



HIPERTENSOS EM TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: HÁBITOS E QUALIDADE DE VIDA

Mariana Sirote Borges¹; Cássia Letícia Pereira¹; Janete Lane Amadei²

RESUMO: A avaliação da qualidade de vida fornece subsídios para a elaboração de estratégias de tratamentos eficazes para os pacientes com hipertensão arterial por ser esta patologia fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e sofrer influência multifatorial com destaque para o estilo de vida. Estudo descritivo com abordagem quantitativa com o objetivo de verificar a qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial em tratamento medicamentoso, atendidos na rede pública de saúde do município de Atalaia – Paraná. Foram entrevistados 50 hipertensos utilizando-se instrumento genérico de avaliação de saúde SF-36[®] traduzido e validado no Brasil. Do total de pacientes, 64% eram do sexo feminino, com faixa etária prevalente entre 60 e 69 anos (32%). Ao se investigar a qualidade de vida mediante utilização do SF-36[®], os hipertensos apresentaram comprometimento em sua qualidade de vida, nos domínios capacidade funcional; desempenho físico; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos emocionais; saúde mental e evolução do estado de saúde, exceto no domínio aspectos sociais. A organização de uma assistência bem orientada e direcionada à esta população, visando fortalecer a importância de mudanças de hábitos, podem melhorar os escores de qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de Risco; Hipertensão; Uso de Medicamentos.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônico-degenerativa, de detecção quase sempre tardia, devido ao seu curso assintomático e prolongada (CESARINO, et al., 2008). Nas últimas décadas esta patologia tem apresentado índices com elevação significativa, devido às condições de vida, trabalho, modificações econômicas e políticas e ao aumento da expectativa de vida (REIS; GLASHAN, 2001).

Caracteriza-se de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) pela elevação da pressão arterial sistólica a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg e/ou de pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em medidas de consultório, onde o diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões.

A HA requer tratamento medicamentoso e não-medicamentoso para toda a vida (SALES; TAMAKI, 2007). 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento

¹ Acadêmicas do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), Maringá – PR. Programa de Iniciação Científica do Cesumar (PICC).cassialeiticia15@hotmail.com.

² Orientadora, Mestre, Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), Maringá - PR.janeteamadei@gmail.com.



e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada (SANTOS, et al., 2005) com alto custo social sendo responsável por absenteísmo no trabalho e cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce (FARIA, 2010).

Quando não tratada corretamente se torna um grande problema para a saúde pública, diminui a expectativa e a qualidade de vida das pessoas, visto que interfere na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

Esta patologia é referenciada como um dos fatores de risco preponderantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e sofre influência multifatorial, com destaque para o estilo de vida (SANTOS, et al., 2005). Em geral é determinada por diversos fatores genéticos como idade, raça, sexo, história familiar e de riscos associados ao tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e excesso de sal (CESARINO, et al., 2008).

Um dos desafios para a equipe de saúde reside em propor uma terapêutica eficaz a longo prazo porque requer a participação e cooperação do portador que, ao conviver com a cronicidade tem dificuldade de alterar seu estilo de vida. A terapêutica, somadas às modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente e hábitos pessoais (abolição do álcool e do tabaco, realização de atividade física, perda do excesso de peso e mudanças nos hábitos alimentares) proporcionam alívio dos sintomas e traduz-se em melhoria da qualidade de vida (REIS; GLASHAN, 2001).

A qualidade de vida (QV), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (BRITO, et al., 2008).

A avaliação da QV fornece subsídios para a elaboração de estratégias de tratamentos eficazes. Investigar a qualidade de vida e intervir nos problemas detectados pela aplicação dos instrumentos de avaliação pode melhorar a adesão ao tratamento, proporcionar controle da pressão arterial e uma melhora na qualidade de vida para esta população (FARIA, 2010).

Ressalta-se a importância de realizar estudos enfocando questões relativas à QV de hipertensos, visando identificar os fatores que interferem na manutenção adequada da pressão arterial, a fim de se conhecer o impacto da doença sobre a vida do paciente.



Este estudo foi desenvolvido para verificar a qualidade de vida de indivíduos vivendo com hipertensão arterial em tratamento medicamentoso, atendidos em rede pública de saúde, através do instrumento de avaliação SF36[®] (The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo com abordagem quantitativa. A população estudada constitui-se de 50 pacientes com diagnóstico de HA sob tratamento medicamentoso, atendidos na Unidade Primária de Saúde (UPS) do município de Atalaia localizada na região Noroeste do Paraná, com população estimada em 3.913 habitantes (IBGE, 2010).

Foram adotados como critério de inclusão: estar ciente do seu diagnóstico, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar em uso de terapêutica anti-hipertensiva há pelo menos seis meses, recebendo medicamento na unidade, não possuir outro tipo de patologia e aceitar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se a recusa daqueles que decidirem não participar, em qualquer de suas etapas.

O sujeitos foram abordados na UPS no período de junho à agosto de 2011, através de entrevista preenchido pelo pesquisador. Antes da coleta de dados, realizou-se uma reunião na Unidade de Saúde com seus integrantes para apresentação do projeto e autorização do mesmo na qual as intenções foram divulgadas e as dúvidas esclarecidas.

O instrumento contendo dados da população (dados pessoais; hábitos de vida; uso e tempo de utilização de medicamentos e obesidade através do cálculo do Índice de Massa Corporal - IMC), foi elaborado pelo pesquisador. A classificação do IMC seguiu os critérios da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica que considera peso normal IMC entre 18,5 a 24,9; abaixo do peso < 18,5; sobrepeso de 25,0 a 29,9; obesidade grau I de 30,0 a 34,9; obesidade grau II de 35,0 a 39,9; obesidade grau III, $\geq 40,0$.

Os dados sobre QV foram obtidos através da versão em português do instrumento SF36[®], segundo Ware, Sherbourne, Hays, Stewart, Berry, Gandek (1992), citado por,



Colautti, et al., (2007). O SF36[®] é um formulário genérico de avaliação, traduzido e adaptado em 29 países e utilizado em diferentes grupos de pacientes, incluindo portadores de hipertensão arterial (BRITO, et al., 2008). É formado por 36 itens que englobam nove domínios: Capacidade Funcional (CF) com 10 itens; Desempenho Físico (DF) com 04 itens; Dor (DR) com 02 itens; Estado Geral de Saúde (GS) com 05 itens; Vitalidade (VT) com 04 itens; Aspectos Sociais (AS) com 02 itens; Aspectos Emocionais (AE) com 03 itens; Saúde Mental (SM) com 05 itens; Evolução do Estado de Saúde (EV), refere-se a avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás, com 01 item. Para cada item, o participante deveria escolher apenas uma opção (REIS et al., 2001). Nos domínios do SF36[®], os itens são codificados e transformados em escala de zero a 100 pontos, utilizando-se pontuação e interpretação própria da escala. Dessa forma, obtém-se um escore médio: o maior escore indica melhor estado de saúde ou qualidade de vida, e os escores menores, pior situação ou qualidade de vida prejudicada. Este cálculo é chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida (BRITO, et al., 2008).

Para a descrição dos valores dos domínios foram empregados os valores de média, desvio padrão, mediana, mínima e máxima. O domínio “*evolução do estado de saúde*” não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada, para avaliar o estado geral e o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado à um ano atrás, sendo apresentado em porcentagem.

Os resultados sobre a população foram analisados e apresentados através de estatística descritiva em distribuição e frequência. Na análise das médias dos domínios em comparação com os hábitos de vida foi utilizado o Teste t não – pareado com nível de significância fixado em $p < 0,05$ utilizando-se o software R. 2.10.0.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR) - parecer nº 130/2011.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO



Dos 50 hipertensos que participaram da entrevista, 64% eram do gênero feminino e 36% masculino, prevalecendo a faixa etária entre 60 e 69 anos (32%); apresentando escolaridade prevalente de indivíduos com menos de 4 anos de estudo (64%); seguido por analfabetos (22%), 4 anos completos (8%) e com 8 anos de estudo concluído (6%).

O maior número de mulheres participantes pode ser interpretado em razão das características da mulher como mais cuidadosa e atenta aos aspectos relacionados à sua saúde (BRITO et al., 2008). A faixa de idade de hipertensos se justifica devido ao fato de que a pressão arterial se eleva na medida em que são acrescidos anos de vida à população (REIS; GLASHAN, 2001).

Observou-se nesta população o baixo nível de escolaridade com prevalência de analfabetos e com menos de quatro anos de estudo. Esta característica pode dificultar a compreensão dos indivíduos acerca das orientações recebidas, sobretudo das medidas de tratamento correto, o que contribui para a não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a maior prevalência das complicações hipertensivas (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

3.2 HÁBITOS DE VIDA E OBESIDADE

Sobre o hábito de fumar os respondentes relataram não ser fumantes (70%) ou que abandonaram o vício (24%) sendo 10% em até 10 anos e 14% há mais de 10 anos. A ingestão de bebidas alcoólicas foi referida como nunca usou (66%) e dos que fazem uso (30%) referem o hábito uma vez por semana (6%), mais de uma vez por semana (14%), raramente ingerem (10%) ou, pararam de beber há 5 e 35 anos atrás (4%). A prática de exercícios físicos não surgiu como um hábito entre a maioria dos entrevistados (86%).

Os hábitos investigados interferem nos índices pressóricos podendo refletir na qualidade de vida. O uso do tabaco compromete a integridade dos vasos sanguíneos e a nicotina produz a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a resistência periférica e, por conseqüência, a pressão arterial. A ingestão de álcool eleva a pressão arterial de modo lento e progressivo, na proporção de 2mmHg para cada 30mL de álcool etílico ingeridos diariamente (TEIXEIRA, et al., 2006) e pode diminuir a potência



anti-hipertensiva das drogas tendo seu efeito revertido sobre a pressão arterial somente duas semanas após a redução do hábito de beber (MANO, PIERIN, 2005).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) refere que os exercícios físicos diminuem a pressão arterial e podem reduzir o risco de doença coronariana e mortalidade.

Em relação ao controle da ingestão de sal, 58% dos sujeitos responderam que sua dieta é preparada com pouco sal, caracterizando que a maioria mantém este hábito de maneira correta. Segundo Teixeira et al., (2006), o controle da quantidade de sal ingerida é importante no controle dos índices pressóricos. Todavia, se faz necessário encontrar formas criativas e prazerosas na alimentação, pois o gosto e o bem-estar são importantes para a saúde.

A análise do IMC caracterizou que 56% dos indivíduos estavam acima do peso, destes 24% apresentavam sobrepeso e 18% obesidade grau I. O excesso de peso é fator predisponente à hipertensão arterial e estima-se que 20% a 30% dos indivíduos hipertensos podem apresentar essa associação (OSHIRO, 2007) sendo que a prevalência desta patologia aumenta entre estes pacientes e a gravidade da mesma parece relacionar-se diretamente com o grau de gordura corporal e com o padrão de distribuição predominantemente visceral (SOUZA, et al., 2007). Mesmo uma modesta perda do peso corporal está associada a reduções na PA em pessoas com sobrepeso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

3.3 USO DE MEDICAMENTOS

Sobre o uso de medicamentos 60% dos entrevistados referiram que “esquecem de tomar o medicamento”. O tempo de tratamento caracterizou-se por pacientes que se encontram em terapia há menos de 10 anos (72%) ou há mais de 10 anos (28%). O regime terapêutico evidenciou uso combinado de dois medicamentos anti-hipertensivos - captopril e hidroclorotiazida (58%), um medicamento ou monoterapia (36%), e combinação de três anti-hipertensivos (6%). A indicação de captopril e de hidroclorotiazida está relacionada com a disponibilidade destes medicamentos na Unidade Primária de Saúde no município estudado.



O esquecimento para tomar o medicamento é justificado por Gusmão et al., (2009), referindo que os fatores que afetam a adesão estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças freqüentes no tratamento e influência na qualidade de vida.

O uso combinado de dois ou mais medicamentos é amplamente aceito como uma tentativa de otimizar os níveis de pressão arterial, minimizar os efeitos adversos e obter efeitos sinérgicos (SCHROETER, et al., 2007).

3.4 PREVALÊNCIA DOS DOMÍNIOS (SF 36[®])

Os resultados obtidos através da análise dos domínios da escala de qualidade de vida de acordo com SF-36[®] considerando as médias encontradas estão apresentados na Tabela 1.

O maior comprometimento ocorreu no “estado geral de saúde” média 44,5 (dp=16,6) e “desempenho físico”, média 47,5 (dp=50,0). Sobre o desempenho físico, em estudo realizado por Brito, et al.,(2008), os indivíduos mostraram-se incapazes fisicamente de desenvolverem algumas atividades cotidianas, considerando-se as médias inferiores a 60 pontos, provavelmente em decorrência das manifestações clínicas relacionadas à etiologia da hipertensão arterial e ao tratamento instituído.

O domínio “aspectos sociais” que demonstra a integração da pessoa em atividades sociais obteve média de 87,7 (dp=19,4) sugerindo uma melhor qualidade de vida. Os demais domínios apresentam valores ou qualidade de vida comprometida entre 52,9 (dp=19,7) e 68,1(dp=20,4).

A evolução do estado de saúde, comparando a situação atual com a de um ano atrás, 28% referiram estarem melhores hoje, 46% informaram que estão no mesmo estado de sua saúde e 26% que hoje estão um pouco piores. E segundo Reis, Glashan (2001) a qualidade de vida, coletiva ou individual, é relativa a sentimentos dos homens sobre sua própria saúde ou sobre outros aspectos de sua vida.

Tabela 1. Valores obtidos nos domínios do SF-36[®] de acordo com dados relatados por pacientes hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.



Domínios	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	47,5	56,0	21,7	25,0	100,0
Desempenho físico	0,0	47,5	50,0	0,0	100,0
Dor	56,0	54,9	33,1	0,0	100,0
Estado geral de saúde	47,0	44,5	16,6	0,0	82,0
Vitalidade	50,0	52,9	19,7	10,0	90,0
Aspectos sociais	100,0	87,7	19,4	37,5	100,0
Aspectos emocionais	100,0	64,0	48,4	0,0	100,0
Saúde mental	74,0	68,1	20,4	20,0	100,0

3.5 CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS (SF 36[®]) COM OS HÁBITOS DE VIDA

A comparação dos hábitos de vida dos hipertensos com os domínios do SF 36[®], apresentados na Tabela 2, caracteriza que a avaliação da qualidade de vida em relação aos fumantes e não fumantes apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,0228$) no domínio aspecto social, no qual os fumantes apresentaram melhor qualidade de vida sobre os não fumantes. Isto pode ser justificado pelo fato de que, por mecanismos associativos simples, os fumantes passam a se perceber como pessoas mais hábeis do que realmente seriam. O uso constante do cigarro como estratégia de enfrentamento em situações sociais adversas poderia levar muitos fumantes a superestimarem suas habilidades sociais (PINHO, OLIVA, 2007).



Tabela 2. Correlação entre os domínios (SF 36[®]) com fumantes e não fumantes através do Teste t – não pareado de acordo com dados relatados por pacientes hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Tabagismo				p-valor*
	Não		Sim		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Capacidade funcional	54,4	21,9	59,7	21,5	0,4394
Desempenho físico	45,0	49,9	53,3	51,6	0,6020
Dor	56,5	35,1	51,4	28,7	0,5939
Estado saúde	45,2	18,4	42,9	11,9	0,6035
Vitalidade	54,4	21,0	49,3	16,7	0,3678
Aspectos sociais	84,3	20,9	95,8	13,1	0,0228
Aspectos emocionais	62,9	49,0	66,7	48,8	0,8025
Saúde mental	68,9	21,4	66,6	18,6	0,7095

*Teste t - não pareado;

** $p < 0,05$.

A avaliação da qualidade de vida em relação ao consumo ou não de álcool (Tabela 3), apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,0401$) para o aspecto social, onde a média dos hipertensos que consomem bebidas alcoólicas apresentam melhor qualidade de vida em relação aos que não consomem álcool. Isto ocorre porque a ingestão de bebida alcoólica está relacionada ao prazer, não sendo o álcool, considerado como um mal para os indivíduos que o consomem. A forma e a frequência com que é usado é o que lhe confere a característica de insalubridade. Ao mesmo tempo em que a bebida alcoólica provoca tantos males, ela também é aceita socialmente (LIMA, BUCHER, OLIVEIRA, 2004).

Tabela 3. Correlação entre os domínios (SF 36[®]) com o consumo ou não de álcool através do Teste t – não pareado de acordo com dados relatados por pacientes hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Consumo de álcool				p-valor*
	Não		Sim		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Capacidade funcional	55,8	23,2	56,7	17,0	0,8882
Dor	52,1	34,8	64,1	26,5	0,2194
Desempenho físico	44,1	49,1	58,3	51,5	0,4106
Estado geral de saúde	44,8	18,3	43,8	10,3	0,8058
Vitalidade	51,8	21,2	56,3	14,5	0,4227
Aspectos sociais	85,2	20,3	95,8	14,4	0,0401
Aspectos emocionais	63,2	48,9	66,7	49,2	0,8317
Saúde mental	68,0	21,6	68,8	16,9	0,9017

*Teste t - não pareado;

** $p < 0,05$.



A prática de atividade física em comparação com os diversos domínios descrita na Tabela 4 significa que aqueles que não possuem o hábito dos exercícios físicos possuem mais “dor” ($p=0,0464$) dos que praticam exercícios. Isto pode ser explicado devido ao aumento da sobrecarga imposta ao aparelho locomotor que induz á um dano muscular e a dor resultante que ocorre algumas horas após o exercício físico, com determinada sobrecarga a qual não se está acostumado a realizar (FOSCHINI, PRESTES, CHARRO, 2006).

Tabela 4. Correlação entre os domínios (SF 36[®]) com a prática ou não de atividade física através do Teste t – não pareado de acordo com dados relatados por pacientes hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Exercícios físicos				p-valor*
	Não		Sim		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Capacidade funcional	56,2	22,8	55,0	15,0	0,8643
Dor	57,8	34,2	37,9	19,6	0,0464
Desempenho físico	48,3	50,1	42,9	53,5	0,8090
Estado geral de saúde	44,2	16,7	46,6	17,5	0,7478
Vitalidade	53,5	20,5	49,3	15,1	0,5334
Aspectos sociais	88,4	19,0	83,9	23,6	0,6497
Aspectos emocionais	65,1	48,2	57,1	53,5	0,7208
Saúde mental	67,7	21,3	70,9	14,9	0,6420

*Teste t - não pareado;

** $p < 0,05$.

A associação entre o controle de sal e os domínios de qualidade de vida (Tabela 5), de acordo com o SF-36[®] não apresentou significância estatística.

Tabela 5. Correlação entre os domínios (SF 36[®]) com o controle ou não do sal através do Teste t – não pareado de acordo com dados relatados por pacientes hipertensos, Atalaia – Paraná, 2011.

Domínios	Controle do sal				p-valor*
	Não		Sim		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Capacidade funcional	51,4	20,1	59,3	22,6	0,2002
Dor	51,4	33,4	57,6	33,2	0,5250
Desempenho físico	42,9	50,7	50,9	50,2	0,5830
Estado geral de saúde	44,2	19,0	44,8	15,1	0,9177
Vitalidade	47,9	20,9	56,6	18,4	0,1351
Aspectos sociais	91,1	16,4	85,3	21,4	0,2893
Aspectos emocionais	61,9	49,8	65,5	48,4	0,7990
Saúde mental	63,6	23,0	71,5	18,0	0,1955

*Teste t - não pareado;

** $p < 0,05$.



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ressaltou a importância da adequação ao estilo de vida saudável para o controle adequado dos níveis pressóricos e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso.

Ao se investigar a qualidade de vida mediante utilização do SF-36[®], os hipertensos apresentaram comprometimento em sua qualidade de vida, nos domínios capacidade funcional; desempenho físico; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos emocionais; saúde mental e evolução do estado de saúde, exceto no domínio aspectos sociais. Caracterizando que as limitações proporcionadas pela hipertensão arterial não interferem para que os aspectos sociais sejam os prioritários para uma boa qualidade de vida. Nesse caso, os domínios mais evidentes foram aqueles que investigaram o “*estado geral de saúde*” e “*desempenho físico*”.

Os resultados obtidos caracterizam que a organização de uma assistência bem orientada e direcionada à população hipertensa, no sentido de fortalecer a importância de mudanças de hábitos, podem melhorar a qualidade de vida já que foram levantados aspectos falhos quanto à prática de atividade física, tratamento medicamentoso e alimentação.

Sugere-se maior atenção no aspecto social destes indivíduos, pois na correlação dos domínios com os hábitos de vida, pode-se notar que os fumantes e os que consomem álcool relatam boa aceitação na sociedade mesmo apresentando estes hábitos considerados agravantes para esta patologia específica.

Podemos refletir, que de alguma maneira, a qualidade de vida dos usuários entrevistados tenha sido afetada pela hipertensão arterial, visto que os aspectos mencionados estão intimamente relacionados com a manutenção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABESO. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/>>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRITO, Daniele Mary Silva de.; ARAÚJO, Thelma Leite de.; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira.



Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, Abr, 2008.

CESARINO, Claudia B.; CIPULLO, José Paulo; MARTIN, José Fernando Vilela; CIORLIA, Luiz Alberto; GODOY, Maria Regina P. de.; CORDEIRO, José Antonio; RODRIGUES, Isabela C. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São José do Rio Preto – SP, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

COLAUTTI, Marisel; PALCHIK, Valeria; BOTTA, Carina; SALAMANO, Mercedes; TRAVERSO, María L. Revisión de cuestionarios para evaluar calidad de vida relacionada a la salud en pacientes VIH/Sida. **Fundación Dr. J. R. Villavicencio**, n. 15, p. 159-166, 2007.

FARIA, Táis Efigênia. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos da equipe de saúde da família águas claras – Mariana – MG**. 2010. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais, 2010.

FOSCHINI, Denis; PRESTES, Jonato; CHARRO, Mário Augusto. Relação entre exercício físico, dano muscular e dor muscular de início tardio. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, V. 9, n.1, p.101-106, Nov, 2006.

GUSMÃO, Josiane Lima de; GINANI, Giordano Floripe; SILVA, Giovanio Vieira da; ORTEGA, Katia Coelho; MION, Décio. **Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada**. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol.16, p. 38-43, 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 set. 2011

LIMA, Márcia Theophilo; BUCHER, Julia Sursis N. Ferro; OLIVEIRA, José Wellington de. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1079-1087, Jul-Ago, 2004.

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p.269-275, Jun. 2005.

OSHIRO, Maria de Lurdes. **Fatores para não-adesão ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial em Campo Grande, MS**: um estudo de caso e controle. 2007. 91f. Tese (Doutorado em Farmacoepidemiologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

PINHO, Vanessa Dordron; OLIVA, Angela Donato. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e exfumantes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, V. 3, n.3, p.1-15, Dez, 2007.

PINOTTI, Suzana; MANTOVANI, Maria de Fátima; GIACOMOZZI, Letícia Morgana. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 526 – 534, Out/Dez, 2008.



REIS, Maria Gorette dos.;GLASHAN, Regiane de Quadros. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-americano de Enfermagem**, v. 09, n. 3, p. 51 – 57, maio, 2001.

SALES, Cibele de Moura; TAMAKI, Edson Mamoru. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 157-163, Abr/Jun; 2007.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque; CRUZ, Daniele Moraes; HOLANDA, Samanta Daisy O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Enfermagem**, v.14, n. 13, p. 332-340, Jul-Set., 2005.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010**. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/vi_diretrizes_hipertensao_arterial.pdf. Acesso em: 25 mar. 2011.

SCHROETER, Guilherme; TROMBETTA, Tamara; FAGGIANI, Fabiana T.; GOULART, Pablo V; CREUTZBERG, Marion; VIEGAS, Karin; SOUZA, Antônio Carlos A.; CARLI, Geraldo A.; MORRONE, Fernanda B. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2007.

SOUZA, Ana Rita Araújo de, COSTA, Anselmo, NAKAMURA, Diogo, MOCHETI, Leandro Nascimento, FILHO, Paulo Roberto Stevanato, OVANDO, Luiz Alberto. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**,v. 4, n.88, p.441-446, 2007.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; SILVA, Juliana da Costa; LAMAS, Alinny Rodrigues, MATOS, Ronivaldo Menegussi. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Enfermagem**, V.10, n.3, p.378-384, Dez, 2006.