

4.08.99 - Fisioterapia e Terapia Ocupacional

QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ASSISTIDOS PELO PROGRAMA HIPERDIA.

Allana Daphne S. da Costa¹; Francisca Alcimara da S. Morais², Claciana F. da Silva², Carla Juliana de P. Silva²; Francisca Karolina F. Silva²; Rhaysa Shayonara B. P. Rodrigues²; Jéssica D. Cavalcanti^{3*}.

1. Estudante do curso Fisioterapia da Faculdade UNINASSAU

2. Fisioterapeuta graduada pela Faculdade UNINASSAU.

3*. Professor(a) do curso de Fisioterapia da Faculdade UNINASSAU/Orientador(a)

Resumo

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida e os níveis de atividade física em indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Metodologia:** Foram avaliados hipertensos acompanhados pelo Programa HIPERDIA, onde foram submetidos a avaliação sociodemográfica, da qualidade de vida pelo questionário Medical Outcomes Study 36/item Short-Form Health Survey(SF-36), e do nível de atividade física pelo Questionário Internacional de Atividade Física(IPAQ). **Resultados:** 41 indivíduos participaram da pesquisa onde 21(51,21%) eram ativos segundo o IPAQ. Nos resultados do SF-36, os ativos exibiram maiores valores no domínios de: capacidade funcional($p=0,005$), aspectos físicos($p=0,004$) e emocionais($p=0,04$), saúde mental($p=0,001$) e escore total($p=0,005$), comparado aos sedentários e insuficientemente ativos. **Conclusão:** Hipertensos ativos apresentaram melhores índices de qualidade de vida comparados aos sedentários. Esses achados tornam-se relevantes na promoção de uma melhor assistência nesse público.

Autorização legal: Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares(EBSERH), com o número CAAE: 07391418.8.0000.5292.

Palavras-chave: Pressão arterial alta; Aptidão física; Doenças cardiovasculares.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma condição clínica multifatorial e definida pelo aumento da pressão arterial sistólica ou diastólica maior ou igual a 140/90 mmHg. É associada a distúrbios metabólicos e alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016). A HAS tem alto índice de prevalência e os indivíduos apresentam dificuldade no controle da doença, devido a determinantes como: a baixa adesão ao tratamento medicamentoso(MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2013; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010), a má alimentação e permanência em hábitos sedentários(DUARTE et al., 2010). É descrito na literatura que a HAS tem contribuindo para a diminuição da qualidade de vida relacionada a saúde quando comparado aos sujeitos normotensos(SOUZA; BORGES; MOREIRA, 2016) e vários fatores podem estar atribuídos para a diminuição na qualidade de vida de hipertensos, como a própria aceitação da enfermidade, impacto nos aspectos físicos, emocionais e sociais, bem como a relação da terapia medicamentosa. A prática de atividade física pode influenciar nos níveis de qualidade de vida dos sujeitos. De acordo com Gonçalves e Vilarta (2004), a atividade física e a adoção de estilos de vida saudáveis atuam diretamente numa melhor percepção da qualidade de vida, em virtude de estar intimamente ligada a sensação de bem-estar. Além disso, diversos fatores são envolvidos na melhora da qualidade de vida, na qual destacam-se a promoção de saúde, bem-estar físico, funcional, emocional e mental (ALMEIDA, 2010).

Visto que a população hipertensa pode apresentar algum prejuízo nos níveis de qualidade de vida, faz-se necessário avaliá-la de forma objetiva na prática clínica, uma vez que a prática de atividade física pode ser uma estratégia terapêutica válida para reverter essa condição e controlar a doença. Dessa forma a presente pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida da população adulta com diagnóstico de HAS e identificar se os níveis de atividade física podem influenciar a qualidade de vida dessa população.

Metodologia

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo observacional, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde(UBS): Centro de Saúde Soledade II e Unidade de Saúde Santarem, ambas situadas no município de Natal localizado no estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

Participaram do estudo indivíduos com diagnóstico clínicos de HAS, clinicamente estáveis, devidamente cadastrados e acompanhados pelo Programa HIPERDIA. Foram incluídos os indivíduos que estavam em acompanhamento médico, podendo ou não estar associado a diabetes mellitus (DM), com idade entre 45 e 65 anos e de ambos os sexos. Foram excluídos os indivíduos que não encontravam-se clinicamente estáveis, aqueles que relataram apresentar disfunções cardiovasculares (insuficiência cardíaca, valvulopatias, infarto agudo do miocárdio recente, anginas instáveis e arritmias), ou dificuldades em compreender/realizar alguma das etapas da pesquisa e aqueles que não aceitaram participar. A seleção desses indivíduos foi por

convite direto e conveniência e todos os participantes que concordaram em participar voluntariamente da presente pesquisa, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa foi composta inicialmente por uma avaliação dos dados sociodemográfica com ficha estruturada, seguida da coleta dos dados antropométricos, avaliação do nível de atividade física e da qualidade de vida. Para avaliação no nível de atividade física, foi utilizado a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). O IPAQ é composto por sete questões que quantifica o nível de atividade física e estima o tempo semanal gasto em atividades com intensidades leve, moderada e vigorosa (MATSUDO et al., 2001). O indivíduo, de acordo com as atividades realizadas na semana anterior, pode ser classificado em “muito ativo”, “ativo”, “irregularmente ativo A”, “irregularmente ativo B” e “sedentário”. A qualidade de vida foi avaliada pelo o questionário Medical Outcomes Study 36/item Short-Form Health Survey (SF-36), validado para o Brasil (CICONELLI et al., 2001), composto por 36 perguntas, analisando oito aspectos da saúde: referentes a capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental. Ao final foi somado cada um dos escores e calculado os pontos de cada domínio. Ambos os questionários foram lidos e preenchidos por um entrevistador previamente treinado em forma de entrevista.

A análise estatística foi realizada pelo programa GraphPad. Prism versão 6.01 adotando o nível de significância de $p < 0,05$. O teste de normalidade *Shapiro-Wilk* foi utilizado na análise descritiva com o objetivo identificar se a amostra possuía distribuição normal. O teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis*, com pós-hoc de *Dunns*, foi utilizado nas análises intragrupo.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 41 indivíduos com HAS, com média de idade de $56,2 \pm 8,84$ anos. Dos sujeitos avaliados 17(41,41%) tinham DM associada, 36(87,8%) eram mulheres e 5(12,19%) eram homens, com tempo de diagnóstico de $9,98 \pm 7,4$ anos e 39(95,12%) faziam uso da medicação. Em relação aos hábitos de vida da amostra: 4(4,91%) eram tabagistas e 11(12,03%) etilistas.

Nos resultados do IPAQ os indivíduos foram classificados sendo: 7(17,07%) como “sedentários”; 9(21,95%) como “irregularmente ativos”, onde incluía irregularmente ativo A e B; 21(51,21%) como “ativos” e 4(9,75%) como “muito ativos”. Para efeito de comparações, foram formados grupos a partir da classificação do IPAQ: grupo sedentário(GS), grupo irregularmente ativo(GIA) e grupo ativo(GA). Os dados dos indivíduos “muito ativo” foram incluídos no GA. Na amostra avaliada, a maioria dos participantes foram mulheres. As mulheres são mais participativas em programas de hábitos saudáveis, em buscarem orientação de especialistas e seguirem de forma mais criteriosa as recomendações(SILVA et al., 2016). Nossos resultados demonstraram que mais de 50% dos hipertensos avaliados foram considerados ativos e a maioria faziam uso de medicação. Diante desses dados podemos deduzir que a amostra possuía bom controle da doença, uma vez que a atividade física é uma medida não-farmacológico para controle da HAS. A pressão arterial(PA) é inversamente proporcional ao nível de atividade, ou seja, quanto mais ativo for o indivíduo, menores são os níveis de PA e melhor seu controle(OLIVEIRA et al., 2013).

Nos resultados obtidos pelo questionário SF-36, foi observado uma diferença significativa entre os grupos nos domínios de capacidade funcional($p=0,005$), aspectos físicos($p=0,004$), aspectos emocionais($p=0,04$) e saúde mental($p < 0,0001$) com o GA apresentando valores maiores, comparados aos outros grupos. O GA apresentou valores significativamente maiores no escore total do SF-36($p= 0,005$), comparado ao GS, porém sem diferenças com o GIA. Silva et al. (2016), verificaram que hipertensos apresentam diminuição da qualidade de vida em relação a indivíduos normotensos, a doença traz limitações, podendo gerar incapacidade funcional. Os resultados demonstraram que o GA tem melhores níveis de capacidade funcional, aspectos físicos, emocionais e de saúde mental. Essas dados revelam que tais fatores podem ser revertidos com a pratica regular de exercícios. Os idosos hipertensos que realizam atividades físicas exibem melhores escores de aspectos físicos(VITORINO et al., 2015). Rinaldo et al.(2016), afirmaram que há relação entre qualidade de vida e atividade física. Quanto mais os sujeitos realizam atividades moderadas e vigorosas, melhor é sua percepção de saúde, principalmente no aspecto da capacidade funcional. Melhoras na capacidade funcional está diretamente ligado à capacidade da realização de atividades cotidianas e isso gera impacto na qualidade de vida do indivíduo.

Conclusões

Diante dos resultados encontrados podemos concluir que indivíduos hipertensos com níveis maiores de atividade física, ou seja, considerados ativos, possuem melhores níveis de qualidade de vida. Dessa forma a prática de atividade física, considerada como tratamento não-farmacológico, deve ser continuamente incentivada e inserida nos programas de atenção primária como parte do manejo e cuidado dessa população.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. A. B. **Qualidade de vida e a atividade física**. Lecturas Educación Física y Deportes, v. 15, n. 150, p. on-line, 2010.
- CICONELLI R. M.; FERRA, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)**. Rev Bras Reumato 39(3):143-50. 1999.
- DUARTE, M. T. C.; CYRINO, A. P.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; NEMES, M. I. B.; IYDA, M. **Motivos do abandono do**

seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. Ciência da saúde coletiva, vol.15, no.5, 2010.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas.** Barueri, Manole, p.03-25. 2004.

MATSUDO, S.; ARAUJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. **Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil.** Revista Atividade Física & Saúde. v. 6, n.2, p.5-18, 2001.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. **Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study.** Cadernos de saúde publica, v. 29, p. 62-72, 2013.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. P.; FERNANDES, P. S.; CALDEIRA, A. P.; **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.

RINALDO, M. L.; PASSOS, P. C. B.; ROCHA, F. F. da; MILANI, J. L.; VIEIRA, L. F.. **Qualidade de vida e atividade física: um estudo correlacional em idosos com hipertensão arterial sistêmica.** Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 20, n. 1, 2016.

SILVA, P.; TIBANA, R.; SOUSA, N.; PINHEIRO, V.; SANTOS, R.; BASTOS, E.; TREVISAN, E.; PEREIRA, G.; PRESTES, J.; **Qualidade de vida e nível de atividade física de idosos normotensos e hipertensos cadastrados na estratégia de saúde da família.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 21, n. 3, p. 220-227, 2016.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol. 95: 1-51. 2010

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial.** Vol. 107, Nº 3, 2016.

SOUZA, A. C. C.; BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M. **Qualidade De Vida E Adesão Ao Tratamento em Hipertensão: Revisão Sistemática com Metanálise.** Revista de Saúde Pública. Fortaleza, v. 50, n. 71. 2016.

VITORINO, G. F. A.; OLIVEIRA, M. I.; ARAUJO, H. V. S.; BELO, R. M. O.; FIGUEIREDO, T. R.; BEZERRA, S. M. M. S.; **Perfil de saúde e qualidade de vida de idosas com hipertensão arterial sistêmica.** Rev Rene 16(6):900-7. 2015.