



ARTIGO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, CAUCAIA, CEARÁ*EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PERSONS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION ASSISTED IN BASIC HEALTH UNITS, CAUCAIA, CEARÁ*

DANIELE MOURA GABRIEL¹, BRENNNA BARBOSA DA SILVA², CARLOS ARIEL SOUZA DE OLIVEIRA³, LETÍCIA DE SOUSA GUERIN⁴, THIAGO BRASILEIRO DE VASCONCELOS⁵, VASCO PINHEIRO DIÓGENES BASTOS⁶

1 - Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

2 - Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

3 - Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

4 - Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

5 - Doutor em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

6 - Doutor em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

RESUMO

A hipertensão arterial (HAS) é um problema grave de saúde pública pela sua alta predominância e morbimortalidade. Este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica atendidos em unidades básicas de saúde, do município de Caucaia, Ceará. Trata-se de estudo transversal, descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em cinco unidades básicas de saúde por meio da aplicação de um questionário sócio demográfico e um questionário específico para a hipertensão arterial, MINICHAL-BRASIL. A amostra foi composta por 73 idosos. Dos participantes avaliados, a maioria era mulheres com idade média de 70 anos, casada, com baixa escolaridade, baixa renda familiar, na faixa de sobrepeso ou obesidade, com risco muito aumentado de complicações metabólicas, dieta controlada, não etilista, história familiar de doenças cardiovasculares, portadoras de diabetes e dislipidemia e pressão arterial entre controlada e estágio I e II. Esses dados sugerem a necessidade de efetivar ações de promoção à saúde, dirigidas para a educação e prática na prevenção dos fatores de risco, proporcionando uma melhora na qualidade de vida da população. Neste contexto, salienta-se a importância da equipe multiprofissional no controle da HAS e na prevenção das complicações crônicas.

Palavras-chave: Hipertensão; Qualidade de Vida; Idoso.

ABSTRACT

Hypertension is a serious public health problem because of its high prevalence and morbidity and mortality. This study aimed to evaluate the quality of life of elderly individuals with systemic arterial hypertension attended at basic health units. It is a cross-sectional, descriptive, exploratory study with a quantitative approach. The data collection was performed in five basic health units in the city of Caucaia, Ceará. It was used a socio-demographic questionnaire and a specific questionnaire for hypertension, MINICHAL-BRASIL. The sample consisted of 73 elderly. The majority of the individuals were women with a mean age of 70 years, married, low level of schooling, low family income, overweight or obese, with a high risk of metabolic complications, controlled diet, non-alcoholic diet, history family of cardiovascular diseases, with diabetes and dyslipidemia and BP between controlled and stage I and II. These data suggest the need to carry out actions to promote health, directed to education and practice in the prevention of risk factors, providing an improvement in the quality of life of the population. In this context, the importance of the multiprofessional team in the control of hypertension and in the prevention of chronic complications is highlighted.

Keywords: Hypertension; Quality of life; Aged.



INTRODUÇÃO

Uma das principais causas de morbimortalidade no mundo são as doenças cardiovasculares, elas são responsáveis por 29,2% da mortalidade¹. Aumentando progressivamente a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente². A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para ocorrência de acidente vascular cerebral, aneurisma, insuficiência renal e cardíaca³. Em 2010, cerca de 9,4 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA⁴. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de óbitos. No ano de 2016 intercorreram 49.640 óbitos por HAS⁵.

A HAS, é o principal fator de risco para DCV, é uma condição clínica causada por diversos fatores, caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se repetidamente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com um aumento consequente do risco de ocorrências cardiovasculares fatais e não fatais².

Os fatores predominantes de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais e alta ingestão de sódio⁵. Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem repetidamente associados a ela, baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes mellitus⁶. Por ser uma doença crônica e não apresentar sintomas específicos, a HAS evolui de forma silenciosa, contribuindo para o surgimento de doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca (IC) e doença arterial coronariana (DAC)⁷.

A HAS atinge normalmente a população idosa e constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde, pois a adesão terapêutica representa grande obstáculo no controle da doença. O caráter silencioso, sem sintomas claros, permite que a hipertensão passe despercebida por anos em muitos idosos⁸. Nesse contexto, a HAS, além de ser um dos fatores dominantes de risco para a mortalidade nessa faixa etária, também causa danos à qualidade de vida, episódio que muitas vezes retira o valor da longa vida conquistada⁹. Além do mais, devido ao seu caráter crônico pode levar a uma extrema alteração no estilo de vida dos idosos, devido às limitações impostas pelo tratamento, exigindo forte cooperação do paciente¹⁰.

Para o controle e adequado manejo da pressão arterial elevada e de suas consequências é imprescindível a identificação e acompanhamento dos hipertensos pelos serviços de saúde¹¹. Tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são capazes de melhorar consideravelmente o prognóstico da doença e a qualidade de vida das pessoas¹². Um dos determinantes para a busca dessas medidas terapêuticas é o próprio conhecimento da condição de hipertenso, ainda assim, esse diagnóstico precoce não ocorre, em muitos casos¹¹.

É sabido que o processo de envelhecimento da população brasileira tem se acentuado substancialmente nas últimas décadas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes o crescimento populacional total, colocando nosso país como a sexta população em contingente de idosos no mundo¹³.

O envelhecimento pode gerar sequelas na saúde geral do indivíduo que podem levar a uma maior suscetibilidade a afecções e agravos, que configuram o novo espectro epidemiológico de prevalência de doenças crônicas, contribuindo para a redução da capacidade física e biológica que ocasiona a diminuição da independência e da autonomia dos idosos, comprometendo sua qualidade de vida¹⁴.

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é o conhecimento 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 preocupações¹⁵. Dessa forma, a compreensão que o indivíduo possui da doença influenciará na sua qualidade de vida, interferindo em suas condições de saúde e em outros aspectos gerais da vida pessoal¹⁶.

Diversos instrumentos são utilizados para avaliar a qualidade de vida, dentre eles dois grupos destacam-se: genéricos e específicos. Os genéricos são utilizados para a população em geral, com aplicação de questionários de base populacional sem especificar enfermidades, apropriado para estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde¹⁷.

Os específicos são utilizados para avaliar de forma individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida. A principal característica dos questionários específicos é a sensibilidade de avaliar as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Dentre esses instrumentos, o questionário MINICHAL – Brasil permite uma medida comum de investigação de pacientes hipertensos em diferentes âmbitos, o que possibilita realizar comparações, com um menor gasto de tempo e recursos financeiros¹⁸.

São muitos os motivos que justificam o interesse da pesquisa em qualidade de vida, especialmente nos casos de condições crônicas: conhecimento do impacto da doença sobre as atividades de vida diária; avaliação do impacto dos tratamentos com intenção de cura, ou como tratamento paliativo, obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tratamentos; melhora nos cuidados e reabilitações; avaliação da preferência do paciente perante o tratamento proposto e, ainda, o respaldo nas decisões de políticas de saúde direcionadas à diminuição do peso representado pela doença¹⁹.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em idosos hipertensos atendidos em unidades básicas de saúde do município de Caucaia, Ceará. Até o momento da realização do estudo não foram identificados nenhum estudo relacionado ao tema no estado.

METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa de natureza transversal, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa dos resultados apresentados.

Este estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Caucaia (CE). A coleta foi realizada durante os meses de fevereiro a junho de 2016, mediante aprovação do comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará (Protocolo nº 1.523.421).

A população do estudo foi constituída por 90 idosos com acompanhamento da Hipertensão em cinco referidas Unidades Básicas de saúde, sendo a amostra formada por 73 idosos, baseada em cálculo estatístico para população finita.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idosos com idade entre 60 a 85 anos, que estavam cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial das respectivas unidades selecionadas, estar em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial. Os critérios de exclusão adotados foram os indivíduos que não concordaram com o estudo e os que se encontravam afastados do acompanhamento por mais de seis meses ou que se opunham a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dessa forma, foi feita inicialmente uma visita à coordenação das Unidades Básicas de Saúde, na qual foram expostos os objetivos da pesquisa visando à autorização para o desenvolvimento da mesma.

Para a realização de análises, os valores da PA foram estratificados conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de acordo com os estágios em Ótima (PAS < 120 e PAD < 80 mmHg); normal (PAS < 130 e PAD < 85 mmHg); limítrofe (PAS 130 – 139 e PAD 85 – 89 mmHg); hipertensão estágio I (PAS 140 – 159 e PAD 90 – 99 mmHg), estágio II (PAS 160 – 179 e PAD 100 – 109 mmHg) e hipertensão sistólica isolada (PAS ≥ 140 mmHg e PAD ≤ 90 mmHg)²⁰.

A medida de pressão arterial na UBS foi realizada com esfigmomanômetro aneróide, obtida com o paciente sentado, após 2 a 5 minutos de repouso, e registrada de preferência no braço direito para comparação subsequente.

Aplicou-se um questionário socioeconômico e um questionário de qualidade de vida MINICHAL – BRASIL, versão em português validada no Brasil. O instrumento foi desenvolvido na Espanha, em 2001, e possui 16 itens. Dez itens estão incluídos no domínio estado mental e seis itens, no domínio manifestações somáticas. O domínio estado mental inclui as questões de 1 a 9 e possui pontuação máxima de 27 pontos. O domínio manifestações somáticas inclui as questões de 10 a 16, com pontuação máxima de 21 pontos²¹. Tanto a versão original em espanhol quanto a brasileira incluem uma última questão relativa ao impacto geral da HAS na QV do paciente. Quanto maior o escore, pior o nível de saúde do paciente. No caso de paciente analfabeto, foram lidas as perguntas e anotadas as respostas.

Os dados obtidos foram analisados no software Excel 2010. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 73 idosos com a idade média de $71,89 \pm 6,82$ anos, sendo 79,4% do gênero feminino, com idade média de $71,03 \pm 6,44$ anos e 20,53% do gênero masculino, com $75,3 \pm 7,47$ anos.

O nível de escolaridade variou de analfabeto ao ensino médio, sendo que 28,7% eram analfabetos, sendo o gênero feminino o mais prevalente, 52,1%.

A média da renda familiar foi de 1 salário mínimo, consistindo em 62,9% da amostra. Em relação à profissão, 65,7% eram do gênero feminino e relataram exercer apenas serviços domésticos e 5,48% do gênero masculino, relataram não exercer nenhum tipo de atividade.

De acordo com o estado civil, 52,1% relataram ser casados, sendo o gênero feminino mais prevalente (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual das variáveis sociodemográficas, Fortaleza, Ceará, 2016

| Variáveis Sociodemográficas | Feminino | | Masculino | | Total | |
|-----------------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Escolaridade | | | | | | |
| Analfabeto | 14 | 19,2 | 7 | 9,6 | 21 | 28,7 |
| Ensino Fundamental | 38 | 52,1 | 8 | 10,9 | 46 | 62,9 |
| Ensino Médio | 6 | 8,21 | 0 | - | 6 | 8,21 |
| Renda | | | | | | |
| Aposentado | 32 | 43,8 | 14 | 19,2 | 46 | 62,9 |
| Assalariado | 1 | 1,37 | 1 | 1,37 | 2 | 2,74 |
| Pensionista | 13 | 17,8 | 0 | - | 13 | 17,8 |
| Sem Renda | 12 | 16,4 | 0 | - | 12 | 16,4 |
| Profissão | | | | | | |
| Agricultor (a) | 1 | 1,37 | 3 | 4,11 | 4 | 5,48 |
| Doméstica | 48 | 65,7 | 0 | - | 48 | 65,7 |
| Comerciante | 1 | 1,37 | 3 | 4,11 | 4 | 5,48 |
| Costureiro (a) | 8 | 10,9 | 0 | - | 8 | 10,9 |
| Mestre de obras | 0 | - | 2 | 2,74 | 2 | 2,74 |
| Marceneiro (a) | 0 | - | 1 | 1,37 | 1 | 1,37 |
| Ferreiro (a) | 0 | - | 1 | 1,37 | 1 | 1,37 |
| Motorista | 0 | - | 1 | 1,37 | 1 | 1,37 |
| Não trabalha | 0 | - | 4 | 5,48 | 4 | 5,48 |
| Estado Civil | | | | | | |
| Viúvo (a) | 18 | 24,6 | 0 | - | 18 | 24,6 |
| Divorciado (a) | 6 | 8,21 | 1 | 1,37 | 7 | 9,58 |
| Casado (a) | 25 | 34,2 | 13 | 17,8 | 38 | 52,1 |
| Solteiro (a) | 9 | 12,3 | 1 | 1,37 | 10 | 13,7 |

Dentro da amostra, 27,4% apresentaram Índice de Massa Corpórea (IMC) normal, ou seja, menor do que 25 Kg/m²; 48,1% apresentaram sobrepeso, IMC entre 25 e 30 Kg/m²; 19,2% apresentaram obesidade grau I, IMC entre 30 e 34,9 Kg/m²; 4,11% apresentaram obesidade grau II, IMC 35 a 39,9 Kg/m²; 1,37% encontrava-se abaixo do peso, IMC < 18,5.

Dentre todos os entrevistados, 100% dos pacientes tomam anti-hipertensivo para o controle da pressão arterial. Sendo que 45,2% utilizam apenas o anti-hipertensivo e 55,1% utilizam o anti-hipertensivo associado a outros medicamentos, diabetes/colesterol. Do total 82,1% relataram tomar corretamente o anti-hipertensivo e 17,8% relataram não tomar corretamente o anti-hipertensivo.

Tabela 2. Distribuição dos valores absolutos e percentuais segundo variáveis de condições de saúde, Fortaleza, Ceará, 2016

| Condições de Saúde | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---|----------|------|-----------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Índice de Massa corpórea | | | | | | |
| Abaixo do Peso | 1 | 1,37 | 0 | - | 1 | 1,37 |
| Peso Normal | 15 | 20,5 | 5 | 6,84 | 20 | 27,4 |
| Sobrepeso | 28 | 38,3 | 7 | 9,58 | 35 | 48,1 |
| Obesidade Grau 1 | 13 | 17,8 | 1 | 1,37 | 14 | 19,2 |
| Obesidade Grau 2 | 1 | 1,37 | 2 | 2,74 | 3 | 4,11 |
| Medicamentos em Uso | | | | | | |
| Apenas anti-hipertensivo | 27 | 37,1 | 6 | 8,21 | 33 | 45,2 |
| Anti-hipertensivo associado (diabetes e/ou colesterol) | 32 | 43,8 | 8 | 10,9 | 40 | 55,1 |
| Toma corretamente os anti-hipertensivos | | | | | | |
| Sim | 5 | 68,4 | 10 | 13,7 | 60 | 82,1 |
| Não | 8 | 10,9 | 5 | 6,84 | 13 | 17,8 |
| Diabético (a) | | | | | | |
| Sim | 22 | 30,1 | 4 | 5,47 | 26 | 35,6 |
| Não | 36 | 49,3 | 11 | 15,1 | 47 | 64,3 |
| Doenças Cardiovascular associada (Angina/Infarto agudo do miocárdio) | | | | | | |
| Sim | 17 | 23,3 | 3 | 4,1 | 20 | 27,3 |
| Não | 41 | 56,1 | 12 | 16,4 | 53 | 72,5 |
| Doença Pulmonar | | | | | | |
| Sim | 2 | 2,74 | 7 | 1,36 | 3 | 4,1 |
| Não | 56 | 76,6 | 14 | 19,2 | 70 | 95,8 |
| Doença Renal | | | | | | |
| Sim | 10 | 13,7 | 2 | 2,74 | 12 | 16,4 |
| Não | 48 | 65,7 | 13 | 17,8 | 61 | 83,5 |
| Colesterol Elevado | | | | | | |
| Sim | 26 | 35,6 | 9 | 12,3 | 35 | 47,9 |
| Não | 32 | 43,8 | 6 | 8,21 | 38 | 52,1 |
| Casos de Doenças Cardiovascular na família | | | | | | |
| Sim | 48 | 65,7 | 7 | 9,58 | 55 | 72,3 |
| Não | 10 | 13,7 | 8 | 10,9 | 18 | 24,6 |

Em relação às comorbidades, 35,6% eram diabéticos, 27,8% possuíam doenças cardiovasculares associadas, 4,1% possuíam doenças pulmonares, 16,4% relataram ter algum tipo de problema renal e 47,9% apresentaram colesterol elevado. Os fatores de risco cardiovasculares mais referidos pelos hipertensos foram; diabetes 35,6% e dislipidemia 47,9%. Constatando assim, uma maior prevalência em mulheres.

Além disso, dos 73 hipertensos entrevistados, 72,3% disseram ter casos de doenças cardiovasculares na família (Tabela 2).

Ao analisar a pressão arterial, subdividimos os grupos através da classificação da V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial relacionando a idade média. De acordo com a classificação da hipertensão arterial, 28,7% do sexo feminino com idade média de 70 anos ± 6,78 foram classificadas com o estágio de hipertensão I e II, sendo este resultado o de maior predomínio (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos valores absolutos e percentuais e médias de idade de acordo com a classificação da hipertensão arterial. Fortaleza, Ceará, 2016

| Classificação | Feminino | | | Masculino | | |
|-------------------------------|----------|------|------------------------------|-----------|------|------------------------------|
| | n | % | Idade (Média± desvio-padrão) | n | % | Idade (Média± desvio-padrão) |
| Estágio de Hipertensão I, II | 21 | 28,7 | 70±6,78 | 6 | 8,21 | 76,8±8,23 |
| Hipertensão sistólica isolada | 3 | 4,11 | 69±5,19 | 0 | - | - |
| Limítrofe | 14 | 19,1 | 72,14±7,29 | 3 | 4,11 | 74±12 |
| Normal | 8 | 10,9 | 73,12±6,89 | 0 | - | - |
| Ótima | 12 | 16,4 | 70,66±5,03 | 6 | 8,21 | 74,2±5,07 |
| Total | 58 | 79,4 | 71,03±6,44 | 15 | 20,5 | 75,3±7,47 |

De acordo com a classificação da hipertensão arterial relacionado aos fatores de risco modificáveis, 86,3% regulavam sal na dieta, porém o nível de hipertensão que teve o maior predomínio foi o estágio I e II, com 21,9%.

Em relação aos estilos de vida, 8,2% ingeria bebida alcoólica e o nível de hipertensão estágio I e II teve uma maior prevalência. 31,5% praticavam atividade física regular e os níveis de hipertensão estágio I e II, limítrofe, normal e ótima, tiveram um maior predomínio. Porém, houve uma maior proporção de mulheres que praticavam atividade física. O tabagismo foi pouco frequente, em apenas 12,3%, com o predomínio do nível de estágio de hipertensão estágio I e II e pressão ótima, relataram ser tabagistas. Estavam acima do peso, 23,2% e foi observado no estágio de hipertensão I e II, sendo o gênero feminino o de maior prevalência (Tabela 4).

Os resultados encontrados na aplicação do MINICHAL-BRASIL mostraram que os escores médios de comprometimento no domínio Estado Mental foram maiores no gênero feminino (7,03±5,62). Observou-se que,

mulheres e homens com o nível de pressão limítrofe apresentaram um maior nível de comprometimento do estado mental.

No domínio manifestações somáticas, o gênero feminino (3,51±2,82) apresentou maior alteração em relação ao masculino. Constatou-se ainda, que mulheres e homens com estágio de pressão ótima mostraram escores elevados de manifestações somáticas.

Para o instrumento MINICHAL-BRASIL, a avaliação da última pergunta “Você diria que sua hipertensão e o tratamento da mesma, têm afetado a sua qualidade de vida?” encontrou, no gênero feminino, os pacientes com hipertensão sistólica isolada (0,67±0,58) e aqueles com nível pressão ótima (0,67±0,39) apresentaram maiores escores médios. Já no gênero masculino, o estágio de hipertensão I e II (0,33±0,52) foi o que obteve o maior acometimento da qualidade de vida (Tabela 5).

Tabela 4. Distribuição dos valores absolutos e relativos dos fatores de risco modificáveis segundo classificação da hipertensão arterial. Fortaleza/CE, 2016.

| Regula Sal na Dieta | Feminino | | | | Masculino | | | | Total | | | |
|------------------------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | Sim | | Não | | Sim | | Não | | Sim | | Não | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Classificação | | | | | | | | | | | | |
| Estagio de Hipertensão I, II | 16 | 21,9 | 5 | 6,84 | 5 | 6,84 | 1 | 1,37 | 21 | 28,7 | 6 | 8,21 |
| Hipertensão Sistólica Isolada | 3 | 4,11 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | - | 3 | 4,11 | 0 | - |
| Limítrofe | 14 | 19,2 | 0 | 0 | 3 | 4,11 | 0 | 0 | 17 | 23,2 | 0 | - |
| Normal | 6 | 8,21 | 2 | 2,74 | 0 | - | 0 | - | 6 | 8,21 | 2 | 2,73 |
| Ótima | 11 | 15,1 | 1 | 1,37 | 5 | 4,11 | 1 | 1,37 | 16 | 21,9 | 2 | 2,73 |
| Total | 50 | 68 | 8 | 11 | 13 | 18 | 2 | 2,7 | 63 | 86 | 10 | 14 |
| Ingere bebida alcoólica | | | | | | | | | | | | |
| Estagio de Hipertensão I, II | 2 | 2,74 | 19 | 26,1 | 2 | 2,74 | 4 | 5,48 | 4 | 5,48 | 23 | 31,5 |
| Hipertensão Sistólica Isolada | 0 | 0 | 3 | 4,11 | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 3 | 4,11 |
| Limítrofe | 0 | 0 | 14 | 19,2 | 1 | 1,37 | 2 | 2,74 | 1 | 1,37 | 16 | 21,9 |
| Normal | 0 | 0 | 8 | 10,9 | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 8 | 10,9 |
| Ótima | 1 | 1,37 | 11 | 15,1 | 0 | 0 | 6 | 8,21 | 1 | 1,37 | 17 | 23,2 |
| Total | 3 | 4,1 | 55 | 72 | 3 | 4,1 | 12 | 16 | 6 | 8,2 | 67 | 92 |
| Prática de atividade física | | | | | | | | | | | | |
| Estagio de Hipertensão I, II | 4 | 5,48 | 17 | 23,3 | 0 | 0 | 6 | 8,21 | 4 | 5,48 | 23 | 31,5 |
| Hipertensão Sistólica Isolada | 3 | 4,11 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | - | 3 | 4,11 | - | - |
| Limítrofe | 4 | 5,48 | 10 | 13,7 | 0 | 0 | 3 | 4,11 | 4 | 5,48 | 13 | 17,8 |
| Normal | 4 | 5,48 | 4 | 5,48 | 0 | - | 0 | - | 4 | 5,48 | 4 | 5,48 |
| Ótima | 4 | 5,48 | 8 | 10,9 | 4 | 5,48 | 2 | 2,74 | 8 | 10,9 | 10 | 13,6 |
| Total | 19 | 26 | 39 | 53 | 4 | 5,5 | 11 | 15 | 23 | 32 | 50 | 68 |
| Fumante | | | | | | | | | | | | |
| Estagio de Hipertensão I, II | 3 | 4,11 | 18 | 24,6 | 1 | 1,37 | 5 | 6,84 | 4 | 5,48 | 23 | 31,5 |
| Hipertensão Sistólica Isolada | 0 | 0 | 3 | 4,11 | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 3 | 4,11 |
| Limítrofe | 0 | 0 | 14 | 19,2 | 0 | 0 | 3 | 4,11 | 0 | - | 17 | 23,2 |
| Normal | 1 | 1,37 | 7 | 9,58 | 0 | - | 0 | - | 1 | 1,37 | 7 | 9,58 |
| Ótima | 2 | 2,74 | 10 | 13,7 | 2 | 2,74 | 4 | 5,48 | 4 | 5,48 | 14 | 19,7 |
| Total | 6 | 8,2 | 52 | 71 | 3 | 4,1 | 12 | 16 | 9 | 12 | 64 | 88 |
| Obesidade | | | | | | | | | | | | |
| Estagio de Hipertensão I, II | 5 | 6,84 | 16 | 21,9 | 2 | 2,74 | 4 | 5,48 | 7 | 9,57 | 20 | 27,3 |
| Hipertensão Sistólica Isolada | 0 | 0 | 3 | 4,11 | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 3 | 4,11 |
| Limítrofe | 1 | 1,37 | 13 | 17,8 | 1 | 1,37 | 2 | 2,74 | 2 | 2,73 | 15 | 20,5 |
| Normal | 2 | 2,74 | 6 | 8,21 | 0 | - | 0 | - | 2 | 2,73 | 6 | 8,21 |
| Ótima | 6 | 8,21 | 6 | 8,21 | 0 | 0 | 6 | 8,21 | 6 | 8,21 | 12 | 16,4 |
| Total | 14 | 19 | 44 | 60 | 3 | 4,1 | 12 | 16 | 17 | 23 | 56 | 77 |

DISCUSSÃO

De acordo com o presente estudo, o gênero feminino apresentou um maior comprometimento nos domínios Estado Mental ($7,03 \pm 5,62$) sendo o estágio limítrofe ($7,78 \pm 6,35$) mais afetado e o domínio das manifestações somáticas ($3,51 \pm 2,82$) com maior alteração no nível de pressão ótima.

Revelou-se uma maior prevalência de hipertensos do sexo feminino 79,4%, e estas apresentaram um pior nível de qualidade de vida. Este dado está em concordância com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial²². Fundamentado nisso, Hartmann *et al.*²³, traçaram um perfil das mulheres hipertensas e evidenciaram fatores como: idade, escolaridade, obesidade, diabetes e tabagismo que são fatores relevantes e podem prejudicar o bem-estar feminino.

Segundo o IMC da amostra, 48,1% dos hipertensos estavam com o peso acima da normalidade, sendo este grupo mais predisposto a adquirir doenças cardiovasculares. A

redução do peso reduz aproximadamente o nível de PAS em torno de 5,0 mmHg, podendo atingir até 20,0 mmHg para cada 10 Kg de peso perdido. Independente do valor do IMC, a obesidade andróide ou central é um fator preditivo de doença cardiovascular²⁴. Considerando as características do ponto de vista nutricional, observou-se que dos entrevistados o gênero feminino, 6,84% apresentou estar acima do peso recomendado, sendo assim, apresentaram maior risco de complicações metabólicas associadas com obesidade andróide.

A dieta desempenha um papel relevante no controle da HAS. É sugerível uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4g/dia, equivalente a 6g de cloreto de sódio) baseada em frutas, verduras, e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol²⁵. No presente estudo, observou-se que os hipertensos que restringiram o consumo de sal apresentaram valores pressóricos maiores que os demais, ou seja, houve divergência com o estudo analisado.

Tabela 5. Distribuição dos valores absolutos e relativos e escores médios relacionados ao MINICHAL – BRASIL segundo classificação da hipertensão arterial, Fortaleza, Ceará, 2016

| Classificação da HAS | Estado Mental | | | | | |
|-------------------------------|---------------|-----|--------------|-----------|-----|--------------|
| | Feminino | | | Masculino | | |
| | n | % | Escore Médio | n | % | Escore Médio |
| Estágio de Hipertensão I, II | 21 | 29 | 7,19±5,76 | 6 | 8,2 | 5±6,23 |
| Hipertensão sistólica isolada | 3 | 4,1 | 3±2,64 | 0 | - | - |
| Limítrofe | 14 | 19 | 7,78±6,35 | 3 | 4,1 | 7,33±4,16 |
| Normal | 8 | 11 | 7,5±5,37 | 0 | - | - |
| Ótima | 12 | 16 | 6,92±5,53 | 6 | 8,2 | 3,33±1,63 |
| Total | 58 | 79 | 7,03±5,62 | 15 | 21 | 4,8±4,43 |

| Classificação da HAS | Manifestações somáticas | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-----|--------------|-----------|-----|--------------|
| | Feminino | | | Masculino | | |
| | n | % | Escore Médio | n | % | Escore Médio |
| Estágio de Hipertensão I, II | 21 | 29 | 3±2,07 | 6 | 8,2 | 2,33±2,25 |
| Hipertensão sistólica isolada | 3 | 4,1 | 3,67±2,08 | 0 | - | - |
| Limítrofe | 14 | 19 | 3,07±3,20 | 3 | 4,1 | 3±2,64 |
| Normal | 8 | 11 | 3,87±3,48 | 0 | - | - |
| Ótima | 12 | 16 | 4,67±3,26 | 6 | 8,2 | 2,5±3,21 |
| Total | 58 | 79 | 3,51±2,82 | 15 | 21 | 2,53±2,56 |

| Classificação da HAS | Qualidade de vida | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-----|--------------|-----------|-----|--------------|
| | Feminino | | | Masculino | | |
| | n | % | Escore Médio | n | % | Escore Médio |
| Estágio de Hipertensão I, II | 21 | 29 | 0,52±0,81 | 6 | 8,2 | 0,33±0,52 |
| Hipertensão sistólica isolada | 3 | 4,1 | 0,67±0,58 | 0 | - | - |
| Limítrofe | 14 | 19 | 0,5±0,76 | 3 | 4,1 | 0±0 |
| Normal | 8 | 11 | 0,63±1,06 | 0 | - | - |
| Ótima | 12 | 16 | 0,67±0,39 | 6 | 8,2 | 0,16±0,41 |
| Total | 58 | 79 | 0,46±0,75 | 16 | 21 | 0,2±0,41 |

Em relação à história familiar de doenças cardiovascular, 72,3% dos entrevistados afirmaram ter esse antecedente. De forma semelhante, Rocha *et al.*²⁶, demonstrou que 69 (20%) dos seus pacientes hipertensos possuíam antecedentes familiares para a HAS, a qual determina vigorosamente as demais doenças cardiovasculares de maior impacto na saúde, como a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral e as hemorragias intraparenquimatosas. De acordo com Barreto Filho e Krieger²⁵, há inúmeras evidências do papel da herança genética na gênese da hipertensão arterial, na gênese das lesões de órgãos e na variabilidade da resposta terapêutica.

Foi observado que, 45,2% dos pacientes apresentaram pressão arterial controlada por seguirem corretamente o tratamento, o que está relacionado a uma melhora da qualidade de vida do paciente. É importante destacar que, a política do Ministério da Saúde em ofertar remédios gratuitos com receita médica para a hipertensão a partir de 14 de fevereiro de 2011, vem colaborando para o tratamento desta patologia²⁷.

É interessante observar que apenas 26,1% do sexo feminino e 5,48% do sexo masculino que alegaram praticar atividade física regularmente, para o sexo masculino, o valor foi considerado baixo quando comparado a outros estudos que relatam a prática de atividade física entre 22,6 e 38,8% dos hipertensos^{28,29}.

Dos 73 hipertensos entrevistados, 72,3% das mulheres e 16,4% dos homens relataram não ingerir bebida alcoólica, este valor encontra-se de acordo com os estudos pesquisados^{29,30}. A ingestão de álcool por longos períodos pode acarretar no aumento da PA e o seu excessivo consumo pode gerar uma resistência à ação anti-hipertensiva de alguns medicamentos^{1,31}.

É necessário enfatizar que o presente estudo apresentou limitações como a amostra em estudo pequena e com um número maior de integrantes do gênero feminino, além de ser um estudo transversal.

CONCLUSÃO

Dos pacientes avaliados, foi caracterizado, em sua maioria, mulheres com idade média de 70 anos, casadas, baixa escolaridade, baixa renda familiar, na faixa de sobrepeso ou obesidade, com risco muito aumentado de complicações metabólicas, dieta controlada, não etilista, história familiar de doenças cardiovasculares, portadoras de diabetes e dislipidemia e PA entre controlada e estágio I e II.

A qualidade de vida apresentou destaque no gênero feminino com maior comprometimento no domínio mental sendo o nível de pressão limitrofe o mais alterado, e o domínio manifestações somáticas o nível de pressão ótimo foi o mais afetado.

Esses dados sugerem a necessidade de efetivar ações de promoção à saúde, dirigidas para a educação e prática na prevenção dos fatores de risco, proporcionando uma melhora na qualidade de vida da população. Neste contexto, salienta-

se a importância da equipe multiprofissional no controle da HAS e na prevenção das complicações crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo pró-saúde, Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ.** 2010; 27(2): 103-9.
2. Williams B. The year in hypertension. **J Am Coll Cardiol** 2010; 55(1):66-73.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Hipertensão: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Brasília; 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>. [2016 dez 8].
4. BIREME/OPAS/OMS. Dia Mundial da hipertensão; 2016. [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=PT>. [2016 dez 8].
5. Feijão AM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MS, Lima JW. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq. Bras. Cardiol.** 2005; 84(1): 29-33.
6. Arslantas D, AyranciU, UnsalATM. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. **Chin Med J (Engl)** 2008; 121(16):1524-31.
7. Noblat AC, Lopes MB, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.** 2004; 83(4): 308-13.
8. Bloch KV, Melo NA, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Públ.** 2008; 24(29): 79-84.
9. Gravina CF, Grespan SM, Borges JL. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev. Bras. Hipertens.** 2007; 14(1):33-6.
10. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev Lat Am Enfermagem** 2003; 11(2): 207-14.
11. Firmo JOA, Uchôa E, Lima CMF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad. Saúde Públ.** 2004; 20: 512-21.
12. Méndez CE, Santamaría UC, Rosero BL. Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rican elderly. **BMC Public Health** 2008; 8-275.
13. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery** 2007; 11(3): 520-25.

14. Neri AL, Yassuda MS. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus; 2004.
15. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e Percepção da Doença entre Portadores de Hipertensão Arterial. **Cad. Saúde Públ.** 2008; 24:933-940.
16. Nahas MV. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf; 2001.
17. Campos MO, Neto JFR. Qualidade de Vida: Um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública** 2008; 32(2): 232-240.
18. Schulz RB. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arq. Bras. Cardiol.** 2008; 90(2):139-44.
19. Chalmers J, Macmahon S, Mancia G, Whitworth J, Beilin L, Hansson L, et al. World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. **Hypertension** 1999; 17:151-183.
20. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010; 95(1 supl.1): 1-51
21. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Limós F, Toni PM. Validation of the short form of Spanish hypertension quality of life questionnaire” (MINICHAL) for Portuguese (Brasil). **Arq. Bras. Cardiol.** 2008;90(2):127-31.
22. Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010; 95(1): 1-51.
23. Hartmann M, Dias da Costa JS, Olinto MTA, Patussi MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Públ.** 2007; 23(8): 1857-1866.
24. Porto CC, Porto AL. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 768 p.
25. Barreto Filho JAS, Krieger JE. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica? **Rev. Soc. Cardiol.** 2003; 13(1): 46-55.
26. Rocha R, Porto M, Morelli MYG, Maestá N, Waib PH, Bruni RC. Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. **Rev. Saúde Públ.** 2002; 36(5): 568-575.
27. Hartmann M, Dias da Costa JS, Olinto MTA, Patussi MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Públ.** 2007; 23(8): 1857-1866.
28. Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2009; 30(1): 27-32.
29. Lima TM, Meiners MMMA, Soler O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde** 2010; 1(2): 113-120.
30. Oliveira EA, Bubach S, Flegeler DS. Perfil de hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ** 2009; 17(3): 383-7.
31. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. **Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 337-362.

Endereço para correspondência:

Brenna Barbosa da Silva
Rua Coronel Manuel Albano, 60 (bl B/104)
CEP 60.711-465, Fortaleza/CE, Brasil.
Telefone: (85) 98528-9944.
E-mail: brennabs95@gmail.com