ARTIGO ORIGINAL

Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde*

Profile of hypertensive patients assisted in a public health center

Flavia Silva Arbex Borim[1], Maria Elena Guariento[2], Eros Antônio de Almeida[3]

*Recebido da Unidade Básica de Saúde Ipaussurama. Campinas, SP.
•Tese de mestrado em Gerontologia/Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) vem se transformando progressivamente num dos mais graves problemas de Saúde Pública no Brasil. O objetivo deste estudo foi definir perfis de hipertensos considerando-se a relação entre as variáveis faixa etária, sexo, número de medicamentos utilizados e comorbidades, controle da pressão arterial (PA), participação em grupo educativo, qualidade de vida (QV) e atividade física.
MÉTODO: Estudo transversal realizado em Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Campinas (SP), com amostra de conveniência, de ambos os sexos. Critérios de inclusão: uso de medicamentos anti-hipertensivos; cadastro na UBS. Instrumentos: questionário sócio-demográfico e clínico, escala de Baecke modificada para idosos e de QV específica para hipertensos.
RESULTADOS: Foram avaliados 156 participantes, sendo 54,48% idosos e 75,64% mulheres. A análise de conglomerados identificou dois perfis: 1 - predominantemente formado por mulheres, indivíduos com controle inadequado da PA, pior QV, maior uso regular de medicamentos e de comorbidades, pior desempenho em atividade física; 2 - predominantemente formado por indivíduos com controle adequado da PA, melhor QV, menor uso regular de medicamentos e de comorbidades, melhor desempenho em atividade física.
CONCLUSÃO: O estudo apontou que mulheres, pacientes com controle inadequado da PA, pior QV, menor prática de atividade física, maior número de comorbidades e de fármacos de uso regular apresentam maior impacto da HAS em suas vidas.
Descritores: Análise por conglomerados, Grupos etários, Hipertensão arterial, Qualidade de vida, Saúde Pública.

1. Mestre em Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil
2. Docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Membro do Grupo de Estudos em Doença de Chagas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil
3. Docente do Departamento de Genética Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Apresentado em 29 de dezembro de 2010
Aceito para publicação em 31 de março de 2011

Endereço para correspondência:
Flávia Silva Arbex Borim
Rua: Padre Francisco de Abreu Sampaio, 269/32B – Parque Itália
13036-140 Campinas, SP.
Fone: (19) 9201-6567
E-mail: flarbex@hotmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Systemic arterial hypertension (SAH) is becoming increasingly one of the most serious public health problems in Brazil. The aim of this project was to identify the profiles of hypertensive patients and investigate the relationship between the variables gender, age, number of medications and comorbidities, control of arterial pressure (AP), participation in educational groups, quality of life (QL) and physical activity.
METHOD: It was a descriptive study, cross-sectional study in Public Health Center (PHC) in Campinas, which used a convenience sample of both genders. The inclusion criteria were: use of antihypertensive medication; registration at the PHC. Instruments: sociodemographic and clinical, modified Baecke questionnaire for older adults and QL questionnaire for hypertensive patients.
RESULTS: A total of 156 participants, of whom 54.48% were elderly and 75.64% women. Cluster analysis identified two groups: 1, predominantly of females with uncontrolled blood pressure (BP), worse QL regular use of a greater number of medications, with greater number of comorbidities and lower physical activity score; 2, predominantly of individuals with satisfactory control of their AP, better quality of life,use of a smaller number of antihypertensive drugs, lesser associated diseases and higher physical activity score.
CONCLUSION: The study showed that women and individuals with uncontrolled BP, worse QL, less active lifestyle, greater number of comorbidities and regular use of drugs have a greater impact of SAH in their lives.
Keywords: Aged groups, Arterial hypertension, Cluster analysis, Public health, Quality of life.

INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que 30% da população, a partir de 40 anos, tenha hipertensão arterial sistêmica (HA), quadro esse que vem se transformando progressivamente num dos mais graves problemas de Saúde Pública, particularmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle e pelo impacto à saúde das populações[1]. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a HAS é definida como a elevação crônica da pressão arterial sistólica (PAS) ou da pressão arterial diastólica (PAD), a níveis

iguais ou maiores que 140 mmHg e 90 mmHg, respectivamente[2]. Na avaliação da doença, além dos níveis tensionais, devem ser considerados: presença de fatores de risco, comorbidades e lesões em órgãos-alvo[3].

As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS. A sua prevalência nos indivíduos acima de 60 anos é muito alta[4]. No Brasil cerca de 65% dos idosos são hipertensos, e entre mulheres maiores de 75 anos a prevalência pode chegar a 80%. Os valores pressóricos variam segundo idade e sexo, além de sofrer influência dos medicamentos utilizados, das doenças crônicas associadas e da mudança do estilo de vida.

O grande desafio em relação à HAS é conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do paciente. Têm-se demonstrado que a partir do conhecimento do diagnóstico, os pacientes relatam mudanças em sua qualidade de vida (QV)[5-7].

Para melhor avaliar a influência da HAS no indivíduo e no seu tratamento, desenvolveu-se essa pesquisa com o objetivo de traçar os perfis de hipertensos adultos e idosos, considerando-se a relação conjunta entre as variáveis: sexo, idade, número de medicamentos e comorbidades, controle da PA, participação em grupo educativo, qualidade de vida (QV) e atividade física, formando agrupamentos dos indivíduos, segundo os perfis delineados a partir dessas variáveis.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob número 963/2007, realizou-se este estudo de delineamento transversal, com amostra de conveniência composta por indivíduos hipertensos, de ambos os sexos, em tratamento medicamentoso. Os indivíduos foram selecionados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Campinas (SP), no período de março a junho de 2008. Foram convidados a participar da pesquisa 248 indivíduos. Mas o total de participantes foi de 156, após serem selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão, além da exclusão dos protocolos incompletos. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando com a pesquisa.

Não foi possível identificar o número total de hipertensos da UBS, mas conseguiu-se identificar a retirada de medicamentos anti-hipertensivos da farmácia local, totalizando 1.320 medicamentos ao mês. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[3], 2/3 dos pacientes não têm controle adequado da PA com a monoterapia, sendo escolhida uma combinação de fármacos, normalmente de dois tipos distintos. Assim, neste estudo, foi decidido por considerar que a média de pacientes hipertensos acompanhados em uma UBS fazia uso de dois medicamentos, avaliando-se, portanto, que o número de indivíduos hipertensos em tratamento nessa UBS era de, aproximadamente, 660. De acordo com esta estimativa, e levando em conta os itens listados na Escala de Qualidade de Vida de Bulpitt e Fletcher foi calculado o tamanho da amostra.

Para a seleção, adotaram-se como critérios de inclusão: 1) estar em tratamento anti-hipertensivo medicamentoso; 2) estar cadastrados na UBS. Foram critérios de exclusão: 1) apresentar dificuldades de manter comunicação verbal, de maneira a não ser possível responder às perguntas do instrumento de pesquisa; 2) apresentar complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão arterial.

A coleta de dados foi realizada individualmente por fisioterapeutas treinados. Um pré-teste com pacientes hipertensos foi realizado para observar a dificuldade em responder às questões dos instrumentos, assim como avaliar o tempo de cada entrevista.

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

1) Questionário sócio-demográfico e clínico: idade, sexo, escolaridade, condição econômica (valor atribuído, numa escala de 0 a 34 pontos, sobre os itens que tem na casa, sendo A: 25 – 34; B: 17 – 24; C: 11 – 16; D: 6 – 10; E: 0 – 05, segundo o sistema de Almeida e Wickerhauser[8]), controle da hipertensão arterial, medicamentos para seu controle e comorbidades, além de participação nas reuniões educativas da UBS;

2) Questionário de Baecke Modificado para Idoso[9] : para a avaliação da atividade física em geral, atividades domésticas, esportivas e de lazer. O questionário contém 10 questões fechadas sobre atividade de vida diária, uma questão sobre atividades esportivas e uma questão sobre atividades de lazer. O domínio *trabalhos domésticos* aborda 10 questões, as respostas variam de muito ativo a menos ativo e o escore é obtido através da média das respostas das questões. Os domínios *atividades esportivas* e *atividades em tempo de lazer* abordam o tipo, a intensidade, as horas semanais e os meses do ano no qual a atividade foi realizada.

3) Questionário de avaliação de qualidade de vida de Bulpitt e Fletcher[10], que aborda aspectos de bem estar físico, psicológico e percepção do paciente sobre o efeito do tratamento anti-hipertensivo em seu estilo de vida. As respostas fornecem um escore, sendo 0 para óbito e 1 como nota máxima. Os valores atribuídos para se calcular a nota de cada questionário foram adaptados do questionário padrão para facilitar a correlação entre as variáveis independentes, variando de 0 a 9. Esses valores foram ordenados em três grupos, da seguinte forma: grupo A, para aqueles que pontuaram 8 ou 9 (boa QV); grupo B, para aqueles que pontuaram 7 (QV regular); grupo C, para aqueles que pontuaram 4, 5 ou 6 (QV ruim). Não houve pontuação entre 0 e 3.

As análises descritivas incluíram cálculos de proporções e intervalos de confiança de 95%. Os dados foram armazenados em tabelas (Excel) e analisados no *software* SPSS 13.0. Para descrever o perfil da amostra, segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis contínuas com valores de média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, mediana e *quartis*.

Para comparação das variáveis categóricas entre grupos foram utilizados os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher (para valores esperados menores que 5), e o teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas entre dois grupos.

Para analisar a relação conjunta entre as variáveis principais e a formação de perfis foi utilizada a análise de conglomerados (Cluster Analysis). Foi usada a distância entre os indivíduos, segundo as variáveis de interesse, formando grupos de modo que a distância entre os sujeitos de um mesmo conglomerado fosse mínima, e a distância entre os centros dos conglomerados fosse a maior possível. Os conglomerados foram formados por métodos de partição

(onde, de antemão, se estabelece o número de grupos que devem ser formados, atribuindo-se os sujeitos a cada um deles), em função do tamanho da amostra. Todas as variáveis foram padronizadas nesta análise, para evitar diferenças de magnitude de escalas.

RESULTADOS

A amostra incluiu 54,48% de idosos, sendo a idade média 67,60 ± 6,37 anos. Entre os adultos (45,52%) a idade média foi 51,31 ± 6,25 anos. Houve maior proporção de mulheres (75,64%). Aproximadamente 61% dos indivíduos estavam no nível socioeconômico D e 77% eram analfabetos ou tinham frequentado menos de quatro anos na escola. Além disso, 65,38% responderam positivamente quando perguntados se a PA estava controlada. As reuniões realizadas na UBS tiveram a adesão de 42,31% dos integrantes desse estudo.

Tabela 1 – Comparação das variáveis categóricas entre os grupos. Campinas, 2009.

	Grupo 1	Grupo 2	Total
Sexo			
Feminino	93 (87,74%)	25 (50,00%)	118
Masculino	13 (12,26%)	25 (50,00%)	38
Total	106	50	156
p < 0,001			
Faixa etária			
Adultos	50 (47,17%)	21 (42,00%)	71
Idosos	56 (52,83%)	29 (58,00%)	85
Total	106	50	156
p = 0,545			
Controle da PA			
Não	47 (44,34%)	7 (14,00%)	54
Sim	59 (55,66%)	43 (86,00%)	102
Total	106	50	156
p < 0,001			
Participação no grupo educativo			
Não	62 (58,49%)	28 (56,00%)	90
Sim	44 (41,51%)	22 (44,00%)	66
Total	106	50	156
p = 0,769			
Qualidade de vida			
Ruim	56 (52,83%)	5 (10,00%)	61
Regular	34 (32,08%)	9 (18,00%)	43
Boa	16(15,09%)	36 (72,00%)	52
Total	106	50	156
p < 0,001			

A média de medicamentos anti-hipertensivos utilizados regularmente foi de 1,76, sendo que, 37,82% dos participantes utilizavam um medicamento, 50,64% utilizavam dois, 8,97% dos pacientes utilizavam três, 2,56% usavam quatro medicamentos.

Quanto às doenças crônicas associadas, observou-se que 37,82% dos pacientes negaram doenças associadas, 38,46% referiram uma comorbidade, 15,36% referiram duas, 5,13% três e 3,21% quatro comorbidades. A média de comorbidades foi de 0,97.

Quando se avaliou a QV, constatou-se que 39,10% dos indivíduos entrevistados estavam no grupo que relatava pior QV, 27,56% no grupo com avaliação regular e 33,33% referiram boa QV. A pontuação da atividade física variou entre 0,20 a 20,68 e sua média foi 3,98.

A análise de conglomerados identificou dois grupos, estabelecendo-se as seguintes associações: grupo 1: predominantemente formado por indivíduos do sexo feminino, sem controle da PA, com pior QV, maior número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados regularmente e maior número de doenças associadas, além de menor pontuação para atividade física; grupo 2: predominantemente formado por indivíduos com adequado controle da PA, melhor QV, menor número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados regularmente e de doenças associadas, assim como uma maior pontuação em atividade física (Tabelas 1 e 2).

Foram incluídos no primeiro grupo 106 indivíduos e apenas 50 no segundo grupo. Na comparação das variáveis categóricas entre os distintos perfis, observou-se que a idade e o grupo educativo não apresentaram diferença significativa, ao contrário das seguintes variáveis: sexo, controle de PA e QV (Tabela 1).

Entre as mulheres, 78,81% classificaram-se no perfil 1, enquanto 65,78% dos homens estavam no perfil 2. As mulheres formaram 87,74% do perfil 1, apresentando diferença significativa em relação aos homens (p < 0,001). Quanto à variável controle referido de PA, o perfil 2 foi composto por 86% dos indivíduos que responderam positivamente a esse item, apresentando uma diferença significativa quando comparado ao perfil 1 (p < 0,001), no qual 44,34% responderam negativamente a essa questão. Em relação à QV foi identificado que 84,91% do perfil 1 foi composto pelos indivíduos que apresentaram qualidade de vida regular ou pior, sendo significativa a diferença em comparação ao perfil 2 (p < 0,001) sendo que 72% da sua amostra pontuaram para melhor qualidade de vida (Tabela 1).

Comparando-se as variáveis numéricas entre os distintos perfis, observou-se que o número de medicamentos anti-hipertensivos usados regularmente, número de doenças crônicas associadas e atividade física apresentaram diferença significativa (p < 0,001) (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação das variáveis numéricas entre os grupos. Campinas, 2009.

	Grupo 1						Grupo 2						
Variáveis	N	Média	SD	Min.	Mediana	Max.	N	Média	DP	Mín.	Mediana	Max.	Valor de p*
Num Med.	106	1,93	0,75	1,00	2,00	4,00	50	1,40	0,49	1,00	1,00	2,00	< 0,001
Num DC	106	1,17	1,11	0,00	1,00	4,00	50	0,56	0,61	0,00	1,00	3,00	< 0,001
Atividade física	106	2,68	2,17	0,20	1,90	11,63	50	6,74	4,80	0,30	6,67	20,68	< 0,001

Num = número; Med = medicamentos; DC = doenças crônicas: DP = desvio-padrão; Min = valor mínimo; Max = valor máximo.
*Valor de p referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre os grupos 1 e 2.

Para atividade física, a média no perfil 1 foi de 2,68, enquanto que no outro grupo foi 6,74. O número de medicamentos foi 1,93 para o perfil 1 e 1,40 para o segundo perfil. O número de doenças crônicas apresentou uma média de 1,17 para o primeiro grupo e 0,56 para o segundo grupo (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Observou-se maior número de mulheres (75,64%) nessa população de hipertensos estudada, o que pode estar associado à maior preocupação dessas com a própria saúde[11], além do fato de que as mulheres têm maior sobrevida que os homens e, portanto, estão mais sujeitas a sofrerem de doenças crônicas por tempo maior[12]. Um estudo nacional que pesquisou indivíduos idosos com hipertensão arterial, realizado em uma UBS no município de Fortaleza (CE), constatou maior número de mulheres (77%). Os autores interpretaram o fato como sendo referente ao processo de feminização da velhice[13].

O presente estudo reforça a importância de se considerar as diferenças entre os sexos em relação à demanda por cuidado, enfatizando que as mulheres vivem mais e ficam com a saúde mais comprometida e com maior dificuldade para desempenhar as atividades de vida diária, mostrando, assim maior incapacidade funcional, maior número de sintomas e pior qualidade de vida em relação aos homens. Neste estudo, a idade não apresentou diferença significativa para a confecção dos perfis. Isso pode ser uma limitação decorrente do número de indivíduos quando divididos em adultos e idosos. Outra justificativa relaciona-se à própria doença, pois, de um lado, se sabe que o avançar da idade aumenta o risco para as doenças crônicas, para o aumento no consumo regular de medicamentos, além da diminuição da capacidade funcional tornando-se um preditor para uma pior qualidade de vida quando relacionada ao adulto. Entretanto, é importante destacar que os idosos se ajustam melhor frente às limitações decorrentes da doença e do tratamento, principalmente no aspecto emocional, o que possibilita equilibrar a diferença entre adultos e idosos nesse aspecto[14].

O controle da PA não está relacionado, apenas, aos hábitos de vida saudável do indivíduo e ao tratamento medicamentoso, mas também à conscientização a respeito da doença e das comorbidades relacionadas. Portanto uma melhor QV nos indivíduos controlados pode estar diretamente relacionada à postura deles frente à doença e aos cuidados tomados para o controle da PA. Esta variável apresentou diferença estatisticamente significativa em relação aos dois grupos. Li e col.[15], estudando chineses, verificaram que essa variável foi um preditor para uma melhor QV. Também foi feito um estudo transversal com 265 pacientes hipertensos em tratamento no ambulatório médico de Abeokuta, Nigéria, e os autores observaram que a média dos escores do domínio do *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey* (SF-36) nos pacientes com PA controlada foi significativamente superior ao obtido nos pacientes com PA descontrolada[16]. Esses resultados foram diferentes de outro estudo, onde não se encontrou diferença na QV relacionada à saúde pelo MINICHAL e WHOQOL-bref entre hipertensos controlados e não controlados[17]. A diferença encontrada no presente estudo pode estar associada à maneira como os dados foram coletados e tratados, considerando que não houve medida de pressão arterial, ou seja, os indivíduos foram perguntados se a pressão arterial era ou não controlada.

O número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados apresentou diferença significativa em relação à classificação dos grupos. Isso pode ter relação com os efeitos adversos que os medicamentos causam nessa população, proporcionando a inclusão no grupo com melhor QV daqueles indivíduos que utilizam regularmente menor número de medicamento. Um estudo em que se aplicou o instrumento SF-36 permitiu observar relação positiva entre vitalidade e número de medicamentos. Já na saúde mental não se observou diferença significativa[18]. Esse dado também foi encontrado em um estudo sobre anti-hipertensivos, que observou o impacto dos efeitos adversos do tratamento farmacológico nos indivíduos hipertensos[7].

O número de comorbidades encontrados nos pacientes hipertensos apresentou diferença significativa quando foram comparados os dois grupos. Alguns estudos mostram a relação entre número de doenças crônicas e piora da QV, principalmente no domínio estado geral de saúde e vitalidade, relativos ao instrumento SF-36[19-20]. Em estudo transversal que avaliou o efeito das doenças crônicas na qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos, os autores observaram que o aumento no número de doenças crônicas afetava negativa e progressivamente todas as dimensões da QV avaliadas pelo instrumento SF-36, e que o impacto nas escalas do instrumento variava de acordo com a doença analisada[21]. As doenças associadas influenciam de forma negativa na pontuação final do questionário de Bulpitt e Fletcher (2005), o que leva a distinguir no grupo com perfil menos favorável à maioria dos portadores de maior número de comorbidades.

Apesar dos resultados encontrados nessa pesquisa, sugere-se que novos estudos sejam realizados visando uma delimitação da interferência das comorbidades na QV desses pacientes, porque não se tem um consenso na relação entre essas duas variáveis. Um estudo com hipertensos não identificou diferença significativa entre número de doenças crônicas e QV, exceto no que se referia à doença cardíaca[5].

No presente estudo, observou-se diferença significativa relacionada à classificação do indivíduo quanto à prática de atividade física. Em revisão bibliográfica sobre o efeito da atividade física nos portadores de hipertensão arterial, os autores verificaram a influência benéfica do exercício físico aeróbico no aparelho cardiovascular e no comportamento da pressão arterial, além do aumento do bem-estar e da melhora na qualidade de vida dessa população[22]. A atual pesquisa observa que quanto maior a pontuação final do questionário de atividade física, melhor é a pontuação para QV, havendo um nítido predomínio dos indivíduos que responderam positivamente à questão sobre atividade física no perfil com melhor QV.

Os indivíduos com participação mensal no grupo educativo não apresentaram melhor QV quando comparados aos que não frequentaram e, assim, esse parâmetro não interferiu na divisão dos grupos. Mesmo frente a esse achado, a importância desse tipo de reunião é inquestionável, porque, apesar dos avanços tecnológicos em relação ao diagnóstico e ao tratamento, um alto percentual dos hipertensos não adere ao tratamento preconizado. Entende-se que com a conscientização decorrente de um processo educacional continuado seja possível conseguir melhor controle efetivo da PA, bem como redução importante das complicações e melhor nível de qualidade de vida no curso da hipertensão arterial. As atividades de educação em grupo devem enfocar o controle da PA, considerando a redução do peso corporal, restrição ao sal, redução do consumo de álcool, abandono do tabagismo, estímulo a prática de atividade física e orientação quanto ao uso de fármacos (doses, horários e efeitos adversos)[23]. Uma possível explicação para esse resultado

pode estar no tipo de reunião que se desenvolve com os pacientes hipertensos, e na maneira como os temas são abordados pela equipe multiprofissional. Uma pesquisa com grupos de hipertensos que participavam das reuniões educativas e um grupo em início de tratamento, ainda não inseridos nas ações educativas, constatou a existência da necessidade de melhor elaboração de prioridades para os diferentes grupos de hipertensos, por parte dos profissionais, de forma a promover a saúde dos pacientes, abordando temas essenciais para a percepção da doença e para o seu controle[24].

A análise de perfis desenvolvida neste estudo permitiu constatar que os achados dos dois grupos estão correlacionados com o que anteriormente se descreveu para as variáveis: sexo, atividade física, QV, número de medicamentos utilizados, doenças crônicas associadas e controle de PA referida[17].

Para melhor assistir aos grupos de hipertensos mais vulneráveis, a literatura[25,26] destaca o papel das equipes multiprofissionais com abordagem interdisciplinar e integral, propiciando o desenvolvimento de estratégias que melhorem a adesão à terapêutica anti-hipertensiva, controle mais adequado da PA e melhor QV dos pacientes hipertensos[27].

É importante referir que este estudo apresenta algumas limitações que impedem maiores generalizações, a validade externa é comprometida pelo universo do estudo porque, além da pesquisa ser realizada com uma amostra de pacientes acompanhados em um Centro de Saúde com menor número de complicações clínicas, a amostra não é representativa da população. Além disso, não é uma pesquisa longitudinal, o que não permite identificar associações causais.

CONCLUSÃO

O presente estudo destacou a relevância de se considerar determinados grupos de pacientes para os quais a HAS tem maior impacto. Embora não se tenha evidenciado associação entre o perfil de maior risco de impacto negativo da HAS e faixa etária, destacaram-se como mais vulneráveis os seguintes grupos: as mulheres, os indivíduos com controle inadequado da PA, os que referiam pior qualidade de vida, maior número de comorbidades e de medicamentos de uso regular, além dos menos ativos. Acredita-se que para esses hipertensos, em particular, a abordagem integral e interdisciplinar de equipes de saúde multiprofissionais possa trazer benefícios associados à melhor adesão terapêutica, controle mais adequado dos níveis pressóricos, e melhora da QV.

REFERÊNCIAS

1. Rolim N, Brum P. Efeitos do treinamento físico aeróbio na hipertensão arterial. Hipertensão 2005;8(1):35-7.
2. Disponível em: http://www.opas.org.br/prevencao/mos_info.cfm?codigodest=216 [acesso em 12 de Jun de 2008].
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2010;95(1 Suppl 1):1-51.
4. Souza A, Costa A, Nakamura D, et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. Arq Bras Cardiol 2007;88(4):441-6.
5. Roca-Cusachs A, Dalfó A, Badia X, et al. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. J Hypertens 2001;19(10):1913-9.
6. Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchôa E. The Babuí Health and Aging Study (BHAS): ways of thinking and acting among hypertensive older adults. Cad Saude Publica 2004;20(4): 1029-40.
7. Côté I, Moisan J, Chabot I, et al. Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. J Clin Pharm Ther 2005;30(4):355-62.
8. Almeida PM, Wickerhauser H. O Critério ABA/ABIPEME - em busca de uma atualização. São Paulo: Associação Brasileira de Anunciantes/Associação dos Institutos de Pesquisa de Mercado. 1991.
9. Mazo G, Mota J, Benedetti T, et al. Validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste do Questionáro de Baecke Modificado para idosos. Rev Bras Ativ Física e Saúde 2001;6(1):5-11.
10. Gusmão JL, Mion D, Pierin AM. Avaliação da qualidade de vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento. Hipertensão 2005;8(1):22-9.
11. Barros MBA, César CLG, Carandina L, et al. Social inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil, PNAD-2003. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11(94):911-26.
12. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_3.shtm. Accessed in 2010 (March 31).
13. Brito DM, Araújo TL, Galvão MT, et al. Quality of life and perception of illness among individuals with high blood pressure. Cad Saude Publica 2008;24(4):933-40.
14. Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Acta Paul Enferm 2008;5(21):152-9.
15. Li W, Liu L, Puente JG, et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. J Hypertens 2001;23(9):1667-76.
16. Ogunlana MO, Adedokun B, Dairo MD, et al. Profile and predictor of health-related quality of life among hypertensive patients in southwestern Nigeria. BMC Cardiovasc Disord 2009;9:25.
17. Melchiors AC. Hipertensão arterial: análises dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida [tese – mestrado]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2008.
18. Henderson JA, Buchwald D, Manson SM. Relationship of medication use to health-related quality of life among a group of older American Indians. J Appl Gerontol 2006;20(10):1-15.
19. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertension patients. East Mediterr Health J 2005;11(1-2):109-18.
20. Banegas JR, Guallar-Castillón P, Rodrigues-Artalejo F, et al. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. Am J Hypertens 2006;19(7):686-93.
21. Lima MG, Barros MB, César CL, et al. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. Rev Panam Salud Publica 2009;25(4):314-21.
22. Silveira PC, Martins RC, Dantas RH. Os efeitos da atividade física na prevenção da hipertensão. Rev Bras Med Esporte 1999;5(2):66-72.
23. Didier MT, Guimarães AC. Optimizing the treatment of hypertension in the primary care setting. Arq Bras Cardiol 2007;88(2):218-24.
24. Cavalcante MA, Bombig MT, Luna Filho B, et al. Quality of life of hypertensive patients treated at an outpatient clinic. Arq Bras Cardiol 2007;89(4):245-50.
25. Guimarães RM. Proteção e saúde do idoso. Rev Saude Publica 1987;21(3):274-5.
26. Gerlack LF, Moreira LB, Serbim AK, et al. Saúde do idoso: residência multiprofissional como instrumento transformador do cuidado. Rev Ciência & Saúde 2009;2(2):104-8
27. Lyra Jr. DP, Amaral RT, Veiga EV, et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev Lat Am Enfermagem 2006;14(3):435-41.