

Qualidade e Estilo de Vida da Pessoa Hipertensa

Quality of Life and Lifestyle of the Hypertensive Person

LARA DANIELA MATOS CUNHA
Professora Assistente Convivada, MsC, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
Professor Adjunto, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ÍRMA DA SILVA BRITO
Professor Adjunto, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Enquadramento: A apreciação da qualidade de vida é basilar na compreensão do impacto causado pela hipertensão arterial.

Objetivos: Caracterizar o perfil da população hipertensa da consulta externa de um hospital central, investigar a influência do estilo de vida na qualidade de vida relacionada com a saúde.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, de corte transversal, com amostra de 105 utentes. Os instrumentos de colheita de dados incluem o Mini Questionário da Qualidade de Vida (MINICHAL) e Estilo de Vida Fantástico (EVF).

Resultados: Verificámos que a percepção da qualidade de vida na vertente somática, é influenciada por estilos de vida nas dimensões família e amigos, nutrição, sono e stress, comportamentos de saúde e sexuais, bem como pelo consumo de tabaco. Relativamente à dimensão estado mental, verificámos fatores preditores nomeadamente, família e amigos, sono e stress, introspeção, comportamentos de saúde e sexuais e consumo de álcool.

Conclusão: Considera-se que este estudo fornece informação útil para aumentar a efetividade dos programas de prevenção e controlo dos fatores de risco cardiovasculares.

Palavras-chave: hipertensão; qualidade de vida; estilo de vida, enfermagem.

Background: The assessment of the quality of life is fundamental to understand the impact of arterial hypertension.

Objectives: Characterize the profile of the hypertensive population of an outpatient central hospital, investigate the influence of lifestyle on quality of life related to health.

Methodology: quantitative, descriptive, analytical, cross-sectional, with a sample of 105 users. The data collection instruments include the Mini Questionnaire of Quality of Life (MINICHAL) and Fantastic Lifestyle (EVF).

Results: We found that the perception of quality of life in somatic dimension, is influenced by lifestyles related to family and friends, nutrition, sleep and stress, health and sexual behaviors and by smoking. Relative to the mental component, we found predictors, particularly, family and friends, sleep and stress, introspection, health and sexual behaviors and alcohol consumption.

Conclusion: It is considered that this study provides useful information to increase the effectiveness of prevention and control of cardiovascular risk factors programs.

Key Words: hypertension; life quality; lifestyle; nursing.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) constitui uma patologia com prevalência substancial mundial, sendo perspetivado um agravamento do panorama no horizonte temporal de 2025. Em Portugal, estima-se que esta se situe em valores superiores a 42% em adultos e 6% em crianças e adolescentes (Maldonado, 2013).

O impacto da HTA e do seu tratamento na qualidade de vida (QV) da pessoa, continua estreitamente associada à qualidade dos cuidados de enfermagem, no que respeita ao controlo e gestão da doença crónica (Saboya, Zimmermann & Bodanese, 2010; Erikson, Williams & Gruppen, 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os fatores de risco etiologicamente associados advêm do estilo de vida, através das opções individuais ao longo do ciclo vital (Direção Geral de Saúde, 2003). Nesta medida, intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental, que permitirá obter ganhos significativos, quer na redução da prevalência de doenças crónicas, quer nos custos económicos sociais e individuais que lhe estão associados.

Com o objetivo de investigar a influência do estilo de vida na qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) da pessoa com HTA atendida na consulta de HTA de um hospital central da região centro, comparámos os resultados obtidos por meio da utilização de instrumento específico de avaliação de qualidade de vida (Mini Questionário da Qualidade de Vida em Hipertensão - MINICHAL) e estilo de vida (Estilo de Vida Fantástico de McMaster University - EVF). Metodologicamente, foi efetuado um estudo descritivo, analítico de corte transversal e abordagem quantitativa. Para a recolha de dados utilizou-se um instrumento com duas partes, sendo uma a caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos e a outra composta pelas duas escalas supra referidas.

Deste modo, pretendeu-se responder à questão de investigação “qual a perceção da qualidade de vida relacionada com os estilos de vida da pessoa hipertensa inscrita na consulta externa de um hospital central?”.

METODOLOGIA

Foi obtido o parecer positivo pela comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, bem como dos CHUC/HUC. Foi igualmente operacionalizado o modelo de consentimento informado. Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das respostas e a participação voluntária no estudo. Durante todo o processo foram garantidos os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia.

A amostra foi não probabilística accidental e os critérios de inclusão foram aceitação da participação voluntária no estudo, ter mais de 18 anos, saber ler e interpretar texto, ter condições clínicas e psicológicas e diagnóstico clínico de HTA. A amostra foi do tipo não-probabilística accidental. Sendo um dos objetivos secundários deste estudo validar o MINICHAL, Pestana e Gageiro (2008, p.487), salientam que “é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores”. O mínimo de respostas válidas (N) por variável (K) é: $N=50$ se $K \leq 5$, $N=10 \times K$ se $5 < K \leq 15$ e $N=5 \times K$ se $K > 15$. Assim sendo, para a contabilização do tamanho mínimo da amostra em questão, e tendo presente que o instrumento de colheita de dados a validar

possui 17 itens, seriam necessários pelo menos: $N=5 \times K$, temos $5 \times 17=85$. Tendo por base estas considerações, esta ficou constituída por 105 utentes hipertensos.

A validação semântica e transcultural do MINICHAL foi realizada através da tradução e retrotradução, revisão por peritos e pré-teste. Para a análise das propriedades psicométricas foi avaliada a sensibilidade, validade de construto, fidelidade, homogeneidade e reprodutibilidade. O instrumento revelou boa consistência interna (α cronbach=0,859), com estrutura fatorial semelhante ao estudo original MINICHAL Espanha e MINICHAL Brasil. As propriedades psicométricas do MINICHAL comprovam a adequada aplicação, demonstrando que a estrutura fatorial possui índices aceitáveis de fiabilidade e validade. Pela sua especificidade e pragmatismo, o questionário representa um instrumento útil para avaliação da qualidade de vida da pessoa hipertensa.

O MINICHAL contém dezasseis questões de escolha múltipla, organizada em duas dimensões: estado mental, manifestações somáticas e uma questão de verificação de como a pessoa avalia que a sua HTA e respetivo tratamento têm influenciado a sua QV. As respostas aos domínios estão distribuídas numa escala de Likert e possuem quatro opções de resposta: de zero (não, absolutamente) a três (sim, muito). A pontuação máxima para o estado mental é de 30 pontos e para as manifestações somáticas de 18 pontos. A questão 17, que avalia a perceção geral de saúde, é pontuada na escala de Likert, apesar de não ser incluída em nenhum dos domínios supra referidos. Quanto mais próximo estiver o resultado do zero, maior a sua perceção de uma boa QV.

A escala Estilo de Vida Fantástico, adaptada por Silva, Brito e Amado (2010) e utilizada pelo Projeto de Educação pelo Pares (PEER) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tem sido amplamente difundida na comunidade científica. Foi solicitada a sua autorização por parte dos tradutores que anuíram o pedido. Assim sendo, o questionário considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde. O instrumento possui 30 questões fechadas divididas em dez domínios que são: família e amigos, atividade física, nutrição, tabaco e drogas, álcool, sono/stress, tipo de comportamento/trabalho, introspeção, comportamentos de saúde/sexuais e de segurança (Wilson, Nielsen, Ciliska, 1984).

As questões estão determinadas numa escala de Likert, sendo que estas possuem alternativas de resposta que diferem entre o quase sempre, sempre, às vezes, quase nunca, nunca, todos os dias, raramente, ocasionalmente, frequentemente, quase diariamente. As alternativas estão dispostas em linhas para facilitar a sua codificação e a alternativa de baixo é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: dois para a primeira linha, um para a segunda linha e zero para a terceira linha (Añez, Reis, Petroski, 2008).

A soma de todos os pontos permite chegar a um score total que classifica os indivíduos em cinco categorias: excelente (85 a 100 pontos), muito bom (70 a 84 pontos), bom (55 a 69 pontos), regular (35 a 54 pontos) e necessita melhorar (0 a 34 pontos). Quanto menor for o score, maior será a necessidade de mudança (Idem).

De uma maneira geral, os resultados podem ser interpretados da seguinte maneira: “excelente” indica que o estilo de vida proporciona uma ótima influência para a saúde, “muito bom” indica que o estilo de vida proporciona adequada influência para a saúde, “bom” aponta que o estilo de vida proporciona muitos benefícios para a saúde, “regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde porém com riscos,

“necessita melhorar” indica que estilo de vida apresenta vários fatores de risco (Ibidem).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos resultados apresentados, constatamos que as estatísticas acerca da idade dos utentes inquiridos revelam que na amostra apresentaram uma idade mínima de 32 anos e máxima de 96 (média de 62,7 e desvio padrão de 12,4), sendo que 67,6% é casada, 61% são provenientes do meio rural, 49,5% dos indivíduos são inativos (desempregados, reformados ou estudantes) e a maioria possui baixo nível de escolaridade (42,9% possui apenas o ensino básico). Dos 105 inquiridos, 58 referiram ter patologia associada. 41% dos elementos da amostra revelou score de risco cardiovascular muito alto (variável operacionalizada através da instrumentalização do SCORE - Norma 05/2013 da DGS) e 26,7% referiram ter tido um evento cardíaco.

A periodicidade de avaliação da pressão arterial (PA) segundo a amostra foi de 34,3% semanalmente. Para 30,5% dos elementos da amostra a avaliação da pressão arterial foi efetuada por si próprio, 23,8% pelo enfermeiro, 20% por familiar, 7,6% pelo médico bem como por ajudantes remunerados, 6,7% por outros sujeitos não identificáveis e 3,8% por vizinhos. A maioria dos utentes da amostra (88,6%) refere que cumpre terapêutica anti-hipertensiva, sendo que 4,8% se esquecem do seu cumprimento. 55,2% referem ter necessidade de cuidados médicos regulares (tratamentos, medicação, análises).

A tabela 1 apresenta os resultados relativos à qualidade de vida da pessoa hipertensa de acordo com a instrumentalização do MINICHAL. Uma vez que para valores aproximados do zero (0) correspondem uma melhor percepção de QV e sendo que o valor máximo do MINICHAL se situa no score 51, podemos evidenciar uma boa percepção de QV para a nossa amostra.

TABELA 1 – Distribuição da amostra segundo as dimensões do MINICHAL e score total

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Pa- drão	Mediana
MINICHAL - Manifestações Somáticas	105	,00	15,00	4,0192	3,53067	3,000
MINICHAL - Estado Mental	105	,00	24,00	5,8857	4,68491	5,000
A HTA hipertensão e respetivo tratamento afetam a QV?	105	,0	3,0	,362	,6374	,000
Score MINICHAL	105	,0	42,0	10,267	7,6312	10,000

Relativamente à análise do estilo de vida através da escala EVF (tabela 2), verificamos que os elementos da amostra se situam entre o bom e o excelente estilo de vida, sendo o score máximo de 100 (limite máximo da EVF) e mínimo de 62 (nível de estilo de vida saudável bom), com média de 83,2 (balizado no nível de estilo de vida saudável muito bom).

TABELA 2 – Score Estilo de Vida Fantástico (EVF)

n	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
105	83,200	84,000	86,0	9,4283	62,00	100,0

Na tabela 3 são enfatizados os domínios EVF. Verificamos que os domínios atividade física/associativismo, nutrição, tabaco e comportamentos de saúde e sexuais, são aqueles

que evidenciaram scores aproximados de zero (comportamento menos salubre). Os domínios personalidade e introspeção obtiveram máximos abaixo da pontuação limite a atribuir. Já os mínimos dos domínios álcool e drogas, trabalho/tipo de personalidade e comportamentos de saúde e sexual obtiveram valores superiores ao limite mínimo. As médias mais elevadas de respostas (maior score) foram atribuídos aos domínios família e amigos, tabaco, álcool e drogas e outros comportamentos, contrapondo-se com os domínios de atividade física/associativismo, nutrição, trabalho/tipo de personalidade. A maior variabilidade de respostas foi elencada no domínio atividade física/associativismo

TABELA 3 – Domínios da Escala Estilo de Vida Fantástico

	N		Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Nulo						
Família e Amigos	105	0	3,2381	4,0000	4,00	1,00502	,00	4,00
Atividade Física/Associativismo	105	0	2,5714	3,0000	3,00	1,76971	,00	6,00
Nutrição	105	0	3,3905	3,0000	3,00	1,15605	,00	6,00
Tabaco	105	0	3,4762	4,0000	4,00	1,17747	,00	4,00
Álcool e Outras Drogas	105	0	10,695	11,0000	12,00	1,74931	3,00	12,00
Sono e Stress	105	0	3,7238	4,0000	4,00	1,3762	,00	6,00
Trabalho/Tipo de Personalidade	105	0	3,3048	3,0000	3,00	,86740	1,00	5,00
Introspeção	105	0	3,5238	4,0000	4,00	,84461	,00	5,00
Comportamentos de Saúde e Sexual	105	0	3,8667	4,0000	4,00	1,57545	1,00	6,00
Outros Comportamentos	105	0	3,5905	4,0000	4,00	,75569	,00	4,00

Optou-se por utilizar testes não paramétricos pelo facto de ambos os domínios (manifestações somáticas e estado mental) da escala MINICHAL não apresentarem distribuição normal segundo o teste de normalidade realizado – Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors.

Para comparação das variáveis numéricas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Pela análise da correlação de Pearson (-0,429) – estamos perante uma correlação inversa e moderada, indicando que com o aumento do score da EVF corresponde uma diminuição do score da MINICHAL. Tendo em conta que para valores elevados da MINICHAL corresponde uma percepção de QV baixa, podemos verificar que com a presença de estilos de vida saudáveis corresponde uma boa percepção de QV. Pela análise do nível de significância, podemos verificar a existência de relações significativas entre as variáveis que nos permitem afirmar que um estilo de vida saudável se correlaciona com uma boa percepção de QV (tabela 4).

TABELA 4 – Correlações e níveis de significância EVF e QV

		Score QV	Score EVF
Correlação de Pearson	Score QV	1,00	-,429
	Score EVF	-,429	1,00
Sig. (1 extremidade)	Score QV		,000
	Score EVF	,000	
N	Score QV	105	105
	Score EVF	105	105

Conforme verificamos pela análise do quadro 1, as correlações da dimensão

manifestações somáticas do MINICHAL são significativas ($p < 0,001$) e inversamente correlacionáveis nas dimensões “sono e stress” ($r = -0,391$), “família e amigos” ($r = -0,281$), “nutrição” ($r = -0,226$), “comportamentos de saúde e sexuais” ($r = -0,211$). Aferimos uma correlação direta entre a dimensão manifestações somáticas e “tabaco” ($r = 0,263$).

QUADRO 1 - Coeficiente de Correlação de Spearman e dimensões do MINICHAL e EVF

		MINICHAL - Manif. Somática		MINICHAL - Estado Mental
Spearman's rho	MINICHAL Manifestações Somáticas	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,00 . 104	,547** ,00 104
	MINICHAL Estado Mental	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,547** ,000 104	1,000 . 105
	Família e Amigos	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,281 ,004 104	-,432** ,000 105
	Atividade Física/As-sociativismo	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,158 ,109 104	-,166 ,090 105
	Nutrição	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,226* ,021 104	-,084 ,392 105
	Tabaco	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,263** ,007 104	,074 ,451 105
	Álcool e Outras Drogas	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,176 ,074 104	,219* ,024 105
	Sono e Stress	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,391** ,000 104	-,443** ,000 105
	Trabalho/ Tipo de Personalidade	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,174 ,077 104	-,186 ,058 105
	Introspeção	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,165 ,095 104	-,358** ,000 105
	Comportamentos de Saúde e Sexual	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,211* ,031 104	-,264** ,007 105
	Outros Comportamentos	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,034 ,733 104	-,081 ,410 105

Averiguámos que as correlações da dimensão estado mental do MINICHAL são significativas ($p < 0,001$) e inversamente correlacionáveis nas dimensões “sono e stress” ($r = -0,443$), “família e amigos” ($r = -0,432$), “introspeção” ($r = -0,358$), “comportamentos de saúde e sexuais” ($r = -0,264$). Conferimos uma correlação direta entre a dimensão

manifestações somáticas e “álcool e outras drogas” ($r=0,219$).

Verificamos que existem dimensões que influenciam os dois domínios da QV, nomeadamente família e amigos, sono e stress, comportamentos de saúde e sexuais. Os fatores preditores não são fatores de risco mas sim marcadores de risco, pois estão associados a uma menor perceção de QV, sem contudo estarem relacionados com a causa subjacente.

Ao comparar os resultados com outros estudos internacionais que utilizaram o MINICHAL para avaliar a QV, a média obtida no estado mental e manifestações somáticas foram similares (Schulz, Rossignoli, Correr, Fernández-Llimós & Toni, 2008; Badía, Roca-Cusachs, Arístegui & Roset, 2001).

Observamos que existe relação estatisticamente significativa entre a dimensão família e amigos da escala EVF e os domínios estado mental e manifestações somáticas do MINICHAL, isto é, quanto menor o apoio das redes sociais, menor a perceção de QV. É inevitável reconhecer a importância que a rede social tem para o indivíduo no processo de saúde/doença, principalmente em momentos de transição (agudização, diagnóstico de doença crónica, entre outros).

No âmbito das doenças crónicas, a rede social promove uma melhoria da salubridade da pessoa e o suporte social tem-se mostrado relevante para a promoção da adesão ao tratamento. Faquinello, Marconi & Waidmanni (2011), observaram que a pessoa hipertensa conta com o apoio de redes informais referentes a família, amigos, colegas de trabalho e de crença religiosa, além da rede formal representada pelos profissionais de saúde. Das redes citadas, a familiar é a que se destaca não somente durante o período do diagnóstico mas também no decorrer da gestão da doença crónica.

Ressaltamos a importância da rede social da pessoa nos momentos de transição. Como profissionais de saúde, devemos reconhecer as redes utilizadas pela pessoa com HTA para capacitá-la adequadamente. Faz-se necessário empoderar a família, de modo a estabelecer uma parceria de cuidados.

De acordo com os achados do presente estudo, verificou-se uma associação significativa entre o domínio manifestações somáticas do MINICHAL e a dimensão nutrição da EVF: quanto melhor o estilo de vida associado à nutrição, melhor a perceção de QV.

A literatura aponta que um estilo alimentar saudável faz parte do tratamento não medicamentoso. O padrão alimentar DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ou a dieta mediterrânea, rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixo teor de gordura, tem um importante papel na redução da PA (Sacks et al., 2001). No estudo de Forman, Stampfer e Curhan (2009), foi evidenciado que a adesão a uma dieta saudável levou a uma redução de 14% do desenvolvimento de HTA.

Numa recente metanálise, na qual foi avaliada a magnitude da relação entre a adoção de uma dieta estilo DASH e as doenças cardiovasculares (DCV), concluiu que este possui um efeito protetor quanto às DCV e os acidentes vasculares cerebrais (Salehi-Abargouei, Maghsoundi, Shirani & Azadbakht, 2013).

A industrialização e a urbanização podem colaborar igualmente com o aumento na prevalência da HTA, pois apesar de melhorarem a QV, o ritmo competitivo e acelerado do quotidiano provoca mudanças estruturais na dieta (aumento de calorias, sal, gordura), evicção de exercício físico, obesidade e tabagismo (Idem).

É porém, através das alterações alimentares não salubres, que se torna evidente a sua somatização patológica pois provoca efeito ao nível da pressão arterial e cardiovascular, através do espessamento dos vasos sanguíneos e hipertrofia ventricular esquerda (Castro, Rolim & Maurício, 2005).

Torna-se necessário um acompanhamento nutricional adequado pela equipa multidisciplinar, visando o controlo ponderal, prevenção e/ou tratamento das complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, garantir uma melhor QV, por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo os hábitos alimentares.

O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Apesar da redução do consumo de tabaco em países desenvolvidos, este aumentou principalmente devido à prevalência do tabagismo em países em desenvolvimento (World Health Organization, 2002). Verificamos uma relação direta entre o estilo de vida menos salutar (tabagismo) e uma melhor percepção de QV, com influência ao nível somático.

Numa pesquisa realizada no Japão que avaliou por meio da escala SF-36 a QVRS entre fumadores e não fumadores, verificou-se que não houve relação estatisticamente significativa. Isto sugere que tal resultado se deva ao facto da alta prevalência do tabagismo no país, o que conduz o fumador a ser menos sensível à detioração sub clínica do seu estado de saúde (Funahashi, Takahashi, Danjo, Matsuzaka, Umeda & Nakaji, 2011). Estudos brasileiros que avaliaram a associação entre fatores de risco cardiovascular e uma menor QVRS com a instrumentalização do MINICHAL, não encontraram diferença estatística significativa entre fumadores e não fumadores (Silva, 2014; Carvalho, Silva, Ramos, Coelho, Gonçalves & Neto, 2012).

Os comportamentos aditivos são também chamados de compulsivos, entendidos como hábitos ou atitudes repetitivas, que se apresentam de forma frequente e excessiva. Tais hábitos propiciam gratificação emocional, de modo que o indivíduo busca alívio da angústia através de substitutos que proporcionam satisfação. Como exemplos de comportamentos aditivos, podemos citar o uso abusivo do álcool e tabagismo, que acarretam conseqüências negativas à saúde, como o agravamento no controlo da PA (Rente, 2005).

Apesar de estudos epidemiológicos não apontarem associação direta entre o tabagismo e a PA, esta mostra correlação estreita com a arteriosclerose que seria um fator agravante da doença hipertensiva. Para além de comprometer a integridade dos vasos sanguíneos, a nicotina produz a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a resistência periférica e, conseqüentemente, a PA. Portanto, os fumadores têm maior probabilidade de apresentar formas malignas da doença hipertensiva, que acarreta incidência elevada de morte súbita (Idem).

De acordo com os achados do presente estudo, verificou-se uma associação significativa entre os domínios manifestações somáticas e estado mental do MINICHAL e a dimensão sono e stress da EVF: quanto melhor o estilo de vida associado ao padrão de repouso e evicção de stress, melhor a percepção de QV.

Existe evidência de uma associação entre a duração do sono e problemas de saúde, incluindo a HTA. No estudo de Pereira (2009), foi evidenciado que dormir menos de 7 horas diárias associou-se a DCV e ¼ da amostra referiu padrão circadiano de PA não dipper (redução inferior a 10 % da PA noturna em relação ao valor diurno).

Num estudo prospetivo com jovens saudáveis, foi avaliada a relação entre o sono e a incidência de HTA. O sono de duração inferior ou igual a 5 horas por noite foi associado a um aumento significativo do risco de desenvolver HTA, em indivíduos com idades compreendidas entre 32 e 59 anos (Gangwisch, Heymsfield, Boden-Albala, Buijs, Kreier & Pickering, 2006) A privação de sono tem sido associada a um aumento da PA e à ativação do sistema nervoso simpático, assim como à exposição de stress, físico e psicológico, durante a vigília. Foi ainda referida a promoção do apetite por sal e a supressão da excreção renal (Folkow, 2001).

Eguchi e colaboradores (2008) verificaram que o sono de curta duração (inferior a 7,5 horas) está associado a um risco aumentado de sofrer um evento cardiovascular, estando a combinação de sono de curta duração com padrão de PA noturna elevada associada a um valor preditivo superior para evento cardiovascular futuro (Nobre, Santos, Silva & Soares, 2008).

Ford e Cooper-Patrick (2001), apresentam uma perspetiva epidemiológica entre perturbações do sono e alterações do humor e referem que os indivíduos com insónia ou má qualidade do sono podem estar em maior risco de depressão.

Os processos fisiológicos são influenciados pelo stress, tornando-se credível que alguns fatores psicossociais constituem um risco para a saúde. Assim, deve-se considerar o stress como um mediador entre o psicossocial e o biológica mas também como uma manifestação “camaleão”, que se expressa através de correlatos cognitivos, emocionais, comportamentais, sociais e psicofisiológicos, ou seja, uma resposta inespecífica de tipo mental e/ou somática perante qualquer pressão percebida pelo organismo (Selve, 1993 cit. por Trigo, Silva & Rocha, 2005).

Há evidência científica da associação entre o stress psicológico e a mortalidade cardiovascular. Entre as circunstâncias significativas podem assinalar-se o isolamento social, a depressão, um baixo estatuto socioeconómico, a presença de uma personalidade hostil e a falta de condições de trabalho (Idem).

Numa revisão de estudos efetuada por Bohus e Koolhaas (1993 cit. por Serra, 2002) os autores concluíram que as situações de stress crónico induzem uma vasoconstrição periférica que é mantida prolongadamente, levando ao espessamento do músculo liso periarterial e à perda da elasticidade. O stress intenso e prolongado determina um aumento da PA, aumento da agregação plaquetária que propicia fenómenos de bloqueio arteriolar, formação de aterosclerose e condições que facilitam o aparecimento de uma isquémia do miocárdio, aumento de glicocorticóides e de lípideos séricos, sobreatividade simpática que pode dar origem a fenómenos de necrose e fibrose do miocárdio, maior consumo de vitaminas C e do Complexo B, aumento da glicémia, dos ácidos gordos livres, das lipoproteínas, dos triglicérides e do colesterol (Serra, 2002).

De acordo com Bohus e Koolhaas (1993 cit. por Serra, 2002) o impacto de emoções fortes, que ocorrem durante o stress, sobre o sistema nervoso vegetativo, revela que se podem constituir como precursores importantes de disritmias cardíacas e morte súbita, de tipo coronário ou não coronário. Numa revisão de trabalhos efetuada por Niaura e Goldstein (1995 cit. por Serra, 2002) os autores verificaram que há atualmente uma evidência substancial que comprova a existência de relação entre morte súbita, arritmias cardíacas e situações agudas de stress.

Segundo Epstein e Oster (1984 cit. por Serra, 2002) 2 em cerca de 85 % dos casos de HTA não se deteta nenhuma causa orgânica, correspondendo ao que habitualmente é designado por HTA essencial. Neste tipo de hipertensão o stress tem uma relevância acentuada. Segundo Turner (1994 cit. por Serra, 2002), quanto maior é a reatividade cardiovascular que um indivíduo manifesta numa ocorrência indutora de stress, maior a probabilidade de vir a desenvolver posteriormente HTA.

Recentemente urge a necessidade de determinar o papel desempenhado pelos fatores psicossociais e biológicos na eclosão das doenças físicas crónicas e agudas, identificando características preditoras úteis na prevenção e tratamento. Surge então a psicocardiologia, que articula os saberes das ciências biomédicas e psicossociais, tendo como objetivo estudar as relações entre as características psicológicas, a personalidade, os padrões e estilos comportamentais, o meio social e as DCV (Trigo, Silva & Rocha, 2005).

Nesta investigação, verificámos uma relação direta entre a dimensão introspeção e o domínio estado mental do MINICHAL, isto é, quanto mais o indivíduo avaliar positivamente a sua visão perante a vida, melhor a sua perceção de QV.

Estudos sobre os aspetos psicológicos da HTA evidenciam que a dificuldade de expressar os sentimentos hostis contribui para gerar o quadro clínico da doença. Assim, o stress e a ansiedade são aspetos emocionais que podem induzir estilos de vida com a qualidade de saúde comprometida, como no caso da HTA e co morbilidades (Sparrenberger, Moreira & Canepelle, 2004).

Péres, Magna e Viana (2003) verificaram que os hipertensos enfatizam a questão emocional como fator que dificulta o controlo da PA. Porém, quando interrogados sobre o que poderiam fazer para controlar os valores, apenas 30% das respostas se referiram ao domínio dos estados emocionais. Desta forma, estes indivíduos parecem ausentar-se da responsabilidade de buscar o controlo da sua patologia, já que atribuem aos outros a responsabilidade pelo seu estado emocionais, mantendo a crença de que não podem fazer nada para mudar a sua condição clínica.

No estudo de Teixeira, Lamas, Costa e Silva e Menegussi (2006), no qual se indagou a influência do estado emocional na PA, 81% dos sujeitos responderam que existia influência, 10% acharam que às vezes ele poderia influenciar e 9% acreditaram não existir influência. Esses dados evidenciaram o quanto o estado emocional é importante no bem-estar do sujeito. Perante emoções fortes, o indivíduo desencadeia inúmeras reações somáticas e comportamentais, como, por exemplo, as alterações cardiovasculares. Em razão disso, os sintomas cardíacos podem configurar-se como reflexo ou expressão de fortes tendências agressivas ou reprimidas. Exemplificando, os sentimentos de hostilidade intensa possibilitam a elevação da PA; a constante tensão e contenção de emoções, que são mecanismos adaptativos distorcidos, podem manter a HTA prolongada, de maneira a dificultar o seu controlo.

A pessoa com doença crónica passa também a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização das atividades de vida diária.

Outro aspeto significativo relacionado à vida emocional do sujeito se refere à atividade sexual. Este estudo revelou relação significativa em comportamentos de saúde e

sexuais adequados com uma boa percepção de QV.

Quando o sujeito se encontra ajustado na sua vida sexual, ocorre um reflexo expressivo em bem-estar. Muitos problemas psicossomáticos são gerados por bloqueios da energia sexual (Teixeira, Lamas, Costa e Silva & Menegussi, 2006). Desse modo, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos a essa dimensão da vida do sujeito, desenvolvendo conhecimentos e encaminhando-os para os profissionais especializados nesta temática.

Portanto, é necessário compreender a dimensão psíquica no cuidado, pois as ações terapêuticas não requerem somente ações prescritivas. Assim, o estudo da psicossomática contribui para o processo da dinamização e efetivação do cuidado de enfermagem, levando em consideração os aspectos emocionais do indivíduo, que abarcam sua condição de saúde e doença.

Desse modo, existe uma relação entre o cuidado na saúde e o estilo de vida. Todavia, é necessário compreender o estilo de vida levando em consideração o contexto social e os aspectos subjetivos, de modo a favorecer uma atitude crítica e sensível nas práticas de saúde (Teixeira, Lamas, Costa e Silva & Menegussi, 2006).

Entende-se que os aspectos emocionais motivam a mudança, pois envolve o desejo e a satisfação pela vida. Os problemas mentais e a presença de poucas atividades estimulantes indicam um comprometimento da percepção da QV, coadjuvante às condições do contexto social, gerador de contradições. Por sua vez, o surgimento da doença expressa os efeitos de conflitos, que se manifestam na realidade biofísica do sujeito.

É impreterível entender os estilos de vida da pessoa como formas adaptativas perante os problemas do ciclo vital. Então, a mudança não passa por um processo linear e impositivo de condutas, mas por uma atitude compreensiva, afetiva e efetiva nos cuidados com a saúde. O enfermeiro tem uma participação relevante nesse processo, como elemento facilitador da mudança de comportamento da pessoa, baseada num modelo de promoção e prevenção em saúde, identificando comportamentos de risco e implementando práticas de cuidados apropriadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação, possibilitou averiguar e analisar a percepção da qualidade de vida relacionada com o estilo de vida, chegando-se às seguintes conclusões: a percepção da qualidade de vida é influenciada positivamente com estilos de vida salutareis nomeadamente nas dimensões relacionadas com o apoio social (família e amigos), repouso e evicção de stress, análise positiva sobre si e sobre a sua vida (introspeção) e comportamentos de saúde e sexuais responsáveis.

Por outro lado, evidenciámos que o tabagismo e o consumo de álcool tiveram uma relação direta com a percepção da qualidade de vida, ou seja, indivíduos com referência a consumo de substâncias referiram melhor percepção de qualidade de vida. Esta ocorrência pode ser sugerida pelo facto de que tais hábitos propiciam gratificação emocional, de modo que o indivíduo busca alívio da angústia através de substitutos que proporcionam satisfação.

Reforçamos uma vez mais que os resultados do presente estudo apoiam a hipótese de que o estilo de vida, avaliado na nossa investigação por um inventário de comportamentos de saúde e de risco pela EVF, é uma variável de saúde com elevada relevância na perceção da QV da pessoa hipertensa. A principal qualidade do questionário é a de que o indivíduo pode monitorizar o seu próprio estilo de vida através da sua operacionalização.

A interpretação destes resultados, e uma vez que a população estudada se insere numa consulta de hipertensão onde os utentes têm a sua situação clínica monitorizada e, dado que estes apresentam globalmente uma boa perceção de qualidade de vida e estilos de vida adequados, leva-nos a considerar que tal facto se pode dever precisamente à especificidade do acompanhamento efetuado pela equipa multidisciplinar. Pelas razões expostas, justifica-se a intervenção intencional ao longo de todo o percurso patológico, visando a promoção da saúde, sendo um investimento a curto, médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

- Añez, C., Reis, R., Petrosky, E. (2008). Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. *Arq Bras Cardiologia*, 91:2, 102-109.
- Badía, X., Roca-Cusachs, A., Arístegui, I., Roset, M. (2001). Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *Journal Hypertension*, 19(10), 913-1919.
- Carvalho, M., Silva, I., Ramos, S., Coelho, L., Gonçalves, I., Neto, J. (2012). Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 98:5, 442-451.
- Castro, M.; Rolim, M.; Maurício, T. (2005). Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. *Acta Paul Enfermagem*, 2(18), 184-189.
- Direção Geral de Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: [s.n.].
- Eguchi, K., Pickering, T., Schwartz, J., Hoshida, S., Ishikawa, J., Shizukiyo, I., Shimada, K., Kario, k. (2008). Short Sleep Duration as an Independent Predictor of Cardiovascular Events in Japanese Patients With Hypertension. *Arch Intern Med*, 168:20, 2225-2231.
- Erikson, S.R.; Williams, B.; Gruppen, L. (2004). Relationship between symptoms and health-related quality of life in patients treated for hypertension. *Pharmacotherapy*, 24(4), 344-350.
- Faquinello, P., Marconi, S., Waidmanni, M. (2011). A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm*, 64:5, 849-856.
- Folkow, B. (2001). Mental stress and its importance for cardiovascular disorders; physiological aspects, “from-mice-to-man”. *Scand Cardiovasc J*, 35, 163–172.
- Ford, D., Cooper-Patrick, L. (2001). Sleep Disturbances and Mood Disorders. *Depress and Anxiety*, 14, 3–6.
- Forman, J., Stampfer, M., Curhan, G. (2009). Diet and lifestyle risk factors associated with

- incident hypertension in women. *JAMA*, 302:4, 401-411.
- Funahashi, Takahashi, Danjo, Matsuzaka, Umeda, Nakaji (2011). Smoking habits and health-related quality of life in a rural Japanese population. *Quality of Life Research*.
- Gangwisch, J., Heymsfield, S., Boden-Albala, B., Buijs, R., Kreier, F., Pickering, T. (2006). Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension*, 47(5), 833-839.
- Maldonado, J. (2013). Os desafios da inconsistência no tratamento da hipertensão arterial: resumo das conferências. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Riscos Cardiovasculares*, 33 (2), 18. ISSN 1646-8287.
- Nobre, A., Santos, S., Silva, I., Soares, R., (2008). A utilização da monitorização ambulatória da pressão arterial em cuidados de saúde primários. *Rev Port Clin Geral*, 24, 387-390.
- Pereira, C. (2009). *Alterações do sono e risco cardiovascular*. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, 2009. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina.
- Péres, S., Magna, J., Viana, L. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*, 37:5,635-642.
- Pestana, M., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rente, F. (2005). Comportamentos aditivos: dependência e antropologia. *Jornal Primeiro de Janeiro*, 29, 23-31.
- Saboya, P.M., Zimmermann, P., Bodanese, L. (2010). Association between anxiety or depressive symptoms and arterial hypertension and their impact on the quality of life. *Int. J. Psychiatry Med*, 40 (1), 307-320.
- Sacks, F., et al. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *New England Journal of Medicine*, 344:1, 3-10.
- Salehi-Abargouei, A., Maghsoundi, Z., Shirani, F., Azadbakht, L. (2013). Effects of dietary approaches to stop hypertension (DASH) style diet on fatal and non fatal cardiovascular diseases incidence: a systematic review and meta-analysis on observational prospective studies. *Nutrition*, 29:4, 611-618.
- Schulz, R., Rossignoli, P., Correr, C., Fernández-Llimós, F., Toni, P. (2008). Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 90:2, 139-144.
- Serra, A. (2002). Stress e Doenças Córdio-Vasculares. *Rev Port Cardiol*, 21:10, 1173-1187.
- Trigo, M., Silva, D., Rocha, E. (2005). Factores Psicossociais de Risco na Doença Coronária: para além do comportamento tipo A. *Rev Port Cardiol*, 24:2, 261-281.
- Silva, P. (2014). *Qualidade de vida relacionada entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica em uma unidade de estratégia de saúde da família do sul de Minas Gerais*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo. Dissertação de Doutorado.
- Sparrenberger, F., Moreira, L., Canepelle, M. (2004). Associação entre estresse e hipertensão.

**Qualidade e
Estilo de Vida
da Pessoa
Hipertensa**

Rev Soc Bras Hipertensão, 7:3, 96-99.

Teixeira, E., Lamas, A., Costa e Silva, J., Menegussi, M. (2006). O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e os cuidados com a saúde. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10:3, 378-384.

Wilson, D., Nielsen, E., Ciliska, D. (1984). Lifestyle Assessment: testing the FANTASTIC Instrument. *Can Fam Physician*, 30,1983-1886.

World Health Organization (2002). *World Health Report 2002: Reducing Risks Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.

Contacto: enflaracunha@gmail.com