



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CAMPUS ITAQUI  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM HIPERTENSOS  
ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE DE ITAQUI-RS**

**Bianca Chitolina Andrade**

**Itaqui, RS, Brasil  
2013**

**BIANCA CHITOLINA ANDRADE**

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM HIPERTENSOS  
ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE DE ITAQUI-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Shanda de Freitas Couto

Co-orientador: Gabriele Rockenbach

Itaqui, RS, Brasil  
2013

A553q Andrade, Bianca Chitolina  
Qualidade de Vida e Fatores Associados em Hipertensos  
Acompanhados Pelo Programa Hiperdia em uma Unidade Básica de  
Saúde de Itaqui-RS / Bianca Chitolina Andrade.  
41 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade  
Federal do Pampa, CURSO DE NUTRIÇÃO, 2013.  
"Orientação: Shanda de Freitas Couto".

1. Alimentação. 2. Hipertensão. 3. Qualidade de Vida. I.  
Título.

**Qualidade de vida e Fatores Associados em hipertensos acompanhados pelo programa Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde de Itaqui-RS.**

Quality of life and factors association in hypertensive accompanied Hiperdia followed by the program at a Basic Health Unit Itaqui-RS

Autores:

**Bianca Chitolina Andrade<sup>1</sup>**

**Gabriele Rockenbach<sup>2</sup>**

**Shanda de Freitas Couto<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Pampa, Rua Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n, Bairro Promorar, CEP: 97650-000, Itaqui, RS, Brasil

<sup>2</sup> Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Pampa, Rua Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n, Bairro Promorar, CEP: 97650-000, Itaqui, RS, Brasil

**Autor responsável pela correspondência:**

Bianca Chitolina Andrade

Universidade Federal do Pampa, Curso de Graduação em Nutrição, Rua Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n, Bairro Promorar, CEP: 97650-000, Itaqui/RS, Brasil. E-mail: byanka\_andrade@hotmail.com

**Artigo formatado nas normas do periódico:** Revista Ciência e Saúde Coletiva

A vocês, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, não bastaria um obrigado. Pela longa espera e compreensão durante esse tempo longe de casa, não bastaria um muitíssimo obrigado. É por isso que dedico este trabalho aos amores de minha vida, meus pais, Jorge e Maria Luiza, que me ensinaram os verdadeiros valores do ser humano e constituem o alicerce de minha vida.

## AGRADECIMENTO

A Deus, por me fortalecer e me iluminar em todos os momentos difíceis dessa conquista.

À minha dedicada orientadora, Prof<sup>a</sup> Msc. Shanda de Freitas Couto, pela compreensão, paciência, incentivo e acima de tudo os ensinamentos que serão levados para a vida.

À Prof<sup>a</sup> Msc. Gabriele Rockenbach, pelo apoio na elaboração e revisão deste trabalho.

À nutricionista Franciele Gonçalves Pereira, pelo apoio na realização da pesquisa.

Ao meu amor André Oviedo, por estar sempre ao meu lado, me incentivando, amando e apoiando em tudo que eu precisava.

Às minhas amadas colegas e amigas, Aline Camponogara, Laura Virgili, Ivana Aquino, Édna Quevedo que colaboraram na pesquisa de campo.

Agradeço também a todos do ESF 2 do Bairro Vila Nova e os moradores desta localidade, pelo apoio e receptividade que me foi dado durante a pesquisa.

Aos meus colegas, principalmente Francini Kasali, Marcelo Gomes e Núbia Mendes a quem aprendi a amar e construir laços eternos. Obrigada por todos os momentos em que fomos estudiosos, brincalhões, baderneiros e cúmplices. Porque em vocês encontrei verdadeiros irmãos. Obrigada pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

A todos meus amigos e familiares que de alguma forma me incentivaram e me fizeram chegar até aqui.

“Sonho parece verdade quando a gente esquece de acordar”. Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinha. Minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado. Muito obrigada!

"Que os vossos esforços desafiem as  
impossibilidades, lembrai-vos de que as  
grandes coisas do homem foram conquistadas  
do que parecia impossível."  
Charles Chaplin

## RESUMO

O tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica pode trazer alterações na qualidade de vida. O estudo objetivou descrever e comparar os escores de qualidade de vida e fatores associados, de hipertensos atendidos no programa Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica de uma unidade com Estratégia Saúde da Família de Itaqui-RS. Os dados foram coletados com aplicação de questionário e aferição de medidas antropométricas através de visitas domiciliares. Foram entrevistados 56 pacientes hipertensos, entre adultos e idosos com baixo nível econômico e de escolaridade. No Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial, a média de escore da qualidade de vida no domínio somático foi de 3,48 e no estado mental 5,46. Sobre a percepção da influência da hipertensão e do seu tratamento na qualidade de vida, 51,8% responderam que não sofreram influência. Evidenciou-se um baixo comprometimento da qualidade de vida, porém considerando o sexo, as mulheres apresentam maiores índices para tais parâmetros. Sugere-se uma investigação mais aprofundada dos fatores que influenciam a qualidade de vida, a fim de identificar práticas e hábitos que precisam ser modificados através de ações de educação e autocuidado, e assim, possibilitar um bem estar pleno a essa população.

Palavras-chave: alimentação, hipertensão, qualidade de vida.



## **ABSTRACT**

Treatment of Hypertension can bring change in quality of life. The study aimed to describe and compare the scores of quality of life and associated factors in hypertensive patients in the program Management System Clinical Hypertension and Diabetes Mellitus in the Primary Care unit with the Family Health Strategy Itaquí - RS. The data were collected using a questionnaire and anthropometric measurements through home visits. We interviewed 56 hypertensive patients, adults and the elderly with low economic level and education. In Mini - Questionnaire Quality of Life in Hypertension, the average score of quality of life in the area was 3.48 somatic and mental state 5.46. On the perception of the influence of hypertension and its treatment on quality of life , 51.8 % responded that they were not influenced . It was evident a low impairment of quality of life, but considering gender, women have higher rates for such parameters. It is suggested that further investigation of factors influencing the quality of life in order to identify practices and habits that need to be modified through education and self-care actions, and thus enabling a full wellness for this population.

Key words: power, hypertension, quality of life.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) atualmente é considerada um dos principais problemas de saúde pública<sup>1</sup>. Definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva<sup>1</sup>. Dados brasileiros recentes indicam que 22,7% da população adulta brasileira apresenta diagnóstico de hipertensão, sendo essa prevalência de 25,4% nas mulheres e 19,5% nos homens<sup>2</sup>.

Entre as principais medidas de tratamento desta patologia estão o não farmacológico, através de uma alimentação adequada, controle de peso, redução do consumo de álcool e tabaco, e prática de exercícios físicos regulares<sup>1</sup>. Somado a estes, está o tratamento medicamentoso, mais utilizado, pois proporciona um controle eficaz da HAS<sup>3,1</sup>. As medidas adotadas no tratamento podem proporcionar alterações na qualidade de vida de hipertensos.

Roca-Cusachs *et al*<sup>4</sup> relataram que pacientes hipertensos apresentam diminuição significativa da qualidade de vida (QV) quando comparados aos normotensos. A justificativa para isso pode estar relacionada ao fato de se sentirem doentes, de utilizarem medicação que tende a causar reações adversas, do estresse de modificar a dieta e adaptação à prática de exercícios físicos regulares, além do risco de se tornarem predispostos às complicações da hipertensão, principalmente acidente vascular cerebral e infarto<sup>5</sup>.

Estudos mostram que os efeitos secundários do próprio tratamento se associam a menor aderência e ao abandono do tratamento medicamentoso, podendo interferir na QV desses pacientes. Para alguns pacientes, o fato de ingerir medicamentos implica um problema maior do que sua própria doença<sup>6</sup>. Ainda fatores como gênero feminino, obesidade, menor faixa etária e menor nível educacional parecem se relacionar a uma pior avaliação da qualidade de vida em hipertensos<sup>7</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Os instrumentos criados para medir a QV auxiliam na avaliação da eficiência do tratamento, pois avaliam o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar nos portadores, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à doença<sup>8,9</sup>. A partir do conhecimento sobre QV, obtêm-se subsídios para desenvolver intervenções para melhorar a adesão do tratamento, a fim de controlar a pressão arterial e conseqüentemente, aumentarão a QV. Dessa forma, estudos relacionando qualidade de vida e características dos participantes, como idade, sexo, raça, escolaridade, condição socioeconômica, hábitos de alimentação e estilo de vida, podem auxiliar na avaliação dos fatores associados á HAS, e assim possibilitar a adoção de medidas voltadas para essa população, que poderão influenciar nas melhorias da qualidade de vida desses indivíduos.

Dessa forma, o presente estudo objetivou descrever e comparar os escores de qualidade de vida e fatores associados em hipertensos atendidos no programa HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) de uma unidade com Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Itaqui – RS.

## **MÉTODOS**

Foi realizado um estudo observacional, de corte transversal, com uma amostra de conveniência de portadores de hipertensão arterial sistêmica, atendidos pelo programa HIPERDIA em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família, no município de Itaqui-RS. Inicialmente foi realizada visita a Secretaria Municipal da Saúde a fim de transmitir informações e solicitar autorização para realização do estudo . Posteriormente, foi contatada a responsável da UBS com Estratégia da Saúde da Família a fim de explicar a logística do estudo e obter autorização. Nessa oportunidade foram levantados

dados gerais sobre a UBS, além do número de pacientes cadastrados no HIPERDIA, sendo um total de 321 cadastrados.

Para participar do estudo foram selecionados todos os indivíduos cadastrados e que se enquadrassem nos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico confirmado de HAS e cadastro no HIPERDIA. Como critério de exclusão foi considerado: apresentar dificuldade de comunicação verbal que impossibilite de responder o questionário.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário e obtenção de medidas antropométricas, através de visitas domiciliares realizadas no período de julho a agosto de 2013, por acadêmicos do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Pampa, devidamente treinados sobre técnicas de coleta de medidas antropométricas e aplicação do questionário.

O questionário era dividido em blocos, dispostos na seguinte forma: sociodemográficos, hábitos de vida (fumo e consumo de bebidas alcoólicas), uso de medicação, dados antropométricos, consumo de alimentos ricos em fibras, práticas alimentares (tais como presença de saleiro na mesa durante as refeições, o hábito de retirar a gordura aparente das carnes e do tipo de gordura utilizada nas preparações), e por fim um questionário sobre qualidade de vida.

Na determinação do nível socioeconômico, recorreu-se ao Critério de Classificação Econômica do Brasil<sup>10</sup>. Para tanto, questionou-se a posse de utensílios, a presença de empregada mensalista, posse de automóvel, banheiros na residência e o nível de instrução do chefe da família. Na avaliação dos hábitos de vida, foi questionado o uso de cigarro, assim como, a frequência de consumo nos últimos 30 dias e para consumo de bebidas alcoólicas foi considerado o consumo regular semanal. Para avaliação do consumo de fibras foi utilizado o questionário proposto por Block *et al*<sup>11</sup>, que objetiva avaliar a ingestão de alimentos ricos em fibras. Para avaliação do consumo foram atribuídos a cada frequência de consumo, e a seguir

foi elaborado um escore para classificação dos teores de fibra na dieta. Segundo Block *et al*<sup>11</sup>, indivíduos que obtêm menos de 20 pontos apresentam dieta pobre em fibra.

Aferiram-se as medidas de altura (estimada pela medida da envergadura dos braços) e peso corporal para avaliação do estado nutricional dos participantes, segundo cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) de acordo com os pontos de corte; para adultos IMC < 18,5kg/m<sup>2</sup> (baixo Peso), IMC ≥ 18,5kg/m<sup>2</sup> e < 25kg/m<sup>2</sup> (eutrofia); IMC ≥ 25kg/m<sup>2</sup> e < 30kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso); IMC ≥ 30kg/m<sup>2</sup> (obesidade) propostos pela Organização Mundial da Saúde<sup>12</sup>; e para idosos IMC ≤ 22kg/m<sup>2</sup> (baixo peso); IMC > 22kg/m<sup>2</sup> e < 27kg/m<sup>2</sup> (eutrofia); IMC ≥ 27kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso)<sup>13</sup>.

Para a avaliação da razão cintura/quadril (RCQ), foram coletadas as circunferência da cintura (menor circunferência) e circunferência do quadril (maior circunferência), classificadas de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial<sup>14</sup>: RCQ = 0,85 para mulheres e RCQ = 0,95 para homens, sendo resultados acima destes valores indicativos de risco cardiovascular aumentado.

A qualidade de vida foi investigada através do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial versão portuguesa (previamente validado por Schulz *et al*<sup>15</sup>). O Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) é composto por 17 questões e dois domínios. As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo Likert e têm quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). Nessa escala, quanto mais próximo a 0 estiver o resultado, melhor a qualidade de vida. O domínio Estado Mental compreende as questões de 1 a 9, sendo a pontuação máxima de 27 pontos. O domínio Manifestações Somáticas compreende as questões de 10 a 16 e tem pontuação máxima de 21 pontos. A questão 17 descrita da seguinte forma: “Você diria que a sua hipertensão e o tratamento da mesma tem afetado sua qualidade de vida?” avalia a percepção geral de saúde do paciente, é pontuada na mesma escala Likert, porém não

se inclui em nenhum dos dois domínios. O paciente teve que responder às questões fazendo referência aos últimos sete dias. Esse instrumento foi originalmente desenvolvido para ser autoadministrado. Neste estudo, entretanto, em razão da baixa escolaridade dos indivíduos, o instrumento foi aplicado mediante entrevista estruturada.

Os questionários foram revisados e codificados após o término do trabalho de campo, e posteriormente digitados no programa Epi Info 6.0. A análise de dados deu-se pela utilização do programa estatístico SPSS 13.0 e utilizados recursos de estatísticas descritivas: média, desvio padrão para as variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa (parecer nº 284289). Os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos sobre o objetivo e logística do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como forma de autorização para participação na pesquisa.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados 56 pacientes hipertensos, dos quais 75% mulheres, com idade entre 27 e 87 anos, sendo que metade da amostra eram adultos, 60,7% eram casados, e 51,8% consideravam-se de raça/cor não branca. Em relação à escolaridade e situação socioeconômica, observou-se que 54,5% possuíam quatro anos ou menos de estudo, 48,2% pertenciam à classe socioeconômica C e 42,9% à classe D, sendo que no presente estudo não houveram indivíduos que pertenciam à classe A. No que se refere a ocupação, verificou-se que 35,7% dos entrevistados eram aposentados e 50% encontravam-se desempregados (tabela 1).

A tabela 2 dispõe do histórico familiar clínico, práticas alimentares e hábitos de vida dos entrevistados. Do total dos indivíduos avaliados, 60,7% apresentavam familiares diagnosticados com hipertensão e 37,5% com diabetes mellitus. Em relação ao tratamento

farmacológico, observou-se que 98,2% faziam uso contínuo de medicamentos. Quanto às práticas alimentares, evidenciou-se que cerca de 71,4% afirmaram não consumir a gordura aparente de carnes, 96,4% utilizavam óleo vegetal para cocção dos alimentos e 89,3% relataram não ter o hábito de deixar o saleiro em cima da mesa durante as refeições. Na avaliação do consumo de fibras pelos hipertensos estudados, verificou-se que 63% apresentaram baixo consumo.

Nesse estudo, 57,1% dos pacientes referiram que fumavam ou já haviam fumado durante a vida, destes, 60,7% (n=17) não haviam fumado nos últimos 30 dias. Sendo que dos 11 indivíduos que relataram ter fumando no último mês, 60% afirmaram consumo maior do que 10 cigarros por dia. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, verificou-se que 23,2% dos entrevistados afirmaram ter o hábito de consumir tais bebidas, sendo que a maioria referiu consumo semanal, principalmente de cerveja e vinho.

Na avaliação do perfil antropométrico, observou-se que 12,5% dos adultos e 25% dos idosos foram classificados em sobrepeso, enquanto que 35,7% dos adultos encontravam-se em obesidade. Em relação à avaliação do risco aumentado para doenças cardiovasculares através da RCQ observou-se elevado percentual tanto nos homens quanto nas mulheres para risco aumentado, sendo em torno de 78%.

Na tabela 3, são apresentadas as médias dos escores dos domínios encontrados a partir da aplicação do MINICHAL nos hipertensos, sendo encontradas médias de 5,46 para estado mental e 3,48 para estado somático. Na análise das medias de escores de acordo com o sexo, observou-se que as mulheres apresentaram maiores médias tanto para o escore mental (6,10) quanto ao somático (3,76), quando comparadas aos homens (3,57 e 2,64, respectivamente).

Em relação à percepção geral de saúde do paciente, na qual o participante avalia a interferência da hipertensão e do tratamento na qualidade de vida, observou-se que a maioria

avaliou que tais fatores não influenciam na sua qualidade de vida, enquanto que 30,4% referiram uma mínima interferência (tabela 4).

## DISCUSSÃO

Caracterizar a população em estudo é de extrema importância, pois desse modo é possível identificar as prováveis situações que possam interferir na QV, pois como já observado por outros pesquisadores, as variáveis clínicas e sociodemográficas exercem grande influência na QV<sup>6</sup>.

Nesse estudo, a maior porcentagem de participantes foi do sexo feminino, esse achado foi semelhante ao encontrado por Faria<sup>16</sup> que obteve 71,9% de sua amostra do sexo feminino. Esse evento pode estar ligado ao fato de que elas percebem e relatam seus problemas de saúde mais que os homens, assim como procuraram mais pelos serviços de saúde<sup>17</sup>. Também porque as mulheres são mais atentas e cuidadosas com a saúde<sup>16</sup>. Nesse sentido, parece ser necessário que os serviços de saúde desenvolvam ações em que o público alvo seja o sexo masculino, a fim de incentivar maiores cuidados com a saúde.

Observa-se que os indivíduos entrevistados apresentam baixa escolaridade e estão classificados em classes econômicas mais baixas. Tais fatores têm implicações diretas nas condições de saúde e qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que a precária condição socioeconômica pode influenciar os hábitos alimentares, estresse psicossocial e menor acesso aos cuidados de saúde<sup>17,14</sup>. Ainda a baixa escolaridade pode estar relacionada com o grau de hipertensão, pois segundo Freitas *et al*<sup>18</sup> o analfabetismo condiz com um menor grau de conhecimento das estratégias de prevenção e na melhor compreensão valorização do tratamento prescrito, o que pode afetar a adesão do tratamento e o controle da patologia. Pessuto e Carvalho<sup>19</sup> demonstraram em seu estudo que há uma tendência na queda da média da pressão arterial sistólica e da proporção da hipertensão arterial, conforme o grau de



educação aumenta. Ainda, outros estudos indicaram uma menor prevalência da doença com o aumento do nível de escolaridade, sendo este dado relevante, pois poderá interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento<sup>20,21</sup>.

Em relação à história clínica familiar observou-se que a maioria dos entrevistados afirmou apresentar antecedentes de doenças crônicas na família. De forma semelhante, Rocha *et al*<sup>22</sup>, demonstraram que 69,20% dos seus pacientes hipertensos possuíam antecedentes familiares para HAS, a qual determina fortemente as demais doenças cardiovasculares de maior impacto na saúde.

No que se refere ao tratamento, observou-se que praticamente todos os entrevistados realizavam tratamento medicamentoso. Vale lembrar que tal recurso não é suficiente para controlar a HAS por completo, já que fatores como obesidade, circunferência da cintura aumentada, tabagismo e sedentarismo devem ser evitados uma vez que podem agravar crises hipertensivas, infartos ou acidentes vasculares<sup>16,23</sup>.

Em relação ao tratamento não medicamentoso, quando perguntados sobre algumas práticas relacionadas à alimentação a maior parte dos entrevistados afirmou não possuir o saleiro na mesa durante as refeições, possuir o hábito de tirar a gordura aparente de carnes, e ainda, utilizar o óleo vegetal para cozinhar. O consumo deste último, juntamente com alimentos de origem vegetal, pequenas porções de carne vermelha, bebidas alcoólicas em quantidades moderadas, e maior consumo de fibras fazem parte da dieta cardioprotetora, de acordo com documentos da Organização Pan-Americana da Saúde<sup>24</sup>. Os óleos vegetais são as principais fontes de ômega 3, e a ingestão aumentada está relacionada à redução de risco cardiovascular, o que poderia auxiliar na saúde da população estudada.

Observou-se que mais da metade dos indivíduos possuíam um baixo consumo de alimentos ricos em fibras, tais como frutas, verduras e legumes (FVL).. Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)<sup>25</sup>, menos de 10% da população em geral atingem as

recomendações de consumo de FLV, preconizadas pelo Ministério de Saúde. Uma alimentação inadequada, rica em gorduras, com alimentos altamente refinados e processados, pobre em frutas, legumes e verduras, está associada ao aparecimento de diversas doenças como aterosclerose, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e câncer<sup>26,27</sup>. Ainda, segundo a POF<sup>28</sup> a ingestão de FLV é influenciada pelo poder aquisitivo. Jaime e Monteiro<sup>29</sup> com base nos dados da Pesquisa Mundial de Saúde verificaram que, no Brasil, o consumo de FLV corresponde a menos da metade das recomendações nutricionais, sendo ainda mais deficiente entre as famílias de baixa renda. Possivelmente esse baixo consumo de alimentos ricos em fibras na população em estudo, pode então, estar relacionado à baixa condição financeira, mas esse fato precisa ser melhor esclarecido através de estudos posteriores. Conforme Campos e Neto<sup>30</sup> não foram encontrados estudos que verificassem a associação entre QV e o consumo de frutas, verduras e legumes. Diante disso, ainda não se sabe o impacto do consumo insuficiente de FVL na QV nos indivíduos<sup>30</sup>.

Mais da metade (57,1%) dos entrevistados fumavam ou já haviam fumado em alguma época da vida e cerca de 1/5 relataram consumo de bebida alcoólica, com frequência semanal. Ambos os fatores, são prejudiciais para saúde, principalmente para portadores de hipertensão arterial sistêmica, pois a nicotina causa vasoconstrição através da liberação de catecolaminas, induzida pelo ácido nicotínico, que aumentam a frequência cardíaca, pressão arterial e a resistência periférica, enquanto que as taxas de álcool no sangue elevam a pressão arterial de maneira lenta e progressiva<sup>16,31</sup>.

O risco aumentado para doenças cardiovasculares e excesso de peso, tanto em homens como em mulheres foi observado em um elevado número de indivíduos. O excesso de peso corporal é fator predisponente para a HAS, assim o ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de HAS, sendo a obesidade central um indicador

de risco de doença cardiovascular aumentado<sup>14</sup>. Para Molina *et al*<sup>32</sup>, a hipertensão é comprovadamente agravada pelos quadros de sobrepeso e obesidade, que são condições que causam estresse, e funcionam como fatores concomitantes ao desenvolvimento de outras comorbidades como a dislipidemia, a aterosclerose e a diabetes. O acompanhamento dietoterápico desses pacientes a fim de orientá-los quanto à reeducação dos hábitos alimentares e a promoção da alimentação saudável é de extrema importância para o controle da HAS, além de trazer benefícios e melhorias na QV.

Os resultados do presente estudo indicam um baixo comprometimento da QV nessa população, pois foram verificadas uma média da pontuação da QV na dimensão somática de 3,48 e no estado mental de 5,46. Resultados semelhantes foram demonstrados por Faria<sup>16</sup>, com média de escores de 3,3 para estado mental e 6,6 para manifestações somáticas. Schulz *et al*<sup>15</sup> na validação do MINICHAL versão português, encontraram um escore mental de 5,3 e um escore somático de 1,8. Já Carvalho *et al*<sup>9</sup> em estudo para descrever o perfil de qualidade de vida de pacientes hipertensos, encontraram um maior comprometimento na QV em sua população, principalmente no escore mental com média de 6,6 no escore mental e para as manifestações somáticas, uma média de 5,0.

Em estudo realizado por Alves *et al*<sup>33</sup>, foi evidenciado que as mulheres apresentavam piores médias de escores de QV, tanto no somático como no estado mental. Os dados do presente estudo encontraram resultados similares no que diz respeito à influência do gênero na QV, indicando que as mulheres apresentam uma pior QV em relação aos homens. Segundo diversos autores, uma possível explicação seria ao fato de que as mulheres possuem uma expectativa de vida maior que os homens, assim, apresentando saúde mais comprometida e maior dificuldade em desempenhar suas atividades cotidianas com o surgimento de sintomas, o que piora a QV em relação aos homens<sup>34,35</sup>. Em geral, as mulheres referem mais frequentemente sentimentos de insatisfação e frustração, o que influi diretamente na QV, além

disso, homens têm melhor capacidade para tolerar doenças crônicas sem serem afetados emocionalmente<sup>35,36</sup>. Ainda, Hartmann *et al*<sup>37</sup> traçaram um perfil das mulheres hipertensas e mostraram que fatores como idade, escolaridade, obesidade, diabetes e tabagismo são fatores relevantes e que podem prejudicar o bem-estar do sexo feminino.

Em relação à percepção dos participantes sobre a influência da hipertensão e seu tratamento na QV, o presente estudo apresentou resultado semelhante ao encontrado por Faria<sup>16</sup> em que 75% dos indivíduos referiram não perceber influência na QV. A análise dessa influência está em concordância com os resultados dos escores encontrados nos domínios mental e somático, os quais verificaram boa qualidade de vida apresentada pelos participantes da pesquisa.

Dessa forma, o presente estudo encontrou pequeno comprometimento na qualidade de vida dos hipertensos avaliados, porém observou-se que as mulheres apresentaram maior índices para tais parâmetros. Assim, são necessários um maior número de estudos sobre os fatores que influenciam na qualidade de vida, principalmente entre o sexo feminino. Além disso, medidas de incentivo a hábitos de vida saudáveis e de adesão ao tratamento da hipertensão tornam-se importantes para as melhorias das condições de saúde e qualidade de vida das populações.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil: Ministério Da Saúde: *Caderno de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica* [documento da Internet].. 2006 [acessado em 2013 jun 20]. Disponível em: [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad\\_AB\\_hipertensao.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf)
2. Brasil. *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* [documento da Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acessado em 2013 jun 20]. Disponível em:

[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel\\_2011\\_final\\_0812.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf)

3. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia: *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial* [documento da Internet].; 1998 [acessado 2013 set 27]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/consenso3.asp>

4. 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* [serial on the Internet] 2001 [cited 2013 Sept 27];19(10): [about 6 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11593114>

5. Trevisol DJ. *Qualidade de vida e Hipertensão arterial sistêmica: Estudo de base população na cidade de Porto Alegre (RS)* [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

6. Cavalcante MA, Bombig MTN, Filho BL, Carvalho ACC, Paola AAV, Póvoa R. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos em Tratamento Ambulatorial. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2007 Mai [acessado 2013 Set 27]; 89 (4): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n4/a06v89n4.pdf>

7. Grimm, RHJ, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Svendsen K, Prineas RJ, Liebson PR. et al. Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Arch Intern Med* [serial on the

Internet] 1997 Mar [cited 2013 Setp 27]; 157 (6): [about 10 p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9080918>

8. Melchiors AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2010 Mai [acessado 2013 Set 26]; 94(3): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>

9. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SRP, Coelho LF, Gonçalves ID, Neto JAF. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2012 Jan [acessado 2013 Set 27] 98(5): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop03112.pdf>

10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa: *Critério de Classificação Econômica do Brasil* [documento da Internet]. 2012 [acessado 2013 set 15]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=149>

11. Block G, Gillespie C, Rosenbaum E, Jenson C. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. *Am J Prev Med* [serial on the Internet] 2000 May [cited 2013 sep 27]; 18(4): [about 5 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10788730>

12. OMS (Organização Mundial da Saúde): *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. (Technical Report Series, 854)* [document of Internet]., 1995 Genebra: OMS [cited 2013 sep 27]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf)

13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* [serial on the Internet] 1994 Mar [cited 2013 sep 27]; 21(1): [about 13 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8197257>
14. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia: *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão* [documento da Internet].. 2006 [acessado 2013 set 27]. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v\\_diretrizes\\_brasileira\\_hipertensao\\_arterial\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf)>
15. 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* [periódico na Internet]. 2008 Out [acessado 2013 Abr 24]; 90 (2): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n2/a10v90n2.pdf>
16. Faria TE. *Qualidade de vida de pacientes hipertensos da Equipe de Saúde da Família Águas Claras – Mariana – MG* [monografia] Conselheiro Lafaiete (MG, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
17. Magnabosco P. *Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2007.
18. Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM, Lima AS, Bestetti RB. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva,

SP. *Arq. Bras. Cardiol* [periódico na Internet]. 2001 Set [acessado 2013 set 23]; 77: [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7701/7701002.pdf>

19. Pessuto J, Carvalho, EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-am Enferm* [periódico na Internet]. 1998 Jan [acessado 2013 set 27]; 6 (1): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>

20. Klein CH, Araujo JWG. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1985 Abr-Jun [acessado 2013 set 27]; 1: [cerca de 17 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v1n2/v1n2a04.pdf>

21. Pierin, AMG. Orientação sistematizada do paciente hipertenso submetido a tratamento ambulatorial. *Rev. Esc. Enfermagem USP* [periódico na Internet]. 1986 Dez [acessado 2013 set 27]; 20: [cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

22. Rocha R, Porto M, Morelli MYG, Maestá N, Waib PH, Burini RC. Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2002 Out [acessado 2013 set 23]; 36 (5): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13145.pdf>

23. Sales CM, Tamaki EM. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm* [periódico na Internet] 2007 Abr-Jun [acessado 2013 set 23]; 12(2): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi->



bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=493310&indexSearch=ID

24. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: *Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes* [documento da Internet]. 2008 [acessado 2013 set 28]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas\\_cuidado\\_hipertensao\\_diabetes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf)

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Índices de Preços. Rio de Janeiro: IBGE: *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida* [documento da Internet]. 2010 [acessado 2013 set 28]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009/POFpublicacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf)

26. Kris-Etherton P, Daniels SR, Eckel RH, Engler M, Howard BV, Krauss RM, Lichtenstein AH, Sacks F, St Jeor S, Stampfer M, Grundy SM, Appel LJ, Byers T, Campos H, Cooney G, Denke MA, Kennedy E, Marckmann P, Pearson TA, Riccardi G, Rudel LL, Rudrum M, Stein DT, Tracy RP, Ursin V, Vogel RA, Zock PL, Bazzarre TL, Clark J. Aha scientific statement: summary of the Scientific Conference on Dietary Fatty Acids and Cardiovascular Health. Conference summary from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *J. Nutr.* [serial on the Internet]. 2001 Apr [cited 2013 sep 27];131(4): [about 5 p.]. Available from: <http://jn.nutrition.org/content/131/4/1322.full.pdf+html>

27. Mann JI. Diet and risk of coronary heart disease and type II diabetes. *Lancet* 2002; 360:783-9.

28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Índices de Preços. Rio de Janeiro: IBGE: *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados* [documento da Internet]., 2004 [acessado 2013 set 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/pof2002.pdf>
29. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2005 Set [acessado 2013 set 28]; 21 (Supl.1): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/03.pdf>
30. Campos MO, Neto JFR. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na Qualidade de vida. *Revista Baiana de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 Out-Dez [acessado 2013 set 28]; 33 (4): [cerca de 21 p.]. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vida/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vida.pdf>
31. Mion DJR, Pierin AMG, GUIMARÃES A. Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev Ass Med Brasil* [periódico na Internet]. 2001 Jun [acessado 2013 set 26]; 47(3): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6550.pdf>
32. Molina MCB, Cunha RDS, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e o consumo de sal em população urbana. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2003 Dez [acessado 2013 set 23]; 37 (6): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>

33. Alves MCB, Brito FN, Lima LM, Matos VC, Sousa JCS, Leite DKM, Dutra CDT, Pires CAA. A qualidade de vida de paciente hipertensos em uma estratégia saúde da família, Ananindeua-Pará. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde* [periódico na Internet]. 2013 Jan [acessado 2013 set 27]; 4 (1): [cerca de 13 p.]. Disponível em: [http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/320/pdf\\_1](http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/320/pdf_1)

34. Arbex FS. *Avaliação da qualidade de vida em adultos e idosos hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva* [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas; 2009.

35. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertension patients. *East Mediterr Health J* [serial on the Internet]. 2005 Jan-Mar [cited 2013 sep 27]; 11: [about 10 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16532679>

39. Hollis LA. Sex comparison in life satisfaction and psychosocial adjustment scores with an older adult sample: examining the effect of sex role differences in older cohorts. *J Women Aging* [serial on the Internet]. 1998;10 (3): [about 19 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9870047>

36. Hartmann M, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 Ago [acessado 2013 set 23]; 23(8): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/12.pdf>

**Tabela 1. Descrição de variáveis sociodemográfica de hipertensos, Itaqui- RS, Brasil, 2013 (n=56)**

<b>Variável</b>	<b>% (n)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	25% (14)
Feminino	75% (42)
<b>Faixa Etária</b>	
< de 60 anos	50% (28)
≥ a 60 anos	50% (28)
<b>Cor</b>	
Branco	48,2% (27)
Não Branco	51,8% (29)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro (a)	16,1% (9)
Casado (a)	60,7% (34)
Divorciado/Separado (a)	7,1% (4)
Viúvo (a)	16,1% (9)
<b>Anos de Estudo</b>	
4 anos ou menos de estudo	54,5% (30)
5 a 8 anos de estudo	36,4% (20)
Mais de 8 anos de estudo	9,1% (5)
<b>Classes Econômicas</b>	
A	0% (0)
B	1,8% (1)
C	48,2% (27)
D	42,9% (24)
E	5,4% (3)
<b>Familiares na Residência</b>	
Esposo (a)	25% (14)
Filhos	23,2% (13)
Ambos	33,9% (19)
Outros	17,9% (10)
<b>Ocupação</b>	
Trabalhador (a) ativo	14,3% (8)
Desempregado (a)	50% (28)
Aposentado (a)	35,7% (20)

**Tabela 2. Histórico familiar clínico, hábitos alimentares e de vida de hipertensos, Itaquí-RS, Brasil, 2013. (n=56)**

Variável	% (n)
<b>Histórico familiar clínico</b>	
Hipertensão Arterial Sistêmica	60,7% (34)
Diabetes Mellitus	37,5% (21)
Obesidade	19,6% (11)
Colesterol Alto	19,6% (11)
<b>Uso de medicação para HAS</b>	
Sim	98,2% (55)
Não	1,8% (1)
<b>Hábito de retirar gordura das carnes</b>	
Sim	71,4% (40)
Não	28,6% (16)
<b>Gordura usada para cozinhar</b>	
Banha	3,6% (2)
Óleo Vegetal	96,4% (54)
<b>Uso do saleiro em cima da mesa</b>	
Sim	10,7% (6)
Não	89,3% (50)
<b>Escore de consumo de fibras (n=54)</b>	
< 20	63% (34)
≥ 20	37% (20)
<b>Fumante ou Ex-Fumante</b>	
Sim	57,1% (32)
Não	42,9% (24)
<b>Fumo nos últimos 30 dias (n=28)</b>	
Não fumou nos 30 dias	60,7% (17)
1 a 5 dias	3,6% (1)
30 dias	35,7% (10)
<b>Número de cigarros por dia (n=11)</b>	
1 a 5	27,3% (3)
6 a 10	18,2% (2)
> 10	54,5% (6)
<b>Bebidas alcoólicas</b>	
Sim	23,2% (13)
Não	76,8 (43)
<b>Estado Nutricional de adultos segundo IMC (n=28)</b>	
Eutrofia	1,8% (1)
Sobrepeso	12,5% (7)
Obesidade	35,7% (20)
<b>Estado Nutricional de idosos segundo IMC (n=27)</b>	
Baixo Peso	8,9% (5)
Eutrofia	14,3% (8)
Sobrepeso	25% (14)
<b>Risco aumentado para Doenças Cardiovasculares</b>	
Mulheres (RCQ≥0,85)	78,0% (32)
Homens (RCQ≥0,95)	78,6% (11)

**Tabela 3. Médias dos escores encontrados nos domínios do MINICHAL, em hipertensos segundo sexo, Itaqui-RS, Brasil, 2013. (n=56)**

Variável	Média (DP)		
	Total (n=56)	Mulheres (n=42)	Homens (n=14)
Escore Mental	5,46 (4,73)	6,10 (5,07)	3,57 (2,88)
Escore Somático	3,48 (3,04)	3,76 (3,26)	2,64 (2,37)

**Tabela 4. Percepção sobre a influência da HAS e do tratamento na qualidade de vida de hipertensos de uma UBS do município de Itaqui/RS, Brasil, 2013. (n=55)**

Respostas	% (n)
Não, absolutamente	52,7% (29)
Sim, um pouco	30,9% (17)
Sim, bastante	12,7% (7)
Sim, muito	3,6% (2)

Autoria:

Andrade, BC; Couto, SF; Rockenbach, G; participaram de todas as etapas da execução deste artigo, desde a elaboração do projeto, trabalho de campo, processamento e análise dos dados, e redação do artigo.

## **Anexo I: Normas para publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva**

**Anexo II: Parecer de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da  
Universidade Federal do Pampa**