

Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica: variáveis associadas à Qualidade de Vida de pacientes¹

Maria Alice Balbino de Carvalho²
Ananda Vieira Moraes³
Marina Mendes Soares⁴
Suely Maria Rodrigues⁵
Leonardo Oliveira Leão e Silva⁶
Ana Maria de Oliveira Cintra⁷
Gilvan Ramalho Guedes⁸
Carlos Alberto Dias⁹

Resumo:

Objetivando identificar fatores associados à Qualidade de Vida (QV) de indivíduos de meia idade e idosos portadores da Hipertensão Arterial Sistêmica, realizou-se este estudo transversal, descritivo, quantitativo, entrevistando 104 hipertensos assistidos pelas ESFs de Governador Valadares-MG. Para análise dos dados utilizou-se o *software Sphinx Lexica* e o teste do *Qui²*. Pode-se inferir que o nível de interesse sexual e a ocorrência de sintomas depressivos estão estatisticamente relacionados com o nível de QV dos hipertensos. Em decorrência, a redescoberta do sentido da vida e desenvolvimento de recursos pessoais de enfrentamento desses sintomas são fundamentais para a melhoria da QV de hipertensos.

Palavras chave:

Hipertensão Arterial Sistêmica, Qualidade de Vida, Adesão ao Tratamento.

Sessão Temática:

Demografia.

¹ Este artigo é um recorte da pesquisa "Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento", apoiada pelo CNPq Processo 401288/2013-7, pela FAPEMIG com concessão de Bolsas de Iniciação Científica e pela CAPES com concessão de Bolsa de Mestrado (PROSUP).

² Graduanda em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PIBIC/FAPEMIG

³ Graduanda em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PIBIC/FAPEMIG

⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PROSUP(CAPES)

⁵ Doutora em Saúde Coletiva, professora do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce

⁶ Doutorando em Saúde Coletiva, professor da Universidade Federal de Juiz de Fora

⁷ Doutora em Saúde Pública, professora da Universidade Federal de São João Del Rei

⁸ Doutor em Demografia, professor da Universidade Federal de Minas Gerais

⁹ Doutor em Psicologia, professor da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, assintomática e multifatorial, frequentemente associada a alterações metabólicas, hormonais e a hábitos de vida não saudáveis. Esta tem alta prevalência e baixas taxas de controle sendo caracterizada pela elevação da Pressão Arterial (PA), considerada como um dos principais fatores de risco para complicações renais, cardíacas e cerebrovasculares (MIRANZI *et al.*, 2008).

Estudos demonstram que a HAS tem alta prevalência no Brasil, variando entre 14 e 34% nos adultos (GUS *et al.*, 2004; LESSA *et al.*, 2006; NUNES FILHO *et al.*, 2007). O número estimado de indivíduos com HAS é de aproximadamente 18 milhões, sendo que apenas 30% destes, controlam a PA. De acordo com dados apresentados pelo Ministério da Saúde, em 2012, ocorreram 154.919 internações relacionadas com a hipertensão, levando a um número considerável de recursos gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além das questões relacionadas ao bem estar dos indivíduos, os custos financeiros gerados por esta doença corroboram para que a HAS seja considerada um dos principais problemas de Saúde Pública.

De acordo com Pires *et al.* (2008), a adesão ao tratamento da HAS é um processo complexo, influenciado por fatores ambientais, individuais, da assistência prestada pelos profissionais de saúde, envolvendo as dimensões biológicas, sociológicas, psicológicas e culturais. Entende-se que os pacientes que têm a PA bem controlada são aqueles que mantêm uma boa aderência ao tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso. Aqueles que não têm a sua PA sob controle são os que têm uma adesão ao tratamento passível de questionamentos (SILVA, 2009).

O Brasil vivencia, atualmente, um processo de envelhecimento populacional, ocasionado pela transição demográfica e epidemiológica. Em decorrência desta mudança, atenção diferenciada deve ser dada aos sujeitos pertencentes às faixas etárias mais susceptíveis à doença. Se por um lado é na terceira idade que aumenta o risco de doenças crônicas, com destaque para as cardiovasculares associadas à HAS, por outro, é nas fases anteriores do ciclo da vida, sobretudo na Meia Idade, que são estruturados comportamentos que contribuem para a adesão ou não ao tratamento desta doença. Este fato faz com que seja necessário que os profissionais de saúde procurem conhecer, em profundidade, o modo como os hipertensos pertencentes a diferentes faixas etárias percebem a doença e a terapêutica.

A não compreensão da gravidade da doença pelo paciente, diante de outras tantas dificuldades, prejudica a realização do tratamento. Essa situação sugere a necessidade de mudança no enfoque de educação em saúde e na utilização de uma linguagem comum entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Conhecer melhor o hipertenso, seus valores, crenças, estilo de vida e percepções em relação ao processo saúde e doença é uma estratégia eficaz na melhoria da qualidade de vida (QV) destes indivíduos (BRITO *et al.*, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), qualidade de vida corresponde à “percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Pacientes hipertensos possuem uma diminuição significativa na QV quando comparados aos normotensos. Neste contexto as mulheres tendem a ser as mais atingidas sendo verificado danos frequentes em seus órgãos vitais, devido a elevação da frequência cardíaca e ao aumento e excesso de peso (GUSMAO, 2009).

Estudos apontam que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas têm maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão. Tais estudos sugerem que esses indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, apresentariam dificuldades no manejo da doença comprometendo a adesão ao tratamento e conseqüentemente afetando sua QV. De acordo com a literatura, a HAS é uma doença que, independentemente da faixa etária e da Etiologia, causa impacto negativo na vida do indivíduo (TREVISOL *et al.*, 2008).

Avaliar a QV nos hipertensos tornou-se de grande importância na proposta de tratamento da doença. Estudos demonstram que a falta de equilíbrio, a tontura e a nictúria podem ser conseqüências da hipertensão e que isso poderia piorar a qualidade de vida do paciente (GUSMAO, 2009).

Miranzi *et al.* (2008) afirmam que os aspectos que mais colaboram para uma avaliação positiva da QV são: ter boas relações sociais, boa autoestima e conviver em um ambiente agradável. Já dentre os aspectos que menos contribuem estão: atividade sexual, dor e desconforto com alguma coisa, sentimentos negativos e atividades de recreação e lazer.

Considerando a relevância do tema, o presente estudo tem como objeto identificar os fatores associados à QV de indivíduos de meia idade e idosos portadores da HAS.

METODOLOGIA

Este é um estudo de modelo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, que apresenta resultados preliminares obtidos a partir de dados coletados junto a 104 sujeitos participantes de uma pesquisa cuja amostra final é constituída por 640 hipertensos funcionalmente independentes, de ambos os sexos, cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) da zona urbana do município de Governador Valadares.

Este Município está localizado na região leste do Estado de Minas Gerais cuja população é de 263.689 habitantes, sendo que a maioria (95%) vive em perímetro urbano (IBGE, 2010). Neste, a população feminina corresponde a 138.452 habitantes (52,5%), e a masculina, a 125.237 habitantes (47,4%) sendo todos assistidos por 37 ESFs e 4 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACs).

Foram incluídos os hipertensos com idade de 40-59 anos (Meia Idade) e 60 anos ou mais (Idosos), que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos por período superiores a seis meses, sorteados aleatoriamente. Para a ocorrência do sorteio fez-se um levantamento do número de pacientes cadastrados nas ESFs, distribuídos nas cinco faixas etárias, a saber: 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais.

Em seguida procedeu-se ao cálculo proporcional por ESF de sujeitos de cada faixa etária a serem incluídos na amostra. O número de participantes por faixa etária de cada ESF ficou determinado conforme a TABELA 1.

Foram realizadas visitas às Unidades de Saúde participantes para levantar dados dos usuários hipertensos cadastrados e sorteados para compor a *Amostra*, em conformidade

com as seguintes variáveis: Nome, Endereço, Idade, Sexo, ESF de cadastro e data dos últimos cuidados. Uma vez identificados os participantes da pesquisa, realizou-se visita domiciliar para a coleta dos dados. Neste ambiente foi identificado um local que garantisse maior privacidade e sigilo ao entrevistado.

TABELA 1 - Números amostrais dos Hipertensos cadastrados nas Unidades de Saude da Zona Urbana do Municipio de Governador Valadares - 40 anos ou mais

ESF e PACS	Faixas etarias										Sub-Total	
	40-49	n	50-59	n	60-69	n	70-79	n	80 e +	n	População	Amostra
ESF Altinopolis 1	60	2	113	4	98	3	84	3	37	1	392	13
ESF Altinopolis 2	51	2	94	3	106	4	103	4	33	1	387	14
ESF Altinopolis 3	73	3	119	4	152	5	105	4	50	2	499	18
ESF Altinopolis 4	49	2	94	3	123	4	109	4	53	2	428	15
ESF Atalaia	68	2	121	4	123	4	75	3	27	1	414	15
ESF Azteca	58	2	141	5	131	5	85	3	34	1	449	16
ESF Bela Vista	40	1	91	3	97	3	65	2	22	1	315	11
ESF Caic 1	59	2	92	3	97	3	69	2	33	1	350	12
ESF Caic 2	49	2	90	3	80	3	58	2	25	1	302	11
ESF Carapina 1	69	2	91	3	109	4	77	3	38	1	384	14
ESF Carapina 2	22	1	26	1	36	1	23	1	30	1	137	5
ESF Fraternidade	58	2	109	4	113	4	79	3	43	2	402	14
ESF Ipê	49	2	93	3	139	5	80	3	32	1	393	14
ESF Jardim do Trevo	46	2	90	3	111	4	63	2	32	1	342	12
ESF Jardim Primavera	42	1	95	3	96	3	97	3	45	2	375	13
ESF Mae de Deus 1	33	1	84	3	85	3	59	2	23	1	284	10
ESF Mae de Deus 2	41	1	69	2	85	3	82	3	17	1	294	10
ESF Nova JK 1	54	2	86	3	87	3	55	2	25	1	307	11
ESF Nova JK 2	44	2	100	4	82	3	71	3	36	1	333	12
ESF Novo Horizonte	63	2	112	4	100	4	62	2	23	1	360	13
ESF Santa Efigenia	33	1	77	3	65	2	53	2	29	1	257	9
ESF Santa Helena 1	40	1	78	3	101	4	83	3	36	1	338	12
ESF Santa Helena 2	46	2	83	3	143	5	106	4	47	2	425	15
ESF Santa Paula	66	2	105	4	87	3	91	3	42	1	391	14
ESF Santa Rita 1	79	3	128	5	127	5	98	3	71	3	503	18
ESF Santa Rita 2	86	3	155	6	167	6	149	5	103	4	660	23
ESF Santa Rita 3	50	2	89	3	59	2	56	2	22	1	276	10
ESF Santa Rita 4	49	2	71	3	58	2	40	1	19	1	237	8
ESF Santa Teresinha	69	2	167	6	171	6	143	5	109	4	659	23
ESF Santos Dumond	80	3	97	3	112	4	80	3	30	1	399	14
ESF São Pedro	26	1	57	2	80	3	74	3	45	2	282	10
ESF Sir 1	60	2	138	5	120	4	74	3	34	1	426	15
ESF Sir 2	55	2	162	6	135	5	105	4	53	2	510	18
ESF Turmalina 1	63	2	125	4	100	4	81	3	32	1	401	14
ESF Turmalina 2	37	1	58	2	53	2	42	1	15	1	205	7
ESF Turmalina 3	47	2	72	3	68	2	60	2	26	1	273	10
ESF Vila do Sol	60	2	111	4	88	3	80	3	25	1	364	13
ESF Vila dos Montes	44	2	115	4	113	4	82	3	30	1	384	14
ESF Vila Park Ibituruna	40	1	103	4	111	4	110	4	62	2	426	15
PACS N. S. das Gracas	83	3	249	9	334	12	339	12	212	8	1217	43
PACS São Paulo	104	4	214	8	286	10	235	8	143	5	982	35
PACS Jardim Perola	117	4	285	10	396	14	309	11	177	6	1284	46
Sub-Total	2362	84	4649	165	5024	178	3991	142	2020	72	18046	640

Buscando testar o método de trabalho e as fontes de informações aplicáveis à pesquisa, um estudo piloto foi realizado. Aplicaram-se os instrumentos de coleta em dez hipertensos que possuíam as faixas etárias delimitadas no estudo. Foram utilizados todos os critérios de inclusão, não sendo os dados coletados nessa etapa considerados para o estudo principal. Segundo Gil (2002) a importância do Estudo Piloto consiste na possibilidade de verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Foram excluídos da pesquisa sujeitos que possuíam algum déficit cognitivo bem como os indivíduos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais cujo estado funcional se enquadrava na categoria parcialmente independente e totalmente dependente. Foram também excluídos os pacientes que embora tenham aceitado participar da pesquisa, se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista guiada por um Roteiro Estruturado de Entrevista. Este se constituiu em um conjunto de questões agrupadas sobre os seguintes temas: Características Pessoais (idade, data de nascimento, sexo, etnia/raça, estado civil, escolaridade, ocupação); Classificação socioeconômica; Avaliação da adesão ao tratamento e fatores associados (tabagismo, prática de exercícios físicos, características do acesso e atendimento ao serviço de saúde e relação com os profissionais de saúde); e, Práticas Comportamentais dos hipertensos com relação a doença, ao tratamento e ocorrência de sintomas depressivos.

Para determinação das condições socioeconômicas foi adotado os critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Esse critério de classificação se fundamenta em um sistema de pontos, baseado na escolaridade e posse de itens (TV, radio, banheiro, automóvel, empregada doméstica mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete ou DVD, geladeira, freezer independente) variando da classe A1, que possui as melhores condições socioeconômicas, à classe E condição socioeconômica mais desfavorável.

Para avaliação da adesão ao tratamento, além de entrevista estrutura, foi utilizado o questionário de Morisky Green (1986). Este consiste em um instrumento contendo quatro questões que verificam se o paciente esqueceu-se de administrar seu medicamento, se administrou na hora prescrita e se deixou de administrar por sentir-se melhor ou pior. As respostas são pontuadas em sim e não, sendo atribuído o valor de 1 para cada resposta afirmativa (em relação à não-adesão) e zero para as negativas (em relação à adesão). Escore zero indica máxima adesão, de 1 a 2, moderada adesão e de 3 a 4, baixa adesão.

O questionário de MINICHAL-BRASIL foi utilizado para avaliação da QV. Este foi desenvolvido na Espanha em 2001 e contém 17 itens. Dez referem-se ao domínio do “estado mental” (state of mind) e seis a “manifestações somáticas” (somatic manifestations). O último item avalia a percepção geral de saúde do paciente. Este é pontuado na mesma escala Likert, porém não se inclui em nenhum dos dois domínios. As questões se referem aos últimos sete dias. A escala de pontuação é do tipo Likert com quatro possíveis respostas (0=não, absolutamente; 1=sim, um pouco; 2=sim, médio; 3=sim, muito). Os pontos variam de 0 (melhor nível de saúde) a 30 (pior nível de saúde) para a dimensão “estado mental”. Para a dimensão “manifestações somáticas” variam de 0 (melhor nível de saúde) a 18 (pior nível de saúde) (SCHULZ, 2008). Efetivamente, com base na Média e Desvio Padrão obtidos pelo grupo, construiu-se uma escala de três níveis de QV aos quais foram associados os sujeitos entrevistados.

Para a avaliação da depressão, foi utilizado o BDI (Beck Depression Inventory) em sua versão traduzida e validada para o português. O instrumento contém 21 itens, incluindo os sintomas e as atitudes, cuja intensidade varia de zero (0) a três (3). O total possível para a escala varia de zero a 63. Quanto mais elevados os valores obtidos pelo entrevistado, maior é a probabilidade da ocorrência de sintomas depressivos.

Com o objetivo de apresentar fidelidade quanto ao registro das respostas fornecidas pelos participantes, as entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador de voz digital, mediante consentimento dos participantes. As entrevistas foram transcritas pelos pesquisadores após a sua realização.

A utilização do programa *Sphinx Lexica* permitiu a obtenção do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, a realização do cálculo da distribuição de frequência, e, a avaliação do grau de dependência entre as variáveis identificadas com base no teste Qu^2 . O uso desse teste tende a ser recomendado quando se pretende estabelecer possíveis relações causais entre variáveis que apresentam frequências diferentes.

O desenvolvimento deste estudo respeitou todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Para o desenvolvimento deste trabalho, foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Governador Valadares, responsável pelas Unidades de ESF selecionadas. O projeto também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vale do Rio Doce (Parecer nº 002/2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Qualidade de Vida de hipertensos

Segundo a literatura o tipo de comportamento, sua topografia e as condições na qual é emitido, ambiente/contexto, são variáveis extremamente importantes a serem consideradas quando o tema versa sobre a saúde dos indivíduos. O entendimento de que os problemas orgânicos não são derivados apenas do aparato biológico é reforçado por Braga e Kerbauy (1999, p. 135) ao afirmarem que “o comportamento participa da modulação dos estados biológicos”.

Neste sentido, é correto afirmar que as características relacionadas ao paciente, como idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, além de aspectos culturais, crenças e contexto socioeconômico tendem a interferir na QV dos indivíduos. A avaliação por meio de instrumentos que possam quantificá-la reveste-se de importância para os estudos da condição de saúde das pessoas (CAVALCANTE *et al.*).

Tomando-se como referência os resultados obtidos no teste de Minichal-Brasil, os entrevistados foram associados a três grupos: G1 (QV Ótima) com 35 indivíduos; G2 (QV Mediana) com 39 indivíduos; G3 (QV Péssima) com 30 indivíduos com.

Perfil Sociodemográfico dos hipertensos

Como indicado na TABELA 2, a maioria dos hipertensos participantes deste estudo são mulheres (81,7%), indivíduos que vivem em regime de união estável (53,8%), sem vínculo empregatício (51,9%), de etnia branca/parda (77,9%) e pertencentes à classe socioeconômica C (62,5%).

TABELA 2 - Fatores sociodemográficos associados ao nível de Qualidade de Vida em indivíduos Hipertensos em Governador Valadares

Fatores sociodemográficos associados	Geral		G1		G2		G3	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sexo								
Masculino	19	18,3	6	17,1	12	30,8	1	3,3
Feminino	85	81,7	29	82,9	27	69,2	29	96,7
Estado Civil								
Casado	56	53,8	18	51,4	25	64,1	13	43,3
Solteiro	7	6,7	4	11,4	0	0,0	3	10,3
Viúvo	29	27,9	11	31,4	10	25,6	8	26,7
União consensual	6	5,8	1	2,9	1	2,6	4	13,3
Separado	6	5,8	1	2,9	3	7,7	2	6,7
Situação de Trabalho								
Em Exercício	20	19,2	6	17,3	6	15,4	8	26,7
Sem Vínculo	54	51,9	17	46,2	18	46,2	19	63,3
Aposentado	30	28,8	12	34,3	15	38,5	3	10,0
Cor/Raça								
Branca/Parda	81	77,9	30	85,7	32	82,1	19	63,3
Negra	23	22,1	5	14,3	7	17,9	11	36,7
Classificação Econômica								
A	1	1,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0
B	11	10,6	6	17,1	3	7,7	2	6,7
C	65	62,5	23	65,7	26	66,7	16	53,3
D	25	24,0	5	14,3	9	23,1	11	36,7
E	2	1,9	0	0,0	1	2,6	1	3,3

Fonte: Pesquisa de Campo – 2014

Casos Válidos: 104

Com relação aos grupos G1, G2 e G3, a maioria dos sujeitos é do sexo feminino (82,9%; 69,2%; 96,7% respectivamente), classe socioeconômica C (65,7%; 66,7%; 53,3%), de etnia branca/parda (85,7%; 82,1%; 63,3%). Nestes prevalecem os casados (51,4%; 64,1%; 43,3%) e sem vínculo empregatício (46,2%; 46,2%; 63,3%).

Além das mulheres serem mais propensas a desenvolverem a HAS, também apresentam os piores níveis de qualidade de vida ($Qu^2 = 8,59$, $gl = 2$, $1-p = 98,64\%$). Estudos relatam que mulheres têm uma pior pontuação no domínio “estado mental” por se referirem a sentimentos de insatisfação e frustração, o que influi negativamente na QV. Além disso, homens têm melhor capacidade para tolerar doenças crônicas sem serem afetados emocionalmente (YOUSSEF *et al.*, 2005).

Estudos indicam existir maior comprometimento da QV dos indivíduos idosos do sexo feminino em todos os domínios. As hipóteses explicativas para tais achados estão relacionadas primeiramente aos novos papéis assumidos pelas mulheres na sociedade e na família, que podem influenciar na forma como elas percebem sua condição de saúde. Além disso, há evidências de que as mulheres possuem maior predisposição em desenvolver doenças crônicas, tais como a HAS (RODRIGUES, 2005).

Os dados deste estudo indicam que a classe socioeconômica não interferiu significativamente na QV dos entrevistados ($Qu^2 = 9,16$, $gl = 8$, $1-p = 67,14\%$). Sabe-se

que a HAS é um fator de risco independente para as doenças cardíacas (BRASIL, 2002). A literatura relata ainda que a classe socioeconômica poderia impor aos indivíduos um estilo de vida, resultando no acúmulo de alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares e conseqüentemente, interferir na QV destes (DRAGANO *et al.*, 2007).

Quanto ao estado civil, Otero *et al.* (2007) consideram que este influencia na dinâmica familiar e no auto-cuidado. Para os idosos, a composição familiar pode ser um fator decisivo pela falta de estímulo ao auto-cuidado e ao asilamento.

Nesse estudo os achados são divergentes daqueles encontrados por Lessa (2010), segundo o qual a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor negra.

Qualidade de Vida e fatores intervenientes

A QV é um termo subjetivo que sofre influência de inúmeras variáveis que fazem parte do dia a dia de cada indivíduo, bem como de fatores inerentes ao ser humano. O conceito QV relacionado à saúde procura limitar esses fatores para aqueles mais ligados à condição física, psíquica e social de cada indivíduo (SCHULZ, 2008). Nessa perspectiva, vários estudos têm mostrado uma redução da QV de hipertensos quando comparados aos normotensos (WANG R *et al.*, 2009).

Contudo, esse assunto ainda apresenta algumas lacunas a serem esclarecidas na literatura científica, principalmente em relação à forma de avaliação da QV, bem como a intervenção terapêutica não medicamentosa como forma de controle da HAS em indivíduos que a possuem.

Em relação aos entrevistados foram avaliados os fatores de adesão ao tratamento, prática de exercícios físicos, classificação do BDI, seu atual interesse sexual e consumo de álcool.

Conforme apresentado na TABELA 3, observou-se que 52 (50%) entrevistados foram classificados com máxima adesão ao tratamento, 41 (39,8%) praticam exercícios físicos rotineiramente, 50 (48%) possuem sintomas mínimos de depressão, 47 (44,8%) perderam completamente o interesse sexual e apenas 6 (5,8%) fazem uso de bebida alcoólica.

No que diz respeito aos indivíduos associados ao G1, observa-se que a maioria é caracterizada pela máxima adesão ao tratamento (65,7%), prática reduzida de exercícios físicos (51,4%), classificação do BDI mínima (88,6%), baixo consumo de álcool (74,3%) e significativa redução do interesse sexual (71,6%).

Quanto aos indivíduos associados ao G2, a maioria são classificados como máxima adesão ao tratamento (53,8%), não praticam exercícios físicos (59%), sofreram mudanças no interesse sexual (69,2%) e não fazem uso de bebida alcoólica (97,4%). Parcela significativa de indivíduos deste grupo apresenta nível leve de depressão (43,6%).

Os entrevistados associados ao G3, em sua maioria, possui moderada adesão ao tratamento (56,7%), não pratica exercícios físicos (73,3%), perdeu o interesse sexual (50%) e não consome álcool (90%). Uma parcela significativa apresenta nível de depressão moderada (43,3%).

TABELA 3 – Fatores associados à Qualidade de Vida da HAS, pacientes residentes em Governador Valadares - MG

Fatores associados à Qualidade de Vida ligados ao paciente	Geral		G1		G2		G3	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Adesão ao tratamento								
Máxima Adesão	52	50,0	23	65,7	21	53,8	8	26,7
Moderada Adesão	44	42,3	11	31,4	16	41,0	17	56,7
Baixa Adesão	8	7,7	1	2,9	2	5,1	5	16,7
Exercícios Físicos								
Sim	41	39,4	17	48,6	16	41,0	8	26,7
Não	63	60,6	18	51,4	23	59,0	22	73,3
Classificação BDI								
Mínimo	50	48,1	31	88,6	16	41,0	3	10,0
Leve	28	26,9	3	8,6	17	43,6	8	26,7
Moderado	19	18,3	1	2,9	5	12,8	13	43,3
Grave	7	6,7	0	0,0	1	2,6	6	20,0
Interesse Sexual								
Sem Mudança	32	30,5	10	28,6	12	30,8	10	33,3
Mudança	18	17,1	12	34,3	4	9,0	2	6,7
Muita Mudança	8	7,6	1	2,9	4	9,0	3	10,0
Perdi Interesse	47	44,8	12	34,2	20	51,2	15	50,0
Alcôol								
Sempre	6	5,8	5	14,3	0	0,0	1	3,3
As vezes	7	6,7	4	11,4	1	2,6	2	6,7
Nunca	91	87,5	26	74,3	38	97,4	27	90,0

Fonte: Pesquisa de Campo – 2014
Casos Válidos: 104

Neste estudo, percebe-se que os indivíduos classificados com QV ótima, possuem maior facilidade em cumprir as orientações dos profissionais de saúde estando, em decorrência, classificados no nível de adesão máxima. Em contrapartida, a maioria dos classificados com QV péssima possuem moderada adesão. Estes dados indicam que existe uma correlação significativa entre QV e adesão ao tratamento ($Qu^2 = 12,10$, $gl = 4$, $1-p = 98,34\%$). Como descrito na literatura, os dados sugerem que os cuidados inadequados com a doença comprometem a adesão ao tratamento e consequentemente a QV dos pacientes (TREVISOI *et. al.*, 2008).

Segundo a literatura, concomitante à terapêutica para o controle da HAS, os indivíduos devem adotar um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a doença. Entretanto, no acompanhamento à saúde dos pacientes, segundo se observa, é grande a dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessários, constitui-se em uma decisão pessoal (BRITO *et al.*, 2008).

Diante desses fatos, é cada vez mais frequente o interesse pelo assunto e a produção de pesquisas sobre avaliações da QV e sobre a influência da doença nas condições emocionais do paciente.

Quanto aos exercícios físicos, observa-se que a maioria (51,4%) dos hipertensos do G1 relata fazer alguma atividade física. Bunchen (2013) verificou em seus estudos que indivíduos que praticavam atividade física tinham um melhor controle dos níveis pressóricos, mesmo quando era retirado o tratamento farmacológico, podendo sugerir que alguns dos pacientes poderiam manter a PA controlada sem o uso de medicamentos. A terapêutica anti-hipertensiva exclusivamente por meio do exercício físico, na comparação com o tratamento farmacológico convencional, possibilitou idêntico controle da PA sistólica e diastólica e melhor percepção de QV dos participantes.

Percebe-se neste estudo que indivíduos com ótima QV (G1) foram classificados com baixo nível de depressão e aqueles com péssima QV (G3) relatam sintomas da doença. Conforme o Teste do Qui^2 a QV exerce influência significativa sobre a manifestação de sintomas depressivos ($Qui^2 = 56,50$, $gl = 6$, $1-p = >99,99\%$). Segundo Lipp *et al.* (2007), um dos principais motivos que ocasionam a depressão pode ser o stress. Este é um fator de risco para a QV trazendo uma grande probabilidade de adoecimento físico e emocional.

A angústia, manifestada por muitos entrevistados, pode estar associada a presença de limitações físicas geradas pela doença, a dificuldade de realizar atividades da vida diária, a ingestão de vários medicamentos decorrentes da associação de doenças concomitantes. Ressalta-se que alguns fatores podem contribuir para o afastamento social do paciente e conseqüente sentimento de solidão já que o indivíduo torna-se recluso em seu domicílio. Estas mudanças ocasionam efetivas reduções na capacidade funcional e podem agravar-se mediante condições ambientais e sociais inadequadas.

Em relação a qualidade da vida sexual dos respondentes, observou-se uma substancial perda deste tipo de interesse ($Qui^2 = 12,09$, $gl = 6$, $1-p = 93,99\%$). Sabe-se que a qualidade da vida sexual pode sofrer influência de fatores físicos, psicológicos e também dos medicamentos utilizados (KROUSEL *et al.*, 1994). No presente estudo, a maioria dos entrevistados declarou ter sofrido significativa perda no âmbito do interesse sexual (69,5%).

A sexualidade na terceira idade é um tema emergente e que tem despertado grande interesse científico. Vale salientar que a idade não dessexualiza o indivíduo, o que existe são apenas modificações quantitativas da resposta sexual, ou seja, a vida sexual transforma-se constantemente ao longo de toda evolução individual. Fatores como saúde física, preconceitos sociais, autoestima, conhecimentos sobre a sexualidade são determinantes na redução da prática sexual em indivíduos com doenças crônicas.

Outro fator associado é o status conjugal. A regularidade das relações sexuais da faixa etária de 50 anos ou mais está muito ligada à oportunidade representada pela situação conjugal. De um ponto de vista demográfico, a proporção de mulheres é predominantemente maior nesta população pela esperança de vida mais elevada. Esta diferença tende a acentuar-se à medida que a idade avança. A primeira conseqüência deste dado objetivo é a limitação das oportunidades de relações sexuais, particularmente para as mulheres.

Quanto ao consumo de álcool, os dados deste estudo indicam que indivíduos com QV ótima fazem mais uso de bebida alcoólica do que aqueles com QV moderada e péssima. Contudo, não se pode aqui fazer afirmativa contundente, pois não foi encontrada correlação entre QV e consumo do álcool neste estudo. Este tema é polêmico, sobretudo considerando que a partir de seus achados Sesso *et al.* (2008) afirmam que as mulheres com consumo leve a moderado de bebidas alcoólicas apresentaram uma redução no risco

da hipertensão. Segundo eles só foi observado um aumento na PA quando o consumo foi igual ou maior a quatro doses diárias. Os estudos epidemiológicos têm demonstrado uma relação positiva entre o alto consumo de bebidas alcoólicas e a HAS.

O consumo mínimo ou moderado de álcool está associado a redução da mortalidade, principalmente pela redução da doença arterial coronariana. Em contrapartida, quanto maior o consumo maior é a mortalidade, principalmente devido a acidente vascular cerebral hemorrágico e doenças cardiovasculares. Por isso é importante identificar o limiar de consumo alcoólico acima do qual o equilíbrio de riscos e benefícios se torna desfavorável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bem-estar na velhice está relacionado com o equilíbrio entre várias dimensões da QV. O aumento do número de morbidades e a elevação da idade influenciam de modo significativo vários domínios da QV dos indivíduos, em especial sobre a capacidade funcional.

Com base nos dados coletados e submetidos ao exame do Qu^2 pode-se inferir que o nível de interesse sexual e a ocorrência de sintomas depressivos exercem influência sobre o nível de QV dos portadores de HAS. Portanto, a melhoria da QV dos hipertensos pressupõe a redescoberta do sentido da vida a partir da qual pode-se desenvolver recursos pessoais para o enfrentamento de sintomas depressivos e estabelecimento de relações afetivas e sexuais saudáveis.

O estilo de vida é elemento determinante do controle da HAS, sendo potencialmente modificável. Em decorrência, programas de conscientização da população sobre a necessidade de mudanças no comportamento adquirem especial importância.

Compreende-se que os problemas do cotidiano, somados a outras intercorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio, objetivando uma melhor QV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDERAMN MH., LAMPORT B. Labelling of hipertensives. **J Clin Epidemiol.** 43: 195-200. 1990.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. Critério de classificação Econômica Brasil. Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf. Acessado em 5 de Agosto de 2009.

ATAÍDE M.B., C., & DAMASCENO M. M. C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. **Revista de Enfermagem.** UERJ, RJ, 14 (4): 518-23. 2006.

BARROS MBA. Introdução. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. **Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo ISA-SP.** São Paulo: FSP/USP. p. 11-34. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**: Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 102p. 2002.

BRITO, DANIELE MARY SILVA DE ET AL. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.24, n.4, pp. 933-940. ISSN 0102-311X. 2008.

BULPITT CJ., FLETCHER A. Importance of well-being to hypertensive patients. **Am J Med.** 84 (1B): 40-6. 1988.

BUNDCHEN, DAIANA CRISTINE; SCHENKEL, ISABEL DE CASTRO; SANTOS, RAFAELLA ZULIANELLO DOS E CARVALHO, TALES DE. Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. **Rev Bras Med Esporte** [online]. vol.19, n.2, pp. 91-95. ISSN 1517-8692. 2013.

CADE NV. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. **Rev Psiq Clin.** 28: 300-4. 2001.

CAMPOLINA, ALESSANDRO GONÇALVES; DINI, PATRÍCIA SKOLAUDE AND CICONELLI, ROZANA Mesquita. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.16, n.6, pp. 2919-2925. ISSN 1413-8123. 2011.

CARVALHO, MARIA VIRGÍNIA DE; SIQUEIRA, LIZA BATISTA; SOUSA, ANA LUIZA LIMA AND JARDIM, PAULO CÉSAR BRANDÃO VEIGA. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. vol.100, n.2, pp. 164-174. ISSN 0066-782X. 2013.

CARVALHO, MICHELLE ADLER NORMANDO, et al. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. vol.98, n.5, pp. 442-451, 2012. ISSN 0066-782X. Epub Apr 05 2012.

CARVALHO, N. S., RIBEIRO, P. R.; RIBEIRO, M., NUNES, M. P. T., CUKIER, A., & STELMACH R. Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: Uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão, **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 33(1), 1-6. 2007.

CHAVES, E. C. & CADE, N. V. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão **Revista Latino-americana de Enfermagem**; 12(2), 162-167. março-abril 2004.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Rev. Nutr.** [online]. vol.22, n.6, pp. 823-835. ISSN 1415-5273. 2009.

COTTA, ROSÂNGELA MINARDI MITRE et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.14, n.4, pp. 1251-1260. ISSN 1413-8123. 2009.

DARLENE MARA DOS SANTOS TAVARESI, NAYARA PAULA FERNANDES MARTINSII, FLAVIA APARECIDA DIASIII, MARINA ALEIXO DINIZIV. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. abr/jun;13(2):211-8. 2011.

DÓRIS FIRMINO RABELO; CLAUDIA FEIO DA MAIA LIMA; PATRÍCIA MARTINS DE FREITAS & JÚLIO CÉSAR DOS SANTOS. **Revista Kairós Gerontologia**, 13(2), ISSN 2176-901X, São Paulo, : 115-130. novembro 2010.

GIL, ANTONIO CARLOS. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: **Editora Atlas**, 2002.

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

GUSMAO, JOSIANE LIMA DE E PIERIN, ANGELA MARIA GERALDO. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. **Rev. esc. enferm. USP** [online]., vol.43, n.spe, pp. 1034-1043. ISSN 0080-6234. 2009.

HAYNES RB., SACKETT DL., TAYLOR DW., GIBSON ES., JOHNSON AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. **N Engl J Med.**; 299 (14): 741-4. 1978.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: 2003.

KROUSEL-WOOD MA, RE RN. Health status assessment in a hypertension section of an internal medicine clinic. **Am J Med Sci.**; 308: 211-7, 1994.

LESSA I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev Bras de Hipertens* 8: 383–392. internal medicine clinic. **Am J Med Sci**. 1994; 308: 211-7, 2001.

LESSA, Í. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, Dec. 2006.

LI W., LIU L., PUENTE JG., LI Y., JIANG X., JIN S., et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. **J Hypertens**; 23:1667-76, 2005.

MARTINS, MARIA SILVIA AMICUCCI SOARES; FERREIRA, MÁRCIA GONÇALVES; GUIMARAES, LENIR VAZ AND VIANNA, LUCILA AMARAL CARNEIRO. Hipertensão arterial e estilo de vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2010, vol.94, n.5, pp. 639-644. Epub ISSN 0066-782X. Apr 23, 2010.

MIRANZI, SYBELLE DE SOUZA CASTRO et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** [online]., vol.17, n.4, pp. 672-679. ISSN 0104-0707. 2008.

MORISKY D. E.; GREEN L. W.; LEVINE D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, 24: 67-74, 1986.

NUNES FILHO, J. R. et al . Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 5, Nov. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: informe de um grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimento. **Série de informes técnicos**. Ginebra (SZ): OMS, p.706. 1984.

OTERO LM., ZANETTI ML., TEIXEIRA CRS. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev Latino-am Enferm.**; 15(Esp):768-73. Set-Out 2007.

PICCINI RX., VICTORA CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. **Cad Saúde Pública.**; 13 (4): 595-600. 1997.

ROCA-CUSACHS A., DALFÓ A., BADIA X., ARÍSTEGUI I., ROSET M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. **J Hypertens**;19:1913-9, 2001.

RODRIGUES RN., ALVES LC. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**; 17(5/6): 333-341. 2005.

SCHULZ RB., ROSSIGNOLI P., CORRER CJ., FERNÁNDEZ-LLIMÓS F., TONI PM. Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). **Arq Bras Cardiol**;90:139-44.18. 2008.

SCHULZ, RENATA BERBERI et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arq. Bras. Cardiol.** [online]., vol.90, n.2, pp. 139-144. 2008.

SESSO HD., COOK NR., BURING JE., MANSON JE., GAZIANO JM. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. **Hypertension.**; 51: 1080-7. 2008.

SILVA, I., PAIS-RIBEIRO J., & CARDOSO H.. Dificuldades em perceber o lado positivo da vida? Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. **Avaliação Psicológica**, 3(22), 597-605. 2004.

SILVA, KELLY S., LOPES, ADAIR S.. Excesso de peso, pressão arterial e atividade física no deslocamento à escola. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 2, Aug. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Cardiol.**; 1:92-133. 1998.

STRANGES S., WU T., DORN JM., FREUDENHEIM JL, MUTI P., FARINARO E., et al. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. **Hypertension.**; 44: 813-9. 2004.

VERA LÚCIA R. C. HALFOUN, DENISE S. MATTOS E ODALEIA B. AGUIAR. Rio de Janeiro, v.3, nº 10, jul /set 2007.

VIEIRA, RUDOLFO HUMMEL GURGEL et al. Influência do treinamento resistido na qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Med Esporte** [online]., vol.18, n.1, pp. 26-29. ISSN 1517-8692, 2012.

WANG R., ZHAO Y., HE X., MA X., YAN X., SUN Y., et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. **Public Health**;123:534-9.21, 2009.

YOUSSEF RM., MOUBARAK II., KAMEL MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. **East Mediterr Health J.**;11(1-2):109-18. 2005.