para um acompanhamento efetivo da hipertensão, pois quando é associado ao tratamento farmacológico reduz significativamente a morbimortalidade dessas pessoas, proporcionando aumento da expectativa de vida, principalmente quando há um co-fator que aumenta a gravidade da doença (OIGMAN, 2006). O estudo Hypertension Optimal Treatment (HOT) identificou que a redução da pressão arterial a níveis em torno de 139/83 mmHg proporciona maior prevenção a complicações cardiovasculares (HANSSON; ZANCHETTI; CARRUTHERS, 1999).

Além disso, a redução de peso é outro fator que pode colaborar com o controlo pressórico e, conseqüentemente, da hipertensão, uma vez que a diminuição da massa corporal de 10 kg representa um decréscimo de 5 a 20 mmHg (JNC7, 2005).

Chor (1998) em seu trabalho com funcionários de um banco estatal do Rio de Janeiro identificou em pessoas hipertensas, que estavam em sobrepeso ou obesas, chance cerca de duas vezes maior de estarem em tratamento. Barroso, Abreu e Francischetti (2002) identificaram relação da obesidade com 75% dos casos de

hipertensão, o que Peixoto et al. (2006) associou ao IMC, principalmente em homens.

Fato similar pode ter ocorrido com a população desse estudo, em que a maioria dos pesquisados possuem alteração de IMC e todos estão em tratamento farmacológico para a hipertensão arterial. Isso é verificado na Tabela 7, que relaciona o IMC com o sexo e os grupos de PA, em que o controle da PA esteve associado ao IMC no sexo masculino ($p=0,009$).

Tabela 7 – Controle da pressão arterial segundo IMC, distribuída por sexo e geral, em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	PA	IMC			TOTAL	p-valor
		Normal	Sobrepeso	Obeso		
Masculino	Alterada	18	32	16	66	0,009*
	Normal	9	15	26	50	
	TOTAL	27	47	42	116	
Feminino	Alterada	18	32	50	100	0,540
	Normal	27	31	57	115	
	TOTAL	45	63	107	215	
Geral	Alterada	36	64	66	166	0,087
	Normal	36	46	83	165	
	TOTAL	72	110	149	331	

* Significância para valores de $p < 0,05$

Contudo não é possível vislumbrar qual das três classificações de IMC que mais se relacionam com o controle da PA. Por isso, relacionou-se a alteração de IMC (sobrepeso e obesidade) com a normalidade, mostrando que não há significância estatística, independente do sexo e da idade (TABELA 8).

Tabela 8 – Controle da pressão arterial segundo IMC, distribuída por sexo e geral em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	PA	IMC		TOTAL	p-valor
		Sobrepeso + obeso	Normal		
Masculino	Alterada	48	18	66	0,242
	Normal	41	9	50	
	TOTAL	89	27	116	
Feminino	Alterada	82	18	100	0,325
	Normal	88	27	115	
	TOTAL	170	45	215	
Geral	Alterada	130	36	166	0,977
	Normal	129	36	165	
	TOTAL	259	72	331	

Os dados das Tabelas 7 e 8 demonstram que possa estar havendo interferência de alguma variável na relação entre IMC e controle da PA, causando efeito de

confundimento ou modificação do efeito. Assim, aplicaram-se os testes estatísticos do Qui-quadrado e Mantel-Haenszel para identificação de que classificação de IMC possui maior relação com o controle da PA (TABELAS 9, 10 e 11).

Tabela 9 – Controle da pressão arterial segundo IMC (obeso e sobrepeso), distribuída por sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	PA	IMC		TOTAL	Qui-quadrado	p-valor	Odds Ratio IC (95%)	Mantel-Haenszel (p-valor)#
		Obeso	Sobrepeso					
Masculino	Alterada	16	32	48	8,029	0,005*	3,467 (1,446-8,308)	0,048*
	Normal	26	15	41				
	TOTAL	42	47	89				
Feminino	Alterada	50	32	82	0,262	0,608	1,177 (0,631-2,194)	
	Normal	57	31	88				
	TOTAL	107	63	170				

Teste de homogeneidade

*Significância para p-valor<0,05

Tabela 10 – Controle da pressão arterial segundo IMC (obeso e normal), distribuída por sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	PA	IMC		TOTAL	Qui-quadrado	p-valor	Odds Ratio IC (95%)	Mantel-Haenszel (p-valor)#
		Normal	Obeso					
Masculino	Alterada	18	16	34	5,368	0,021*	3,250 (1,179-8,958)	0,020*
	Normal	9	26	35				
	TOTAL	27	42	69				
Feminino	Alterada	18	50	68	0,58	0,446	0,760 (0,375-1,541)	
	Normal	27	57	84				
	TOTAL	45	107	152				

Teste de homogeneidade

*Significância para p-valor<0,05

Tabela 11 – Controle da pressão arterial segundo IMC (obeso e normal), distribuída por sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	PA	IMC		TOTAL	Qui-quadrado	p-valor	Odds Ratio IC (95%)	Mantel-Haenszel (p-valor)#	Odds Ratio Mh
		Sobrepeso	Normal						
Masculino	Alterada	32	18	50	0,016	0,900	1,067 (0,389-2,923)	0,565	1,349 (0,732-2,486)
	Normal	15	9	24					
	TOTAL	47	27	74					
Feminino	Alterada	32	18	50	1,23	0,267	1,548 (0,714-3,359)		
	Normal	31	27	58					
	TOTAL	63	45	108					

Teste de homogeneidade

Mh: Mantel-Haenszel

*Significância para p-valor<0,05

A Tabela 9 identifica significância para o sexo masculino e para os obesos no controle da PA ($p=0,005$), ou seja, homens obesos possuem 3,47 vezes mais chances de ter a pressão arterial alterada do que os com sobrepeso. Essa situação confirma o que foi descrito pela literatura, que a obesidade é prejudicial a saúde cardiovascular, e quanto maior o descontrole no peso maiores são as possibilidades na ocorrência de agravos relacionados à hipertensão arterial. Neves (2003) verificou que a obesidade avaliada através do IMC esteve associada positivamente com a prevalência da hipertensão.

Entretanto, na Tabela 10 visualiza-se uma situação completamente adversa a literatura e a este trabalho, em que homens com IMC normal possuem 3,25 mais chances de ter pressão alterada do que os obesos, ou seja, nesse caso a obesidade é uma fator de proteção, e não de risco, como frequentemente encontramos em outros estudos. Isso pode ter ocorrido por diversos fatores como: falha na coleta de dados em relação a aferição da PA pelo equipamento ou pela manipulação do pesquisador, nas medidas que compõem o IMC, por essas pessoas apresentarem um grande descontrole dos níveis pressóricos e necessitarem de altas dosagens de medicações anti-hipertensivas, fazendo com que a PA esteja frequentemente dentro da faixa de normalidade, ou algum outro fator que possa estar influenciando no dado.

O teste de Mantel-Haenszel identifica se há diferença entre os valores do odds nas categorias testadas, através do teste de homogeneidade. O teste de homogeneidade foi utilizado para verificação de que possa estar havendo semelhança entre os grupos. Nas Tabelas 9 e 10 o teste foi recusado, ou seja, o grupo de homens e mulheres possui características diferentes, não são homogêneos, indicando significância nos valores encontrados pelo teste do Qui-quadrado.

Todavia, a Tabela 11 não mostrou significância estatística na relação entre os hipertensos com sobrepeso e normais para ambos os sexos devido ao valor de p (masculino: $p=0,900$; feminino: $p=0,267$) e pelo teste de homogeneidade de Mantel-Haenszel que foi aceito ($p=0,565$), indicando que não há diferença entre os odds, ou seja, o sexo não influencia no controle da PA.

Associado a avaliação do IMC, mostra-se também importante estimar a RCQ, uma vez que a concentração de gordura visceral possui relação com o desenvolvimento de doenças crônicas (SILVENTOINE et al., 2003), incluindo as cardiovasculares (POULTER, 2003). Além disso, Beegon et al (1995) identificou em seu estudo que o acúmulo de gordura visceral estava associada a presença da hipertensão arterial.

Assim, é necessário obter a RCQ nos acompanhamentos de pessoas hipertensas para estimar o risco dessa exposição, bem como, o controle da pressão arterial, uma vez que Bankoff et al. (2007) verificaram que os níveis pressóricos se associavam a RCQ, tendo grande significância na população masculina.

Contudo, isto não foi verificado neste estudo, pois não houve relação entre o controle da pressão arterial e a RCQ, independente do sexo (TABELA 12). Autores (PITANGA; LESSA, 2006) sugerem que a medida da circunferência da cintura (CC) seja um bom preditor de risco, devido as diferenças estruturais de gênero em relação à apresentação da distribuição corporal de gordura, em que os homens apresentam maior proporção de gordura na região abdominal, enquanto as mulheres possuem concentrações de tecido gorduroso na região glútea com maiores padrões nos quadris do que na cintura (SILVENTOINE et al., 2003).

Tabela 12 – Controle da pressão arterial segundo RCQ, distribuída por sexo e geral, em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	PA	RCQ		TOTAL	p-valor
		Em risco	Sem risco		
Masculino	Alterada	44	22	66	0,940
	Normal	33	17	50	
	TOTAL	77	39	116	
Feminino	Alterada	88	12	100	0,059
	Normal	90	25	115	
	TOTAL	178	37	215	
Geral	Alterada	132	34	166	0,282
	Normal	123	42	165	
	TOTAL	255	76	331	

Isso pode ter feito com que este dado, a RCQ, não mostrasse significância no controle da PA nos hipertensos. Em um estudo (PEIXOTO et al., 2006) em que se utilizou a medida da cintura e o IMC, verificou-se que tanto o aumento de peso como o acúmulo de gordura abdominal, aumenta a probabilidade de indivíduos se

tornarem hipertensos. Rezende et al. (2006) também verificaram que os valores de PAS e PAD relacionam-se ao IMC e a CC.

Nesse sentido, verificam-se poucos estudos que relacionem os valores pressóricos e o seu controle em pacientes hipertensos, associado às medidas de avaliação da gordura corporal. Todavia, Neumann et al. (2007) realizaram um estudo que sugerem que as alterações nos padrões de adiposidade corporal, influenciam nos níveis pressóricos, uma vez que identificou que uma alimentação a base pães, doces, salgados, gorduras, sucos artificiais, presunto, frango, entre outros alimentos, classificada por ele como cafeteria, relacionou-se significativamente ao aumento da pressão arterial sistólica e diastólica, do IMC e da RCQ, em indivíduos de 15 a 59 anos.

Portanto, é preciso realizar outros estudos, verificando um número maior de variáveis que possam influenciar no controle da pressão arterial, para obter melhor força na relação dos dados.

Na Tabela 13 é apresentado a estimativa do odds-ratio do teste de Mantel-Haenszel, utilizado para verificação de confundimento nos resultados. Entretanto, não houve significância estatística, pois os valores de p foram superiores a 0,05, indicando homogeneidade dos dados, e os do odds-ratio entre o sexo feminino e masculino sugeriram semelhança nos dados.

Tabela 13 – Estimativa do odds-ratio de Mantel-Haenszel em relação ao controle da pressão arterial segundo faixa etária, RCQ e IMC (sobrepeso + obeso e normal) em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Grupos de PA (normal e alterada)	Odds estimado	p-valor	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
Faixa etária	1,384	0,147	0,892	2,146
RCQ	1,479	0,149	0,869	2,516
IMC	1,021	0,937	0,603	1,728

Assim, o sexo seria um fator de confusão no cruzamento da faixa etária, RCQ e IMC, e isso pode ter ocorrido devido a desproporcionalidade da amostra em relação ao sexo, maior quantidade de mulheres do que homens. Nesse sentido, seria importante realizar novos estudos com outros tipos de desenhos com intuito de verificar possíveis relações que não se mostraram significativas nessa pesquisa.

4.2.2 Análise univariada dos dados com os domínios do *WHOQOL-bref*

Para essa análise, foi utilizado, o teste de Mann-Whitney, empregado para verificar se duas variáveis, principalmente ordinais, têm relação entre si (SOARES; SIQUEIRA, 2002). Apesar de esse teste não utilizar a média dos dados para apreciação, optou-se por apresentá-los através da média, pois não haveria interferência de valores extremos, uma vez que a QV apresenta escala limitada (4 a 20), e a alteração de algum deles não implicaria grandes modificações acima da margem de erro estipulada, tendo em vista número elevado de entrevistados.

Nessa verificação foram utilizados os domínios do *WHOQOL-bref*, com relação ao sexo e aos grupos de PA. Não houve significância estatística em nenhum dos grupos de PA ou sexo ($p > 0,05$) (TABELA 14).

Tabela 14 – Associação entre os grupos da pressão arterial e os domínios do WHOQOL-bref segundo faixa etária e gênero em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	PA	Domínio					Mais de um	TOTAL	p-valor
		Físico	Psicológico	Relações Pessoais	Meio-Ambiente	Global			
Masculino	Alterada	9	8	21	4	14	10	66	0,200
	Normal	6	10	18	0	5	11	50	
	TOTAL	15	18	39	4	19	21	116	
Feminino	Alterada	9	11	48	5	10	17	100	0,222
	Normal	20	14	39	9	16	17	115	
	TOTAL	29	25	87	14	26	34	215	
Geral	Alterada	18	19	69	9	24	27	166	0,639
	Normal	26	24	57	9	21	28	165	
	TOTAL	44	43	126	18	45	55	331	

A comparação das médias foi feita utilizando o Teste não-paramétrico de Mann-Whitney, que é um teste para duas amostras independentes e é útil para determinar se os valores de uma variável particular diferem entre os grupos (TABELA 14). Nos resultados consideramos diferença significativa quando o p-valor for inferior a 0,05 (5%). A hipótese a ser testada é de as duas amostras vêm da mesma população, ou tem médias iguais, é uma alternativa não-paramétrica para o teste t (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

Na Tabela 15 são apresentados os domínios do WHOQOL-bref e suas relações com o sexo e controle da pressão arterial, indicando associação ($p=0,029$) no sexo feminino com o domínio global no controle dos níveis pressóricos nos hipertensos pesquisados.

Tabela 15 – Teste de Mann-Whitney dos domínios do WHOQOL-bref com os grupos de pressão arterial segundo sexo em hipertensos cadastrados na USF de Maruípe, Vitória/ES, Brasil, 2008

Sexo	Domínios	p-valor
Masculino	Físico	0,409
	Psicológico	0,481
	Relações pessoais	0,345
	Meio-ambiente	0,851
	Global	0,921
Feminino	Físico	0,314
	Psicológico	0,566
	Relações pessoais	0,607
	Meio-ambiente	0,331
	Global	0,029
Geral	Físico	0,193
	Psicológico	0,816
	Relações pessoais	0,787
	Meio-ambiente	0,596
	Global	0,115

A figura 1 mostra essa significância por meio do gráfico de média. Assim, para as mulheres desta população, quem possui pressão arterial controlada apresenta melhor QV no domínio global do que aquelas que apresentam descontrole pressórico.

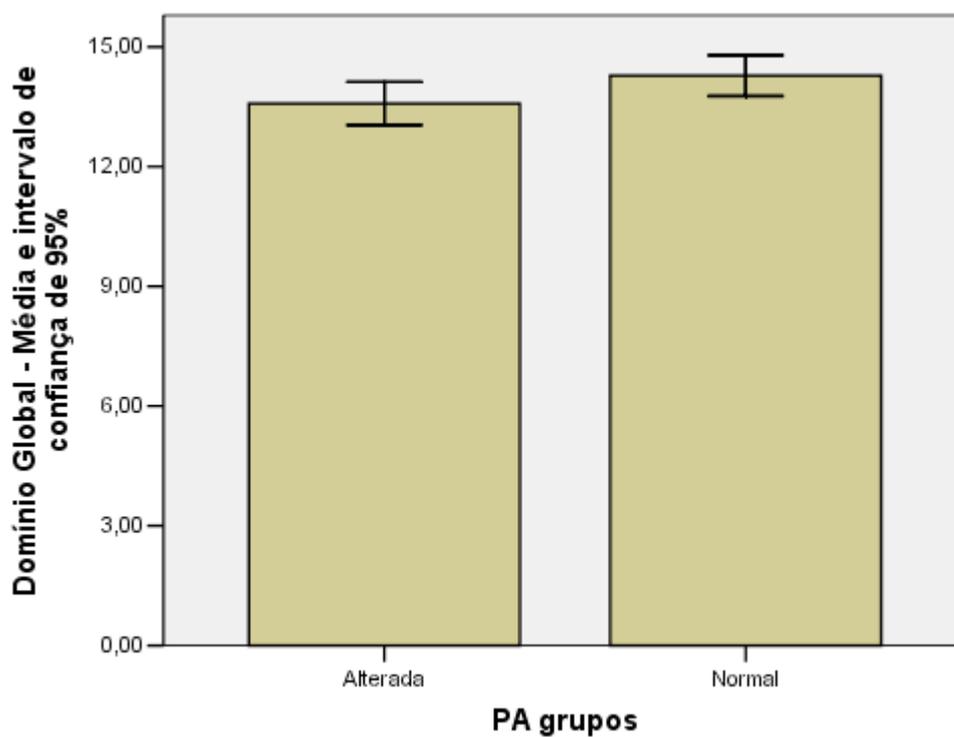


Figura 1 – Gráfico de média do Domínio Global no sexo feminino, com intervalo de confiança de 95% segundo grupos de PA.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença com alta prevalência na população, principalmente na área estudada, concentrando-se em faixas etárias elevadas e repercutindo na capacidade física e social do indivíduo.

As mudanças de hábitos que a doença requer para seu controle eficaz, em muitos casos, não são seguidas adequadamente, interferindo na saúde cardiovascular. Isso foi identificado neste trabalho pelos valores alterados de pressão arterial, IMC e RCQ. Os homens demonstraram relação com o controle da PA em relação ao IMC, sendo que os obesos possuem 3,47 vezes mais chances de apresentarem descontrole dos níveis pressóricos do que os hipertensos com sobrepeso.

Este estudo também demonstrou que a avaliação de aspectos subjetivos, que interferem no processo de cuidado dos hipertensos, são fundamentais para elaboração de políticas e programas de intervenção, uma vez que os domínios que compõem a percepção da QV desses indivíduos influenciaram no controle da hipertensão, sendo que as mulheres que possuíam a pressão arterial controlada apresentaram melhor QV no domínio global do que as que apresentavam níveis pressóricos iguais ou acima de 140/90mmHg.

Esses dados foram encontrados em usuários hipertensos da USF Maruípe, mas que podem ser utilizados em outras populações como forma de avaliar o atendimento aos portadores de hipertensão, no que compete ao controle da doença.

Essa pesquisa também demonstra a importância do acompanhamento regular da pressão arterial e de outras medidas como a RCQ e o IMC, para maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, mesmo que nesse estudo não tenha apresentado pouca significância estatística, a visita regular de aferição desses parâmetros, aumenta a frequência com que o indivíduo busca os serviços de saúde, reforça orientações e auto-cuidados, possibilitando a incorporação desses hábitos à vida dessas pessoas. Por isso, esta pesquisa possui grande relevância, pois explicitou relações pouco investigadas na literatura e que podem surtir um grande efeito no cuidado a hipertensos.

Porém, há que se enfatizar que estudos descritivos e transversais, como este, não possuem poder de inferência causal, mas dimensionam o contexto geral sobre o tema, permitindo novas vertentes de investigação e desenvolvimento de outros tipos de pesquisas, que poderão identificar maior poder nas relações.

A adoção de estratégias voltadas aos fatores de risco relacionados a baixos escores de QV em hipertensos, devem ser incorporados o mais rápido possível para redução de danos, dentre eles à incorporação de atividades físicas, com formação de grupos em períodos acessíveis, não somente as pessoas idosas, mas em horários alternativos a parcela produtiva que se encontra com a doença.

Assim, a hipertensão compromete não somente os aspectos físicos dos portadores, mas também as características sociais, ambientais, psicológicas, entre outros, que participam do processo de inserção e manutenção do indivíduo no seu contexto social, pois o sujeito é um ser essencialmente social. Esses aspectos se relacionam aos fatores de risco cardiovascular, pois o seu controle está atrelado a forma como as pessoas administram essas relações e se adaptam as mudanças ocasionadas pelo novo perfil de vida.

Por isso, a criação de áreas que favoreçam o lazer, a socialização, a promoção de atividades culturais, proporciona a interação entre os indivíduos, promovendo o autocuidado e o bem-estar, “despertando” para o querer-se, cuidar-se e amar-se, que são importantes para a aquisição de hábitos de vida saudáveis e da percepção da QV. Além disso, o entendimento de que a modificação de hábitos proporciona uma melhor QV, possa fazer com que essas pessoas busquem pelo autocuidado, estabelecendo em conjunto com o profissional a melhor intervenção terapêutica, e solicitando que todos os recursos sejam empregados para a promoção de uma vida mais saudável e com qualidade.

Com isso, mostra-se que a interferência no processo de evolução da doença está atrelado tanto aos reflexos físicos, por comprometimento do sistema cardiovascular, quanto aos aspectos sociais e subjetivos, e ignorá-los na abordagem ao hipertenso assemelha-se ao não acompanhamento efetivo do sujeito, tornando-o vulnerável a morbimortalidade proporcionada pela hipertensão arterial.

Além disso, é importante a reavaliação dos modelos propostos de acompanhamentos dessas pessoas, uma vez que o acesso aos serviços de saúde, o seguimento rígido através de protocolos, a inviabilidade e a disponibilidade de locais e políticas sociais que beneficiem a adoção de hábitos saudáveis, contribuem para que parcela considerável de hipertensos não consiga controlar a doença ou mesmo realizar o acompanhamento necessário.

Portanto, a avaliação da QV e de medidas como estas utilizadas nesse estudo, são importantes para seguimento desses indivíduos, e devem ser empregadas como prática auxiliar na abordagem integral ao sujeito hipertenso, promovendo uma aproximação cliente-serviço, procurando intervir o mais rápido possível no descontrole da doença, no intuito de reduzir riscos e agravos da doença hipertensiva.

6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 4, p. 83-122.
- ANDRADE, L. O. M. de. **Sistema de salud de Brasil: normas, gestión y financiamiento**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- ASSIS, M. de. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. **Estudos em saúde coletiva**, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, n. 169, p. 1-30, nov. 1998.
- BANKOFF, A. D. P., ZAGO, L. C., ZAMAI, C. A. Associação entre indicadores antropométricos e variáveis metabólicas. **Revista Mineira de Educação Física, Viçosa**, v. 1, 2007.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Mudanças de padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 7-32.
- BARROS, M. B. de A. Introdução. In: CESAR, C. L. G. et al. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito de saúde no estado de São Paulo (ISA-SP). Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: USP/FSP, 2005. p. 10-34.
- BARROS, M. V. G. de; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 35, p. 554-63, 2001.
- BARROSO, S.G.; ABREU, V. G.; FRANCISCHETTI, E. A. A participação do tecido adiposo visceral na gênese da hipertensão e doenças cardiovascular aterogênica. Um conceito emergente. **Arq Bras Cardiol**, v. 78, n. 6, p. 618-30, 2002.
- BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 92-99, jan./mar. 2004.
- BEEGON R, BEEGON R, NIAZ MA, SINGH RB. Diet, centralobesity and prevalence of hypertension in the urban population of South Índia. **Int J Cardiol**, v. 51, p. 183-91, 1995.
- BENETTI, M.; NAHAS, M. V.; REBELO, F. P. V.; LEMOS, L. de S.; CARVALHO, T. de. Alterações na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo

do miocárdio, submetidos a diferentes tipos de tratamento. **Revista Brasileira de Atividade & Saúde**, Londrina, v. 6, n. 3, p. 27-33, set./dez. 2001.

BERLINGUER, G. A promoção da saúde. In: _____. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. Salvador: APCE, 1993. cap. X, p. 149-159.

BLOCH, K. V. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes *mellitus*. In: LESSA, I. (Org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 43-72.

BLOCH, K. V.; KLEIN, C. H.; SOUZA e SILVA, N. A. de; NOQUEIRA, A. da R.; CAMPOS, L. H. S. Hipertensão arterial e obesidade na Ilha do Governador - Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 17-22, 1994.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: HUCITEC, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde lembra que Dona Saúde vai entrar na sua casa**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001a.

_____. 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***: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **HIPERDIA**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/hiperdia/hiperdia.php?area=2907A1B0C0D0E0F2907G1628HIJd1L2M0N&VInclude=../site/texto.php>>. Acesso em: 13 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H0I1Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 15 ago. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica – 16. Brasília, 2006c.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Portal do Ministério da Saúde, Brasília, 9 ago. 2007. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2007a.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Portal do Ministério da Saúde, Brasília, 9 ago. 2007. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Informação em saúde. HIPERDIA. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – ES**. Vitória: Datasus. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdes.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Informação em saúde. **População residente – Espírito Santo**. Vitória: Datasus. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/pop.es.def>>. Acesso em: 15 ago. 2007d.

BRITISH HEART FOUNDATION. Physical activity and the heart: an update. Factfile, Londres, abr. 2001. Disponível em:
<http://www.bhsoc.org/bhf_factfiles/bhf_factfile_april_2001.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2007.

BROSNIHAN, K.B.; SENANAYAKE, P.S.; LI, P.; FERRARIO, C.M. *Bi-directional actions of estrogen on the renin-angiotensin system*. **Brazilian Journal Medical Biological Research**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 373-81, apr. 1999.

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

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Rev. Panam. Salud. Publica**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 128-36, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 27-60.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.) **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap. 2, p. 31-76.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 5, p. 653-660, 1998.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. **Public Health Nursing**, v.17, n.6, p.452-459, 2000.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 3. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO; M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 532-38, jul./ago. 2003.

DÍAZ, I. E. F.; FUENTES, A. J. M.; BERTRAND, F. G.; SÁNCHEZ, M. E. D.; MARTÍN, X. X. *Evaluación nutricional antropométrica en ancianos: comportamiento en la hipertensión arterial*. **Rev. Cubana Med. General Integral**, La Habana, v. 20, n. 4, 2004. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_4_04/mgi04404.htm>. Acesso em: 10 ago. 2007.

FAVARATO, M. E. C. de S.; ALDRIGHI, J. M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Rev. Ass. Méd. Brasil**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 339-45, 2001.

FAVARATO, M. E. C. de S.; FAVARATO, D.; HUEB, W. A.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-41, 2006.

FLECK, M. P. de A. (Org.) **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. Rio Grande do Sul: DPML/UFRGS, 1998.

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

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr. 2000.

FLYNN, J. T., ALDERMAN, M. H. Characteristics of children with primary hypertension seen at a referral center, **Pediatr Nephrol**, [S.l.], v. 20, n. 7, p. 961-66, jul. 2005.

FORTES, A. N.; LOPES, M. V. de O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 26-34, jan./mar. 2004.

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

GAYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GIANNINI, S. D. **Aterosclerose e dislipidemias: clínica e terapêutica: fundamentos práticos**. São Paulo: BG Cultural, 1998.

GOLDBAUM, M. Qualidade de vida e saúde: além das condições de vida e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2000.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.14, n. 1, p. 33-6, jan./mar. 2007.

HANSSON, L.; ZANCHETTI, A.; CARRUTHERS, S. G. Et al., Hot study group: effects of intensive blood-pressure lowering and low dose aspirin in patients with

hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. **Lancet**, 1999, n. 352, p. 1755-62.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. *Estúdios sobre el cumplimiento em pacientes en países em desarrollo*. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, [S.l.], v. 116, n. 6, p. 518-34, jun. 1994. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v116n6p518.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

IBGE. **Estatísticas do século XX: saúde**. Rio de Janeiro, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/estatisticas_populacionais.shtm>. Acesso em: 27 jul. 2007.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ISHITANI, L. H.; FRANCO, G. da C.; PERPETUO, I. H. O.; FRANÇA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 648-91, 2006.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E. M. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 232-38, abr./set. 1996.

JARDIM, P. C. B. V.; GONDIM, M. do R. P.; MONEGO, E. M. T.; MOREIRA, H. G.; VITORINO, P. V. de O.; SOUZA, W. K. S. B.; SCALA, L. C. N. *High blood pressure and some risk factors in a Brazilian Capital*. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 398-403, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/en_15.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2007.

JNC - JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. **Cartão de referência do 7TH JNC report**. Bethesda, may 2003. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/phycard.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2005.

KANNEL, W. B. *Historical perspective of hypertension from the Framingham study*. **Rev. Bras. Hipertensão**, Ribeirão preto, v. 13, n. 4, p. 243-48, 2006.

KERR-PONTES, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. Medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 3, p. 37-82.

KLEIN, C. H.; SILVA, N. A. de S.; NOGUEIRA, A. da R.; BLOCH, K. V.; CAMPOS, L. H. S. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 389-94, jul./set., 1995.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-90, 1994.

LACAZ, F. A. de C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7086.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

LACAZ, F. A. de C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7086.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

LERARIO, D. D. G.; GIMENO, S. G.; FRANCO, L. J.; IUNES, M.; FERREIRA, S. R. G. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, fev. 2002.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In: _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998a. cap. 2, p. 29-42.

_____. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*. In: _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998b. cap. 13, p. 223-40.

_____. Perfil das doenças cardiovasculares no Brasil. In: MION JUNIOR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**. São Paulo: Lemos editorial, 1999. cap. 1, p. 15-30.

_____. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, out./dez. 2001. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-4/epidemiologia.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-43, 2003.

LIMA, M. de O. P. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico**. 2006. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LIPP, M.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**. 2 ed. Campinas: Papyrus, [1992?].

LOLIO, C. A. de; PEREIRA, J. C. R.; LOTUFO, P. A.; SOUZA, J. M. P. de. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 357-62, 1993.

LOTUFO, P. A.; LOLIO, C. A. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do estado de São Paulo. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 17. p. 279-88.

MARTINEZ, J. A. D. Tabagismo. In: MION JUNIOR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**. São Paulo: Lemos editorial, 1999. cap. 7, p. 115-39.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Lat.-Americ. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez. 1996.

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

MOLINA, M. del C. B. **Hipertensão arterial e fatores nutricionais: um estudo de base populacional na cidade de Vitória/ES**. 2002. 165f. Tese. [Doutorado em Ciências Fisiológicas] - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2002.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. BL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-58, 2000. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 25 ago. 2007.

MOREIRA, M. M. de S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. 2000. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Área da Saúde Pública) – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

MURRAY, S.; FLEGEL, K. *Chewing the fat on trans fats*. **Canada's Leading Medical Journal**, [S.I.], v. 173, n. 10, p. 1.158, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/10/1158.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2007.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2.ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NAHAS, M. I. P. **Indicadores intra-urbanos como instrumentos de gestão da qualidade de vida urbana em grandes cidades: discussão teórico-metodológica**. Belo Horizonte: IDHS/PUC-MINAS, 2003.

NEUMANN, A.I.C.P. et al. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Rev. Panam. Salud Publica**. Washington, nov. 2007, v. 22, n. 5, p. 329-39.

NEVES, C. Z. **Estudo de caso-controle**: indicadores de obesidade na hipertensão arterial sistêmica. 2003. 33f. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

OIGMAN, W. Redução do risco cardiovascular = Σ pressão arterial + proteção cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 221-22, 2006.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Alma-Ata: OPAS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2005.

_____. **Carta de Ottawa**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986. Ottawa. Ottawa: OPAS, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2007.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OPAS, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/manual_final.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2005.

OPAS. ESTILO DE VIDA. **Saúde coletiva**: temas. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=15&area=Conceito>>. Acesso em: 20 nov. 2005.

ORTEGA, K. C.; MION JUNIOR, D.; NOBRE, F. Hipertensão arterial. In: MION JUNIOR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**. São Paulo: Lemos, 1999. cap. 4, p. 65-76.

PATARRA, N. L. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 61-78.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. **Arq. Brasil. Cardiologia**. 2006, n. 87, p. 462-70.

PEREIRA, R. J. **Análise da qualidade de vida de idosos – Município de Teixeira-MG**. 2005. 176f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2005.

PERIAGO, M. R.; LENFANT, C. *A standart method for meansuring blood pressure in the Americas*. **Revista Panam. Salud Publica**, Danvers, v. 14, n. 5, 2003.

PICON, P. X. et al. Medida da cintura e razão cintura/quadril e identificação de situações de risco cardiovascular: estudo multicêntrico em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arq. Bras. Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v.51, n. 3, p. 443-49, 2007.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, Lauro de Freitas, v. 52, n. 3, p. 157-61, 2006.

PITTA, A. M. F. Qualidade de vida: uma utopia oportuna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2000.

POULTER, N. Global risk o cardiovascular disease. **Heart**, 2003, v. 89, s. II, p. 112-5.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Mortalidade no território da US Maruípe: segundo doença cardiovascular**. Vitória: Datasus, 2006.

_____. Unidades de Saúde. **Unidade de Saúde da Família - Maruípe**. Vitória, 2007. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/unidades.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2007a.

_____. **Levantamento de demandas por equipe**. Vitória: USF Maruípe, jun. 2007b.

PUEYRREDÓN, P.; ROVIROSA, A.; AGÜERO, M. E. T.; UICICH, R. *Ácidos grasos trans: actualizacion y situacion*. **Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 61-68, 1999. Disponível em: <http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/48-acidos_grasos_trans.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2007.

QUALIDADE. In: PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa On-Line**. [S.l.]: Priberam Informática, 2007. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx>. Acesso em: 10 ago. 2007.

RANSONI, R. de M.; COUTINHO, M. S. de A.; PEREIRA, M. R.; SILVA, R. H. da; BECKER, I. C.; SEHNEN JUNIOR, L. Prevalência de obesidade e seus fatores associados na população de Tubarão-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 34, n. 3, p. 57-51, 2005.

REIS, M. G. dos; GLASHAN, R. de Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 51-7, maio 2001.

RIBEIRO, A. B. Avaliação da hipertensão arterial no adulto. **Projeto “evolução em hipertensão arterial”**. São Paulo: UNIFESP/EPM, v. 1, 1999.

ROMEO FILHO, L. J. M. Análise crítica das diretrizes da SBC na hipertensão para 2004. Programa de educação continuada. Ribeirão Preto: SBC, ano 3, m. 1, n. 8, p. 10-21, 2004.

SAUPE, R.; BROCA, G. S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidados a pessoas com hemodiálise. **Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 100-6, jan./mar. 2004.

SBC. **IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial: prevenção da hipertensão e dos fatores de risco associados**. Ribeirão Preto: SBC, 2002. cap. 9, p. 30-31.

_____. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Ribeirão Preto, v. 82, 2004. suplemento IV.

SCHRON, E. B.; JENKINS, L. S. *Quality of life in older patients with atrial fibrillation*. **Am. J. Geriatric. Cardiol.**, Baltimore, v. 14, n. 2, p. 87-90, dez. 2005. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/502455_print>. Acesso em: 12 ago. 2007.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-88, mar./abr. 2004.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p: 538-42, out. 1997.

SELYE, H. *Lê syndrome general d'adaptation et les maladies de l'adaptation*. In: CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

SILVA, C. A.; WANDERLEY, C.; ROCHA, E.; SANTOS, F.; MARTINS, I.; BASTOS, L.; SACRAMENTO, M. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: orientação para o autocuidado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 1, n. 30, p. 179-88, jan./jun. 2006.

SILVA, I. de O. da. **Influência de fatores socioeconômicos no risco cardiovascular no município de Vitória-ES**. 2002. 186f. Tese (Doutorado em Ciências Fisiológicas) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2002.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 333-35, 2004.

SILVA JUNIOR, J. B. da; GOMES, F. de B.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 289-311, 2003.

SOARES, J. F., SIQUEIRA, A. L. **Introdução à estatística Médica**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2002.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: individual ou coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2000.

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

TOSCANO, J. J. de O. **Atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos do sexo feminino**. 2005. 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Núcleo de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2005.

TRENTINI, M.; D. G. V. da; MARTINS, C. R.; ANTONIO, M. C.; TOMAZ, C. E.; DUARTE, R. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes *mellitus*. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 20-27, jul. 1990.

TREVIZAN, S. dal P. Ciência, meio ambiente e qualidade de vida: uma proposta de pesquisa para uma universidade comprometida com sua comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 179-86, 2000.

VAROTO, V. A. G.; TRUZZI, O. M. S.; PAVARINI, S. C. I. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 107-14, jan./mar. 2004.

VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 44, n. 4, p. 349-60, jul./ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2006.

VELASCO, M.; LEZAMA, E.; CONTRERAS, F.; HERNÁNDEZ, R.; HERNÁNDEZ, M. J.; ALCOCER, L.; REYES, A. *Semipersonalized psychological evaluation of quality of life of hypertensive patients in a trial with two calcium antagonists: a multicenter latinamerican study (lastlhy)*. **Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica**, Caracas, v. 19, n. 2, jul. 2000. Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642000000200010&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2007.

VIANA, S. M.; BARATA, R. B.; SANTOS, J. R. S.; NUNES, A. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.

VIDA. In: PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa On-Line**. [S.l.]: Priberam Informática, 2007. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx>. Acesso em: 10 ago. 2007.

WHO. *Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional states*. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 64, n. 6, p. 929-41, 1986. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1986/Vol64-No6/bulletin_1986_64\(6\)_929-941.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1986/Vol64-No6/bulletin_1986_64(6)_929-941.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2005.

_____. **Whoqol-bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**. Geneva: WHO, 1996.

_____. **Whoquol: measuring quality of life**. Geneva: PMH, 1997.

_____. **Health Promotion glossary**. Geneva: HPR/HEP, 1998.

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de Qualidade de Vida – OMS (WHOQOL - *bref*)

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

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

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

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim, nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria a	1	2	3	4	5

	sua qualidade de vida?					
--	------------------------	--	--	--	--	--

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

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

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

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

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

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

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

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

		muito satisfeito	insatisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

ANEXO B - Sintaxe para o Programa SPSS para Análise do Instrumento WHOQOL-bref

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF (prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores

Check all 26 items from assessment have a range of 1-5

```
RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17
Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26
(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYMSIS).
(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)
```

Reverse 3 negatively phrased items

```
RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)
(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)
```

Compute domain scores

```
COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4.
COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4.
COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4.
COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.
(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The ".6" in "MEAN.6" specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)
```

Transform scores to 0-100 scale

```
COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16).
COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16).
COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16).
COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)
```

Delete case with > 20% missing data

```
COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)
```

(This command creates a new column "total". "Total" contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The "Q1 TO Q26" means that consecutive columns from "Q1", the first item, to "Q26", the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)

```
SELECT IF (TOTAL>21).
```

EXECUTE (This second command selects only those cases where "total", the "total number" of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)

ANEXO C - Normas para aferição da pressão arterial não invasiva, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão

Procedimento da medida da pressão arterial

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientar que não fale e deixar que descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco.
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes, e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente (tabela 2), cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com a velocidade inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar a congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica, diastólica e zero.
10. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

ANEXO D – Carta de Liberação para Pesquisa com WHOQOL Traduzido para a Língua Portuguesa

Susana Bubach <sbubach@gmail.com>

Tue, Dec 13, 2005 at 6:46 PM

To: Marcelo Pio de Almeida Fleck <mfleck.voy@terra.com.br>

Gostaria de saber se preciso fazer algo formal, declaração, para solicitar autorização para utilizar o WOQOL-bref em minha pesquisa?

Se sim, por favor, me indique como.

Desde já agradeço.

Susana Bubach

Marcelo Pio de Almeida Fleck <mfleck.voy@terra.com.br>

Tue, Dec 13, 2005 at 11:19 PM

To: Susana Bubach <sbubach@gmail.com>

Prezada Suzana

O WHOQOL tem uso liberado para pesquisa acadêmica.

Atenciosamente

Marcelo Fleck

[Quoted text hidden]

[Quoted text hidden]

E-mail classificado pelo Identificador de Spam Inteligente.

Para alterar a categoria classificada, visite o [Terra Mail](#)

Esta mensagem foi verificada pelo [E-mail Protegido Terra](#).

Scan engine: McAfee VirusScan / Atualizado em 13/12/2005 / Versão: 4.4.00/4649

Proteja o seu e-mail Terra: <http://mail.terra.com.br/>

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG Free Edition.

Version: 7.1.371 / Virus Database: 267.13.13/199 - Release Date: 13/12/2005

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário para Verificação dos Fatores de Risco Cardiovascular

Data: ___ / ___ / ___

Equipe: ___ Microárea: ___ Família: ___

A) IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

1. Data de nascimento: ___ / ___ / _____

2. Idade: _____ anos

3. Sexo: () feminino () masculino

4. Endereço: _____

5. Telefone: _____

6. Estado civil:

() solteiro(a) () casado(a) () separado(a) () viúvo(a)

() convivência estável

7. Naturalidade (município/estado): _____

8. Religião/crença: _____

9. Grau de instrução:

() analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo

() médio incompleto () médio completo () superior incompleto

() superior completo

10. Qual a sua formação profissional? _____

11. Qual a sua atividade econômico-ocupacional atualmente? _____

12. Situação empregatícia:

() trabalho com carteira () trabalho informal () aposentado () desempregado

() pensionista

13. Renda mensal da família: _____ reais

14. Quantas pessoas vivem na casa: _____

15. Quantos filhos: _____

16. Mora de:

() aluguel () casa própria () com amigos () de favor () com os pais

**B) FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS
E PRESSÃO ARTERIAL**

- ✓ Estatura: _____cm
- ✓ Peso corporal: _____kg
- ✓ Circunferência cintura: _____cm
- ✓ Circunferência quadril: _____cm
- ✓ Pressão arterial 1.^a _____ / _____mmHg
- ✓ Pressão arterial 2.^a _____ / _____mmHg

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Informado

Concordo com a participação no projeto de pesquisa abaixo discriminado:

Associação entre fatores de risco/qualidade de vida e o controle da pressão arterial em hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde da família, Vitória, ES.

Responsável: Susana Bubach

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina Araújo de Oliveira

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

Objetivo geral:

Investigar a associação entre fatores de risco/qualidade de vida e o controle da pressão arterial em hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade de Saúde da Família (USF) Maruípe, no município de Vitória-ES.

- Serão sujeitos da pesquisa hipertensos residentes no município de Vitória, cadastrados na USF Maruípe.
- Serão aplicados dois formulários, sendo um sobre qualidade de vida e outro sobre fatores de risco cardiovascular com realização de medidas da pressão arterial não-invasiva, da cintura e do quadril, do peso e da estatura.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação, que ficará disponível na biblioteca da UFES. Também serão apresentados em Congressos e publicados em artigos de periódicos especializados, com vistas a contribuir para o corpo de conhecimento que se tem produzido sobre o assunto pesquisado, bem como auxiliar na construção de estratégias de intervenção que visem melhorar a saúde de pessoas hipertensas.
- A identidade dos participantes será mantida em sigilo.

Quaisquer dúvidas, contatar a pesquisadora Susana Bubach (27 - 8113-3961/ 3226-8791) ou a orientadora Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina Araújo de Oliveira (27 - 3335-7287).

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Declaro estar ciente dos objetivos desta pesquisa, autorizo a publicação dos dados obtidos pela pesquisadora, desde que seja garantido o sigilo da minha identidade.

Estando assim de acordo, assino o presente termo de compromisso.

Participante

Susana Bubach
Pesquisadora

Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina Araújo de Oliveira
Orientadora da pesquisa

Vitória, ____ de _____ de 2006.

APÊNDICE C – Resultado da avaliação da Qualidade de Vida em percentual por questão do *WHOQOL-bref*

		muito ruim	ruim	nem ruim, nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	2,11	6,65	34,44	50,15	6,65

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	2,11	12,69	22,96	53,47	8,76

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	29,31	18,13	19,03	15,71	17,82
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	7,25	27,49	32,93	25,38	6,95
5	O quanto você aproveita a vida?	13,29	20,54	27,79	31,72	6,65
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,02	6,65	17,82	45,92	26,59
7	O quanto você consegue se concentrar?	3,93	10,27	29,00	44,11	12,69
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	4,83	12,69	31,42	3,97	12,08
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	7,85	8,76	27,19	45,02	11,18

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	2,42	9,97	31,12	35,95	20,54
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,32	9,37	26,28	26,28	34,74
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	15,41	29,91	39,88	7,25	7,55
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,93	17,22	38,37	22,66	17,82
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	22,36	26,28	23,87	19,34	8,16

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

		muito ruim	ruim	nem ruim, nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	5,74	10,27	22,96	42,6	18,43

		muito satisfeito	insatisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	2,72	14,50	19,94	48,34	14,5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	0,91	11,78	13,90	61,63	11,78
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1,81	11,78	12,08	61,03	13,29
19	Quão satisfeito(a)	1,51	8,46	16,31	51,66	22,05

	você está consigo mesmo?					
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1,21	3,32	13,90	61,03	20,54
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	5,44	7,55	25,68	47,43	13,90
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1,21	3,02	12,99	58,91	23,87
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1,81	7,85	15,11	53,47	21,75
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1,51	7,55	13,60	60,12	17,22
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	3,32	10,27	12,99	65,56	7,85

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

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	24,47	31,42	12,08	19,64	12,39