

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Acza Mirian Araujo da Silva

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUA
RELAÇÃO COM FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Porto Alegre
2018

ACZA MIRIAN ARAUJO DA SILVA

Qualidade de vida de pessoas com Hipertensão Arterial e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino na saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde

Área de concentração: Integração Ensino e Serviços de Saúde na Formação Profissional

Linha de Pesquisa: Integração Universidade, Serviço de Saúde e Comunidade

Orientador (a): Prof^a. Dr^a Luzia Fernandes Millão

Porto Alegre
2018

Catálogo na Publicação

Silva, Acza Mirian Araujo da
Qualidade de vida de pessoas com Hipertensão Arterial
e sua relação com fatores de risco para Doença Renal
Crônica / Acza Mirian Araujo da Silva. -- 2018.
149 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2018.

Orientador(a): Luzia Fernandes Millão.

1. Qualidade de vida. 2. Hipertensão. 3. Doença renal.
4. Educação em saúde. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Folha de aprovação

Acza Mirian Araujo da Silva

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUA RELAÇÃO COM FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino na saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde

Data da aprovação: 19 / 10 / 2018

Andréa Wander Bonamigo

Doutora em Saúde Pública

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Alessandra Dartora da Silva

Doutora em Educação

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Raphael Maciel da Silva Caballero

Doutor em Educação

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão primeiramente a Deus, meu refúgio e fortaleza, pela oportunidade concedida em ter essa formação numa instituição de excelência e por ter me dado força e sabedoria nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e minha irmã, pessoas exemplares, por todo o incentivo e por acreditarem no meu potencial, pelos ensinamentos nos quais me moldaram desde a infância e que tornaram que sou, a vocês minha gratidão por todo amor e compreensão. Ao meu esposo pelo apoio e compreensão.

À minha orientadora Dra. Luzia F. Millão, pela oportunidade, confiança, ensinamentos e orientações, por sua empatia e postura acolhedora a qual superou os limites de seu papel acadêmico, sempre me motivando e incentivando a prosseguir e enxergar possibilidades quando a caminhada se tornou mais árdua, sem a qual não teria sido possível chegar até aqui. Deus te abençoe ricamente, és muito especial!

À UFCSPA pela oportunidade de ter sido aluna dessa renomada instituição, em especial à coordenação do PPG Ensino na Saúde, na pessoa da professora Cleidilene R. Magalhães, sempre tão próxima, acolhedora e engajada. Aos docentes do PPG Ensino na Saúde, por não terem “repassado” conhecimento, mas proporcionado vivências e experiências significativas, compartilhando seu conhecimento e nos instigando no processo de ensino e aprendizagem dessa formação. Aos colegas mestrandos, pelas vivências e troca de experiências.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campo Bom/RS, por terem autorizado a realização da pesquisa, pelo apoio e parceria. Aos meus amigos, colegas de trabalho, às enfermeiras e agentes comunitários de saúde das unidades, aos participantes do estudo, pessoas fundamentais que viabilizaram os encontros e coletas de dados.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para esse estudo, minha sincera gratidão!

EPÍGRAFE

“Não é a força do gotejar da água que fura a pedra, mas sim a persistência incansável desta ação.” (Ivan Teorilang)

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial apresenta alta prevalência e constitui uma das principais doenças cardiovasculares que afeta a população adulta, seu agravamento pode afetar a qualidade de vida. O controle eficaz da pressão arterial tem por meta prevenir complicações, entre elas a Doença Renal Crônica. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida em pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam os grupos *Hiperdia* no município de Campo Bom/RS e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica. **Método:** Estudo epidemiológico, desenvolvido com 86 participantes. A coleta dos dados se deu por meio de um questionário, composto por dados sociodemográficos, clínicos e o instrumento de avaliação da qualidade de vida em hipertensão MINICHAL. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Predominância de mulheres (90,7%), baixa escolaridade (74,4%), casados (55,8%), idosos, aposentados (67,4%). Em relação aos fatores de risco, identificou-se a prevalência de sobrepeso (37%) e obesidade grau I (19%), não foi identificado risco para tabaco e uso de álcool, os valores pressóricos estavam dentro da normalidade e quanto ao nível de atividade física 80% eram irregularmente ativos. Os participantes do estudo têm realizado os exames básicos de rastreamento, a creatinina sérica teve menores índices de realização (59,3%). A percepção da qualidade de vida no geral foi muito boa (média 9,90 pontos), pior percepção geral em mulheres. No domínio Estado Mental a média foi 5,31 pontos. No domínio Manifestações somáticas média de 4,26 pontos. A Hipertensão foi apontada por 32,6% como um fator que afeta a qualidade de vida. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o escore total do MINICHAL e sexo ($p=0,546$). Não houve associação significativa ($p>0,05$) entre os domínios do MINICHAL e escolaridade, situação conjugal, classificação IMC, classificação IPAQ, tempo com Hipertensão e patologias. A idade se correlacionou com Manifestações Somáticas ($p = 0,040$; $r = - 0,222$). Os grupos *Hiperdia* tem um potencial de integração, educação em saúde e convivência. **Conclusão:** Os grupos *Hiperdia* são dispositivos de educação em saúde importantes na promoção da saúde e qualidade de vida, contribuem nas orientações de para o autocuidado e melhor qualidade de vida, bem como da prevenção à Doença Renal Crônica, no entanto, fatores de risco como o nível de atividade física e estado nutricional precisam de abordagem mais efetivas.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Hipertensão. Educação em saúde. Doença renal.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension is highly prevalent and it's one of the main cardiovascular diseases that affect the adult population, its aggravation can affect quality of life. Effective blood pressure control aims to prevent complications, including chronic kidney disease. **Objective:** To assess the quality of life in people with arterial hypertension who attend Hiperdia groups in the municipality of Campo Bom/RS and its relationship with risk factors for chronic kidney disease. **Methods:** Epidemiological study, developed with 86 participants. The data collection occurred through a questionnaire, composed of sociodemographic data, clinical data and the evaluation instrument of the quality of life in MINICHAL hypertension. Data was analyzed using descriptive statistics. **Results:** Predominance of women (90,7%), low schooling (74,4%), married (55,8%), elderly, retired (67,4%). In relation to the risk factors, the prevalence of overweight (37%) and obesity grade I (19%) was identified, no risk was identified for tobacco and alcohol use, blood pressure values were within normal limits and regarding the level of physical activity, 80% were irregularly active. Participants in the study have performed the basic screening tests, serum creatinine had lower achievement rates (59.3%). The perception of the quality of life in general was very good (average 9.90 points), worse general perception in women. In the Mental State field, the average was 5.31 points. In the field of Somatic symptoms, average of 4.26 points. Hypertension was pointed out by 32.6% as a factor that affects quality of life. There was no statistically significant difference between the total MINICHAL score and sex ($p = 0.546$). There was no significant association ($p > 0,05$) between the fields of MINICHAL and schooling, marital status, BMI classification, IPAQ classification, time with hypertension and pathologies. Age correlated with Somatic Symptoms ($p = 0,040$; $r = - 0,222$). The Hiperdia groups have a potential for integration, health education and coexistence. **Conclusion:** Hiperdia groups are important health education dispositives in health promotion and in the quality of life. They contribute to self-care guidelines and better quality of life, as well as prevention of chronic kidney disease, however, risk factors such as low level of physical activity and inadequate nutritional status need a more effective addressed.

Keywords: Quality of Life. Hypertension. Health Education. Kidney disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação da Pressão arterial.....	22
Figura 1 - Fluxograma para avaliação da DRC.....	28
Figura 2 - Pessoas com HAS por USF no município de Campo Bom/RS.....	37
Figura 3 - População do estudo.....	38
Quadro 2 - Níveis de risco conforme escore do AUDIT.....	43
Quadro 3 - Níveis de dependência à nicotina de acordo com Teste Fagerström.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo.....	46
Tabela 2 - Perfil clínico e fatores de risco associados nos participantes do estudo.....	47
Tabela 3 - Análises descritivas de variáveis clínicas dos participantes do estudo....	48
Tabela 4 - Qualidade de vida relacionada a saúde de acordo com MINICHAL.....	51
Tabela 5 - Distribuição de respostas (%) para os domínios/ questões do MINICHAL.....	53
Tabela 6 - Correlação dos Domínios do MINICHAL e variáveis clínicas e sociodemográficas	54
Tabela 7 - Correlação dos Domínios do MINICHAL e variáveis clínicas.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
AUDIT	ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DM	DIABETES MELLITUS
DRC	DOENÇA RENAL CRÔNICA
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
IPAQ	QUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
MINICHAL	MINI-QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PA	PRESSÃO ARTERIAL
PAD	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA
PAS	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
QV	QUALIDADE DE VIDA
QVRS	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE
RS	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TFG	TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR
UFCSPA	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
USF	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	15
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	20
2.3 DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	23
2.4 QUALIDADE DE VIDA.....	29
2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	31
3 JUSTIFICATIVA.....	33
4 OBJETIVOS.....	34
4.1 GERAL.....	34
4.2 ESPECÍFICOS.....	34
5 METODOLOGIA.....	35
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	35
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	35
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
5.3.1 Amostra	37
5.3.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	38
5.4 COLETA DE DADOS.....	39
5.4.1 Instrumento de coleta de dados.....	39
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
6 RESULTADOS	45
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	45
6.2 PERFIL CLÍNICO E FATORES DE RISCO.....	47
6.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE.....	51
6.4 LIÇÕES APRENDIDAS SOBRE OS GRUPOS HIPERDIA.....	56
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
8 PRODUTOS.....	72
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE.....	90
ANEXOS	146

1 INTRODUÇÃO

O acometimento dos indivíduos pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil e no mundo tem apresentado crescimento acelerado nos últimos anos constituindo a principal causa de morte. Dados da OMS revelam que dos 56,4 milhões de óbitos no ano de 2015, 70% foram decorrentes de DCNT, onde 78% desses óbitos ocorreram em países de baixa e média renda (OMS, 2017).

Em razão da gravidade e por representar um problema de saúde pública, os órgãos internacionais de saúde foram convocados em 2011 pela Organização das Nações Unidas (ONU) para estabelecer compromissos sobre as DCNT, os países signatários firmaram o compromisso de intensificar ações de prevenção dos fatores de risco e controle visando a redução da mortalidade em 25% no prazo de uma década. O Brasil lançou como parte desse acordo o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*, que tem como principal meta reduzir 2% a cada ano a mortalidade decorrente das quatro principais DCNT, que são as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e Diabetes Mellitus (MALTA et al., 2014).

Entre as DCNT mais frequentes está a Hipertensão Arterial (HAS). A HAS apresenta uma prevalência em torno de 35% em pessoas acima dos 40 anos e constitui fator condicionante para outros eventos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e Doença Renal Crônica (DRC) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O perfil dos acometidos são principalmente pessoas com idade inferior aos 60 anos, grupos vulneráveis e expostos aos fatores de risco considerados modificáveis, como tabagismo, alimentação inadequada, consumo de bebida alcoólica e inatividade física. Entre as principais consequências para os indivíduos estão a diminuição da qualidade de vida e impacto socioeconômico (BRASIL, 2011).

Segundo dados obtidos no Vigitel 2016, a frequência auto referida de HAS em adultos em 2016 no Brasil foi de 25,7%, variou entre 16,9% em Palmas e 31,7% no Rio de Janeiro. Na capital do Rio Grande do Sul, a frequência auto referida de HAS foi de 28,2% da população. A distribuição conforme a faixa etária aponta que os indivíduos mais acometidos foram os com 65 anos ou mais (64,2%), no entanto, observando os dados é possível compreender que a partir dos 45 anos aumenta esse

quantitativo em relação as faixas etárias menores. Quanto a frequência de homens que referiram diagnóstico de HAS foi maior em Rio de Janeiro (31%) e Curitiba (27%), em mulheres as maiores frequências foram observadas em Recife (33%) e Rio de Janeiro (32%). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia estima-se que 32,5% da população adulta brasileira possui HAS (BRASIL, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A condição de possuir a HAS coloca os indivíduos em grupo de risco para DRC. A DRC acomete de 5-10% da população e a HAS constitui uma das principais etiologias dos sujeitos que evoluíram para hemodiálise (34%) no Brasil em 2016 (SESSO et al., 2017). Sabe-se que a mudança no estilo de vida, prevenção, bem como o diagnóstico e tratamento precoces podem retardar a injúria renal e progressão nos estágios da DRC. Sendo assim, o enfoque dos cuidados deve ser direcionado preferencialmente aos principais grupos de risco como indivíduos com condições como Diabetes mellitus (DM), obesidade, idosos, com história familiar de DRC, Hipertensão (KDIGO, 2013).

Em 2014 foi estabelecida a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, definindo os critérios e estabelecendo a linha de cuidado à Pessoa com Doença Renal Crônica, como também o seu custeio financeiro ao nível ambulatorial. Entre as diretrizes da linha de cuidado estão: diagnóstico precoce da DRC, estratificação do risco e classificação conforme o estágio da DRC, garantia do financiamento para prevenção e tratamento, participação social (BRASIL, 2014a).

A atenção básica é considerada um dos componentes desta linha de cuidado, sendo que algumas atribuições envolvem: trabalhar a prevenção da DRC e seus fatores de risco nos grupos prioritários, atividades educativas, promover o diagnóstico e tratamento precoce, seguir as rotinas estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticos (BRASIL, 2014a). “Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3” (BRASIL, 2014a, p. 34).

O desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção primária podem ser trabalhados de forma individual ou coletiva, a exemplo os grupos de hipertensos e diabéticos, por se tratar de um espaço interativo e oportuno para tratar de aspectos que promovam a qualidade de vida (GURGEL et al., 2011).

O agravamento da HAS e demais comorbidades podem afetar potencialmente a Qualidade de Vida (QV) das pessoas podendo interferir nos aspectos físicos,

emocionais, intelectuais, profissionais e outras atividades. Conforme Ribeiro et al. (2015) a diminuição da QV se associa a casos mais graves das doenças, portanto, manter uma boa QV é relevante pois se relaciona com menores incidências de agravamento em relação às comorbidades.

A QV é um conceito abrangente com inúmeras definições, que difere para cada pessoa, podendo enfatizar a satisfação com a vida em geral ou em componentes específicos, a depender da área de investigação do estudo. Os conceitos mais aceitos consideram a dimensão holística e sua relação à condição de saúde (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Neste estudo, adotou-se o conceito de QV conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), que “é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A diminuição da QV além dos aspectos físicos envolve o impacto econômico, o qual se estende dos indivíduos para a sociedade como um todo, causando iniquidades e aumento da pobreza e impactando de forma negativa sobre o desenvolvimento (MALTA et al., 2014; BRASIL, 2011).

Ao longo dos anos muitas ações têm sido implantadas voltadas para a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, com o objetivo principal de potencializar a qualidade de vida, entre elas as ações de educação em saúde. Esse estudo teve como proposta avaliar a qualidade de vida de pessoas com Hipertensão Arterial vinculadas aos grupos Hiperdia¹, qual a situação desses sujeitos em relação aos principais fatores de risco para DRC e com base nos resultados elaborar uma proposta voltada à prevenção da DRC.

¹ Grupos *Hiperdia*: são grupos educativos para pacientes hipertensos e diabéticos nas unidades de atenção básica, permitindo ações de prevenção e o acompanhamento desses pacientes. Instituído na Portaria/GM nº 371, de 04/03/2002.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

A transição demográfica, o envelhecimento da população, a alta prevalência de fatores de risco como o sobrepeso e obesidade, tem colocado o Brasil frente a um novo contexto em relação às doenças crônicas (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2013, p. 5) doenças crônicas:

Estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

Os dados apontam que até 2020 as doenças crônicas serão responsáveis por 80% da carga de doença, apresentando alta mortalidade e morbidade, sendo responsável por grande número de internações, incapacitações e perda significativa da qualidade de vida com o agravamento da doença (BRASIL, 2013). Além disso, as doenças crônicas são responsáveis por prejuízos econômicos para as famílias e o Estado (MALTA et al., 2014)

No Brasil em 2011 foi lançado o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* voltado a preparação para deter em uma década o avanço de algumas doenças na população, como infarto, acidente vascular cerebral, Hipertensão Arterial, diabetes, câncer e doenças respiratórias (BRASIL, 2011)

Também o Ministério da Saúde redefiniu em 2014 a *Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas* estabelecendo as linhas de cuidado e suas diretrizes para a reorganização do cuidado. As linhas de cuidado priorizadas foram Doenças Renocardiovasculares, Diabetes, Obesidade, Doenças respiratórias crônicas, Câncer (de mama e colo de útero) (BRASIL, 2013).

Em seu estudo Malta et al. (2014) ressalta que se faz necessário articular ações intersetoriais que promovam o cuidado integral e operem sobre os fatores de risco das doenças crônicas. Os resultados positivos de seu estudo se evidenciam pela redução da mortalidade decorrente das DCNT no período entre 2010 e 2011, alcançando uma

média de declínio em 3,8% no período, o que é atribuído à expansão dos serviços de saúde e melhoria das condições socioeconômicas da população.

A redução de 20% nas taxas de mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis no período de 2000 a 2010 foi atribuída à expansão da atenção básica e melhoria na assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2013). Os fatores de risco para doenças crônicas são classificados em modificáveis, aqueles associados aos hábitos não saudáveis e os fatores de risco não modificáveis, como fatores hereditários (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014). A atenção básica com seu enfoque na prevenção e promoção da saúde tem mostrado que é possível intervir nas situações de risco das populações.

O estudo realizado por Mello et al. (2017) identificou dados sobre as internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no estado do Paraná entre 2000 a 2011. As doenças investigadas foram Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca congestiva, sendo que a Hipertensão Arterial se apresentou como a terceira causa de internações no período estudado. O estudo evidenciou aspectos relacionados ao acesso e qualidade assistencial garantidas pela atenção básica e, considerando a importância epidemiológica da HAS, a prevenção foi apontada como uma das prioridades, tal como investimento nas políticas de saúde, educação em saúde, qualificação da assistência, potencializando que agravos sejam evitados e a população vulnerável venha a óbito precocemente.

Considerando-se que um terço das mortes globais são causadas por doenças cardiovasculares, hábitos não saudáveis como o tabagismo, dieta inadequada, inatividade física e uso de álcool devem ser alvo de intervenção. A OMS lançou em 2013 o Plano de Ação Global, as metas a serem alcançadas até 2025 envolvem a redução em até 25% da mortalidade precoce decorrente das DCNT. Para tornar factível essa proposta, faz-se necessária a implementação de políticas e estratégias voltadas à prevenção, em especial nos países de baixa renda, onde o número de óbitos por doenças cardiovasculares tem aumentado (JOSEPH et al., 2017).

Os principais fatores de risco para DCNT são o consumo abusivo de bebida alcoólica, inatividade física, tabagismo, sobrepeso e obesidade (IMC acima de 25 kg/m²), raça negra, como também o envelhecimento (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014). Desse modo, as metas do Plano de Ação Global abrangem a redução em até 10% no uso prejudicial de álcool nos países com alto consumo, quanto a atividade

física insuficiente a meta é implementar estratégias para aumentar a prática de exercícios. Visando a redução de 30% na ingestão média diária de sal (sódio) na população geral e hipertensos, foi estabelecido um consumo diário de 2g/dia, quanto ao tabaco espera-se a redução relativa de 30% no consumo em pessoas acima de 15 anos (JOSEPH et al., 2017).

Em seu estudo, Massa et al. (2016) tiveram como objeto de investigação o uso de anti-hipertensivos em idosos e sua associação com características socioeconômicas e comportamentais. Os fatores de risco modificáveis como uso de álcool, tabaco, e atividade física foram avaliados nos idosos respondentes. Os resultados mostram que 30% dos idosos fizeram uso de bebida alcoólica no período avaliado (3 meses anteriores ao estudo), mais da metade respondeu nunca ter fumado, porém, uma proporção de 10,7% a 13,5% relatou ainda fazer uso de cigarro, quanto a prática de atividade física a maioria dos idosos foram considerados insuficientemente ativos. Os resultados mostram que apesar dos sujeitos estarem em um grupo etário mais suscetível aos agravantes em relação à Hipertensão, permanecem hábitos não saudáveis em suas vidas.

Outro fator de risco para as DCNT é a obesidade. A obesidade afeta um grande número de indivíduos adultos acima dos 18 anos em todo o mundo, dados de 2014 apontavam mais de 600 milhões de adultos obesos. A obesidade constitui fator de risco para a doença renal, pois aumenta o risco de desenvolver a HAS e Diabetes, dois principais fatores de risco e diretamente tem impactos por induzir ao mecanismo compensatório de hiperfiltração que ocorre para atender às altas demandas metabólicas associadas ao aumento do peso corporal, o que afeta a pressão intraglomerular danificando os rins a longo prazo (KOVESDY; FURTH; ZOCCALI, 2017).

A preocupação com a obesidade é um problema mundial, projeta-se aumento na prevalência de 40% na próxima década, afetando inclusive os países de baixa e média renda. A prevalência da obesidade em adultos entre 2013 e 2014 nos Estados Unidos foi de 35% para homens e 40,4% para mulheres. Esse aumento de prevalência implica em desenvolvimento de doenças cardiovasculares e DRC (KOVESDY; FURTH; ZOCCALI, 2017).

A definição de obesidade se baseia no resultado obtido no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), com a divisão do peso corporal (em quilogramas) pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Um IMC entre 18,5 e 25 kg/m^2 é considerado

normal, entre 25 e 30 kg/m² sobrepeso e acima de 30 kg/m² se configura obesidade. O IMC é amplamente utilizado, no entanto, não expressa a diferenciação entre peso de músculos e gordura visceral (abdominal) a qual é preditiva de efeitos adversos para a saúde. A medida da circunferência da cintura e sua relação com a medida do quadril é indicada para uma avaliação mais específica da adiposidade (WANNMACHER, 2016).

A circunferência da cintura pode ser aferida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca quando o indivíduo expira com uma fita métrica conforme recomendação da OMS. A obesidade andróide, que se caracteriza pelo aumento de tecido adiposo abdominal é considerada fator de risco para diversas morbidades. Um dos indicadores antropométricos de fácil mensuração e baixo custo é a circunferência da cintura, preditora da gordura na região abdominal, é considerado obesidade androide quando a medida da circunferência atingir 80 cm ou mais para mulheres e 94 cm ou mais para homens (PINHO et al., 2013).

A obesidade tem condições multifatoriais de ordem genética e ambientais. Muitos dos fatores fisiopatológicos da obesidade permanecem desconhecidos, o que se sabe é que ela decorre do desequilíbrio entre o gasto calórico e consumo de calorias, conseqüente da ingestão de dietas ricas em gorduras, carboidratos e o sedentarismo. O risco de Hipertensão e Doença Renal Crônica aumenta em indivíduos obesos. A avaliação do IMC e taxa de filtração glomerular em 3.463 adultos mostrou que o risco para DRC foi 2,5 vezes maior em obesos do nos com peso normal (WANNMACHER, 2016).

O álcool, a substância psicoativa mais consumida no mundo, considerado droga lícita, tem causado dependência em cerca de 9% da população brasileira, sendo que 24% bebem com maior frequência e de forma pesada, o que provoca efeitos deletérios para o organismo e convívio social (TAUFICK et al., 2014). Existem instrumentos validados para mensurar a frequência e uso do álcool, entre eles está o AUDIT, instrumento escolhido para ser incorporado ao questionário desse estudo.

O consumo de álcool interfere na elevação da pressão arterial e potencializa outras morbidades cardiovasculares, como DRC e acidente vascular encefálico. O uso de álcool associado ao tabaco foi identificado em 72,1% dos 2589 participantes do estudo de Tang et al. (2014). Segundo Collart et al. (2015) 3,3 milhões de mortes foram atribuídas ao consumo de álcool em 2014, afirmando que o consumo de álcool apresenta impactos na saúde dos indivíduos, sendo potencializado quando associado

a outras morbidades como a HAS por exemplo, sabe-se que todo o consumo de álcool acima de 10 g por dia é considerado prejudicial.

Em termos fisiopatológicos, o consumo de cerca de 60 g de álcool induz inicialmente a uma redução da pressão arterial em 4/4 mmHg (sistólica/diastólica), elevando posteriormente para 7/4 mmHg (sistólica/ diastólica) após 6 horas. O aumento da pressão arterial é de aproximadamente 1,5 mmHg para cada 10 g de álcool/dia consumido e em grande parte reversível, no entanto a ingestão de altos níveis de álcool (dependência) aumento os efeitos a ele relacionados. (COLLART et al., 2015).

O rastreamento para o consumo de álcool foi realizado por Taufick et al. (2014) em usuários das unidades básicas de saúde no município de Uberlândia/MG. Foi utilizado o questionário AUDIT (e o instrumento CAGE) e consulta em prontuário para identificar abordagens dos profissionais de saúde no reconhecimento do consumo. O estudo foi desenvolvido com 932 indivíduos, onde o resultado de AUDIT ≥ 8 , que indica consumo alcoólico de risco, estava presente em 175 sujeitos, os quais eram em sua maioria homens, com menos de 55 anos de idade e sem doenças crônicas. Desses sujeitos, 22/175 foram reconhecidos como etilistas. Os resultados mostram que a maioria dos sujeitos buscou atendimentos devido aos sintomas do alcoolismo ou doenças a ele relacionadas, além disso, se identificou que as abordagens médicas eram incomuns e superficiais, sem o uso de um instrumento de rastreamento.

O AUDIT também foi aplicado para avaliar o padrão de uso de álcool de 755 usuários da atenção básica no município de Bebedouro/SP por Vargas e colaboradores (2014). Os resultados indicaram que 22% dos usuários apresentaram escores nos pontos de corte do instrumento para uso problemático de álcool, o predomínio foi maior no sexo masculino e faixa etária entre 20 e 39 anos apresentou maior predição para iniciação no uso de álcool, já os indivíduos maiores de 59 anos apresentaram maior abstinência.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial (HAS) é uma doença multifatorial que se caracteriza pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, podendo estar associada a alterações funcionais, metabólicas ou de órgãos-alvo. No Brasil, são aproximadamente 36 milhões de indivíduos adultos com HAS, onde mais de 60% são idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os fatores de risco para HAS são idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo, histórico familiar. Sabe-se que o envelhecimento está relacionado a maior prevalência de HAS, com o aumento da expectativa de vida a tendência é de um número mais expressivo de hipertensos. Os hábitos de vida não saudáveis que se relacionam à presença de HAS são aumento da gordura abdominal, o consumo excessivo de sódio e a inatividade física (REIS; CESARINO, 2014).

A HAS apresenta alta prevalência no mundo e se constitui importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais ou não, como Infarto agudo do miocárdio, Acidente vascular encefálico, Insuficiência cardíaca, Doença Renal Crônica (RIBEIRO et al., 2015). De acordo com Poulter e colaboradores (2015) a HAS é classificada em primária e secundária, sendo o maior contribuinte para a carga global de doenças e leva anualmente 9,4 milhões de pessoas a óbito no mundo.

Alguns fatores limitam o desenvolvimento de estudos de base populacional sobre a prevalência da HAS no Brasil, entre os quais estão a abrangência territorial, tempo extenso para o desenvolvimento e custo (MALTA et al., 2017).

O inquérito por telefone Vigitel, realizado em 2013, aponta que entre adultos brasileiros acima de 18 anos a prevalência autorreferida de HAS foi de 24,1%, com acometimento maior em mulheres. Dos 52.929 adultos entrevistados, se constatou que HAS em indivíduos com menor tempo de escolaridade, correspondendo a 38% da amostra, além disso, foi identificado que a progressão da doença aumenta conforme a idade, pois 60% dos indivíduos acima dos 65 anos são hipertensos, o que pode estar relacionado a condições biológicas decorrentes do envelhecimento, como a maior resistência vascular periférica. Os dados mostram que aproximadamente um quarto da população adulta que vive nas capitais brasileiras possui HAS e os principais fatores associados, além dos já citados são: raça negra, ter diabetes ou colesterol elevado, ser ex-tabagista, consumo elevado de sal e obesidade (MALTA et al., 2017).

A HAS é a principal causa de consulta na atenção primária bem como nos demais níveis de atenção à saúde. Manter o controle eficaz e satisfatório da pressão arterial é uma meta desafiadora, considerando que um dos principais problemas envolve a baixa adesão ao tratamento, de 40 a 60% dos hipertensos não fazem o uso correto das medicações prescritas, sendo que a má adesão aos aspectos não farmacológicos como a mudança do estilo de vida atinge proporções maiores e apesar da multiplicidade de opções farmacológicas disponíveis, alguns usuários tem a incapacidade de resposta aos anti-hipertensivos (RIBEIRO et al., 2015; NG et al., 2016).

Muitas vezes o usuário não adere ao tratamento e isso envolve fatores biopsicossociais, individuais, familiares e institucionais, os quais devem ser compreendidos pela equipe de saúde, desse modo, a estratégia de saúde da família (ESF), com o desenvolvimento de ações educativas, que envolvem tecnologias leve, estimula o autocuidado sendo apontada como o caminho certo para o enfrentamento desse problema (EINLOFT, 2016). Apesar das recomendações sobre mudança no estilo de vida e tratamento farmacológico, cerca de 15% dos usuários com Hipertensão têm dificuldade em mudar o estilo de vida (SANTISTEBAN et al., 2017).

A ausência de serviços de saúde próximos da população, ausência de profissionais treinados para aferição de pressão arterial, bem como para realização de atividade educativas sobre a HAS e suas complicações são apontadas como barreiras para a conscientização, tratamento e controle eficazes. Em usuários já diagnosticados e com tratamento outros fatores desafiadores são: indisponibilidade de medicamentos, terapias baratas de combinação, gerenciamento ineficiente da cadeia de suprimentos, falta de adesão às diretrizes, a nível do usuário a falta de educação sobre uso dos medicamentos e modificação do estilo de vida (JOSEPH et al., 2017).

A medida adequada da pressão arterial é muito importante e em indivíduos sem diagnóstico prévio de HAS e com níveis tensionais elevados deve ser aferida diversas vezes e em diferentes períodos com aparelhos validados e com técnica correta a fim de se obter a pressão usual do paciente. A avaliação também compreende histórico pessoal e familiar, exame físico e exames laboratoriais e clínicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A classificação da pressão arterial se dá conforme os níveis abaixo:

Quadro 1. Classificação da Pressão arterial

Classificação	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121- 139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100- 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016

Considerando os impactos da HAS outras discussões sobre os cuidados em saúde são abertas, por exemplo, evidências sugerem que a HAS pode reduzir a qualidade de vida relacionada à saúde dos hipertensos, em comparação aos normotensos, sabe-se também que o tratamento farmacológico traz impactos nos domínios físico e mental da qualidade de vida (SOUZA; BORGES; MOREIRA 2016).

O tratamento da HAS pode ser farmacológico e não-farmacológico. Em relação ao tratamento não-farmacológico existem poucos novos estudos nos últimos anos sobre o manejo e modificações nas recomendações sobre dieta e estilo de vida sofreram poucas mudanças (POULTER; PRABHAKARAN; CAULFIELD, 2015).

No estudo de Zygmuntowicz et al. (2013) foram avaliados pessoas de cor branca abaixo de 65 anos e idosos, onde foram comparadas as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida com os valores pressóricos encontrados, como também a quantidade de anti-hipertensivos usados. Os dados apontaram que os valores de pressão arterial apresentaram associação com ótima qualidade de vida, sendo que os valores observados para pressão sistólica foram de 123-130 mmHg e para pressão diastólica foram 75 – 80 mmHg.

O principal objetivo no tratamento anti-hipertensivo é reduzir o risco cardiovascular e a ocorrência de complicações. Um dos fatores mais significativos que afeta a qualidade de vida de hipertensos é o nível da pressão arterial, pois quanto mais elevado se relaciona à diminuição da qualidade de vida. Pessoas que tem boa aderência ao tratamento anti-hipertensivo são observados níveis melhores de qualidade de vida (ZYGMUNTOWICZ et al., 2013).

Em países de alta renda, como o Canada e Inglaterra, tem sido observado melhorias na conscientização e registros de melhores controles da HAS, apesar da epidemia de obesidade. Para combater a HAS são necessárias abordagens inovadoras, que incluem a melhor detecção dos casos de Hipertensão e uso da

tecnologia digital no apoio à decisão clínica (POULTER; PRABHAKARAN; CAULFIELD, 2015).

Como estratégias possíveis na promoção da saúde e redução na prevalência de Hipertensão, está o conhecimento da população sobre a doença e fatores do estilo de vida que requerem modificação (JOSEPH et al., 2017). Novos estudos têm demonstrado a relação entre o sistema simpático, inflamação periférica e microbiota intestinal na Hipertensão resistente. O desequilíbrio da microbiota intestinal leva a consequências patológicas para o indivíduo, pois leva a inflamação periférica, a qual induz alta atividade do sistema nervoso autônomo, podendo afetar doenças como Doença Renal Crônica, obesidade e doenças do sistema nervoso central. Essas descobertas reforçam a importância dos fatores alimentares e nutricionais no tratamento da Hipertensão (SANTISTEBAN et al., 2017)

2.3 DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Doença Renal Crônica (DRC) tem apresentado elevada prevalência nos últimos anos, estima-se que 10% da população mundial possua essa condição clínica (SESSO et al., 2016). A DRC tem como características a evolução progressiva, o que estabelece o potencial de controlar seu desfecho. Os principais acometidos são indivíduos com Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, idosos, doença cardiovascular ou com história familiar de Doença Renal Crônica (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; SESSO et al., 2016).

O conceito de DRC proposto pela Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) em 2012 e adotado no Brasil pela Sociedade Brasileira de Nefrologia é definido por TFG < 60ml/min/1,73m² associada a “anormalidades da estrutura ou função renal, presentes por 3 meses ou mais, com implicações para a saúde” ou TFG normal ≥ 60ml/min/1,73m², porém com pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem (KDIGO, 2013).

O diagnóstico da DRC pode ser realizado por meio da avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), estimada a partir da creatinina sérica e pelas fórmulas MDRD simplificada ou CKD-EPI. Também é necessário o exame sumário de urina com pesquisa de albuminúria e relação albuminúria-creatinúria. Um exame de imagem como o ultrassom de vias urinárias ou dos rins também é necessário (BRASIL, 2014b).

Os estágios da DRC são determinados pela medida da TFG, que é estimada pela creatinina sérica. A classificação dos estágios da DRC é a seguinte: estágio 1: TFG > 90mL/min/1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematuria ou alteração no exame de imagem; estágio 2: TFG 60 a 89 mL/min./1,73m²; estágio 3A TFG 45 a 59 mL/min./1,73m²; estágio 3B: TFG 30 a 44 mL/min./1,73m²; estágio 4: TFG 15 a 29 mL/min./1,73m²; e estágio 5: TFG <15 mL/min./1,73m². Os estágios 1 ao 3 são considerados não-dialíticos (KDIGO, 2013).

Um estudo epidemiológico realizado no distrito sanitário leste de Goiânia, entre setembro de 2011 a março de 2013, avaliou a prevalência de DRC em pacientes da atenção básica. Participaram 511 adultos com média de idade 45,2 anos, sendo 67,71% mulheres. Os participantes foram submetidos a análises laboratoriais e responderam ao questionário, sendo que o grupo que teve a dosagem da creatinina 10,64% dos participantes apresentaram a TFG < 60 mL/m in/ 1,73 m², além de 65 pacientes com albuminúria ≥ 30 mg/g, o que de acordo com as definições vigentes permitiu identificar uma prevalência de 32,53% da DRC, considerada alta. Destaca-se a presença de albuminúria com TFG normal (estágios 1 e 2 de DRC) em 21,8% dos participantes, o que indica a necessidade do monitoramento não somente pela creatinina, como também a importância do rastreamento em adultos atendidos na ESF (PEREIRA et al., 2016).

Em Divinópolis/MG os indivíduos hipertensos e diabéticos do programa Hiperdia foram avaliados quanto à prevalência da DRC. O estudo ocorreu entre março de 2014 a agosto de 2015, em 24 unidades de saúde da família, onde foram coletadas amostras de sangue e urina dos 243 pacientes sorteados aleatoriamente. Aqueles que apresentaram alterações na primeira coleta foram submetidos a uma segunda coleta seis meses após para avaliar marcadores de lesão renal pela TFG (fórmula CKD-EPI) e RAC (relação albuminúria-creatinúria). Esse estudo indicou uma prevalência de 17,3% de DRC nos pacientes, contribuindo para mostrar a realidade num país onde se tem poucos dados do diagnóstico precoce da doença (ALVES et al., 2017).

Os dados sociodemográficos dos participantes indicaram média de idade 61 anos, prevalência do sexo feminino, IMC > 27 (indica sobrepeso), 6,6% eram fumantes e 19,8% faziam uso de bebida alcoólica, quanto ao sedentarismo foi identificado em 63,4% da amostra. A DRC foi diagnosticada em 42 indivíduos, sendo 22 pessoas hipertensas, 11 diabéticos e 9 com Hipertensão e Diabetes. Quanto ao estadiamento em relação a TFG, a categoria mais prevalente foi estágio 3 (TFG ligeiramente a

moderadamente diminuída) com 35,7%, quanto a RAC o estadiamento mais identificado foi A2 (moderadamente aumentada) onde 38,1% dos indivíduos apresentaram albuminúria (ALVES et al., 2017).

A evolução nos estágios da DRC leva os pacientes à terapia renal substitutiva, em 2013 a Sociedade Brasileira de Nefrologia divulgou que haviam 100.397 pacientes em tratamento dialítico no Brasil, já em 2014 os dados mostram que esse número aumentou para 112.004 pacientes, o que acarreta implicações econômicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao alto custo do tratamento e por ser um tratamento financiado 85% pelo sistema público (SESSO et al., 2016). A doença renal crônica impacta negativamente na qualidade de vida dos portadores, além de demandar recursos significativos da área da saúde (ALVES et al., 2017).

No estudo realizado em comunidade rural e peri-urbana na Uganda constatou-se que dos 955 participantes, 25% possuíam Hipertensão Arterial, o IMC foi considerado normal em 56,9% da amostra e a prevalência de DRC foi de 15,2% nessa população, sendo a maioria classificada no estágio 2 da DRC (12,7%). A maioria dos pacientes relatou que nunca fumou (90%) ou usou álcool (88%), os pacientes com Hipertensão foram 2 vezes mais propensos a desenvolver DRC, no entanto, os dados desse estudo não corroboram com os principais fatores de risco em outros países, pois identificou-se que Diabetes, tabagismo e consumo de álcool não foram significativamente associados à DRC, contrastando com dados de estudos na Europa e Estados Unidos. Foram apontados como fatores de risco idade acima de 30 anos, alto status socioeconômico e sexo feminino, os autores ressaltaram a importância de novos estudos nesse país com vistas a determinar as causas da alta prevalência de DRC, considerando que a mesma não pôde ser explicada pelas causas tradicionais (KALYESUBULA et al., 2017).

Por longos anos a Nefrologia se dedicou ao tratamento, dando pouca atenção à prevenção, no entanto, na década de 90 a comunidade científica nacional e internacional se mobilizou para estabelecer ações para controlar e retardar a perda da função renal nos principais grupos de risco. Sabe-se que a identificação e implementação de tratamento nas fases iniciais da doença podem retardar sua progressão, prevenindo que o indivíduo desenvolva maiores complicações e injúria renal. Portanto, considerando o impacto da DRC para o paciente e coletividade, o ônus econômico e as demais variáveis, é possível identificar a necessidade de intervenção preventiva para a mudança de cenários (BASTOS, KIRSZTAJN, 2011).

Um dos piores desfechos da DRC são os eventos cardiovasculares, a progressão da perda renal pode levar os indivíduos para a DRC terminal, caracterizada pela necessidade de terapia renal substitutiva, em que os tipos são a hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal (BRASIL, 2014b).

Estudo desenvolvido em Niterói, no Rio de Janeiro, avaliou a associação de DRC ou síndrome metabólica com doença cardiovascular em 581 pacientes acima de 45 anos atendidos na ESF. Em 27,9% dos participantes foi identificada a presença de DRC, sua maioria nos estágios 1 a 3, a doença cardiovascular foi identificada em 68,5% dos pacientes, sendo maior naqueles com DRC estágio 3 ou inferior, ressaltando que a doença cardiovascular é uma complicação precoce da DRC (GREFFIN et al., 2017).

As ações do Ministério da Saúde voltadas à prevenção da DRC se intensificaram a partir de 2004, com a publicação da Portaria n.º 1168/ GM de 15 de junho de 2004 que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (BRASIL, 2004). Em 2014 foi publicada a Portaria n.º 389 de 13 de março de 2014, que seguindo o modelo de linhas de cuidados, estabelece a linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, com prioridades e diretrizes para cada componente desde o nível ambulatorial (BRASIL, 2014a).

Através dessa normativa o Ministério da Saúde reforça a importância do cuidado desses pacientes se estabelecer coordenado pela atenção básica e demais níveis de atenção conforme a necessidade, também foram definidas diretrizes importantes como o diagnóstico precoce, a estratificação de risco de acordo com o estágio obtido pela Taxa de Filtração Glomerular, garantia de financiamento tanto para a prevenção com os grupos de risco quanto para o tratamento, educação permanente dos profissionais de saúde, garantia de apoio diagnóstico e terapêutico para tratamento da DRC e dos fatores de risco, comunicação entre os pontos de atenção da linha de cuidado e promoção do cuidado compartilhado (BRASIL, 2014a).

Os pontos de atenção são a atenção básica e especializada ambulatorial, sendo que os fluxos de atendimento são determinados para cada serviço conforme o estágio da DRC. A atenção básica deve gerir o cuidado da pessoa com DRC dos estágios pré-dialíticos 1 ao 3, para a qual compete realizar as ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco da DRC, atualização das imunizações, realizar diagnóstico precoce e tratamento conforme as Diretrizes Clínicas, encaminhar quando necessário o paciente à atenção especializada e mesmo nesses casos manter o

vínculo com esses pacientes, realizar os registros nos sistemas de informação e realizar ações educativas com foco no autocuidado e autonomia da pessoa com DRC (BRASIL, 2014a).

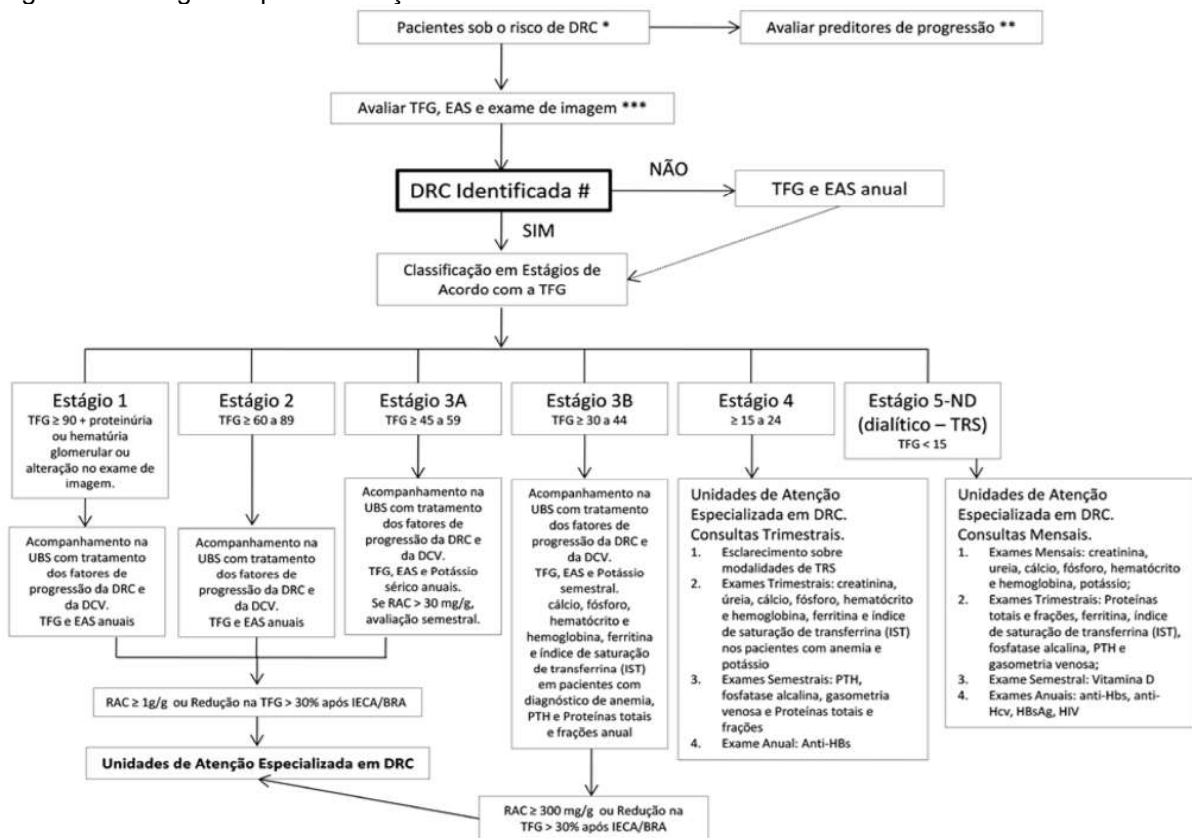
Há uma carência de estudos sobre a prevalência de DRC em estágio não dialítico no Brasil, inclusive na atenção básica. Uma estimativa realizada com dados laboratoriais de amostras analisadas em todas as regiões do país revelou que 2,3% apresentavam a TFG < 45 mL/min/1,73 m², ou seja, DRC estágio 3B – moderada a severamente diminuída – totalizando aproximadamente 2,9 milhões de pessoas (PEREIRA et al., 2016; ALVES et al., 2017).

A atenção especializada ambulatorial em DRC é composta por unidade especializada em DRC responsável pela média complexidade e acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise, prestando suporte matricial para a atenção básica; unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia é responsável pela oferta de pelo menos um tipo de terapia renal substitutiva; e unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise responsável pela média e alta complexidade. A habilitação desses serviços para integrar a linha de cuidado de DRC é realizada pelo Ministério da Saúde mediante o atendimento dos critérios estabelecidos na portaria, inclusive pela pactuação a nível Bipartite e de secretaria estadual de saúde (BRASIL, 2014a).

Em 2014 o Ministério da Saúde também publicou o documento “Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde”, no qual consta o detalhamento dos fluxos a serem seguidos pelos pontos de atenção conforme a classificação da DRC. Para impedir a progressão da DRC e desfecho são estabelecidos cuidados clínicos para os fatores de progressão e recomendações com suas devidas periodicidades e rotinas as quais devem ser atendidas pela equipe de saúde e pelo paciente (BRASIL, 2014b).

Essa nova política lançada pelo Ministério da Saúde em 2014 com todos os detalhamentos encontra-se em vias de implantação, vale ressaltar, que não constam prazos, mas fica evidente que para a implantação dos componentes da linha de cuidado deve existir iniciativa local. De modo que ainda não existem estudos que tragam dados sobre a avaliação da mesma.

Figura 1. Fluxograma para avaliação da DRC



Fonte: (BRASIL, p. 27, 2014b)

Um dos problemas enfrentados no Brasil envolve a inexistência de dados epidemiológicos sobre a prevalência da DRC em todos os estágios a nível nacional, o que reflete a baixa resolubilidade da AB no sentido do rastreamento. O Ministério da Saúde tem adotado medidas para a reorganização dos serviços com enfoque nas redes de atenção, com base nessa proposta, em Minas Gerais foi criado o “Programa HIPERDIA Minas” voltado à atenção compartilhada entre os Centros Hiperdia e atenção básica, com um ambulatório de atenção em Doença Renal Crônica em Juiz de Fora/MG, onde recebe pacientes encaminhados pela atenção básica que apresentam DRC estágios 3B, 4 e 5, com perda de função renal (PAULA et al., 2016).

O estudo realizado por Paula et al. (2016) buscou avaliar a estrutura, processo e resultado do programa de atenção em Doença Renal Crônica, onde foram entrevistados profissionais médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde da atenção básica de Juiz de Fora e consulta em prontuário dos pacientes para identificar as potencialidades e fragilidades do programa. Foram identificadas fragilidades em relação à infraestrutura das unidades (ex: falta de consultórios) para o atendimento

dos usuários, baixo percentual de capacitação dos profissionais para o acompanhamento da DRC no programa, falta de fluxos direcionando o acompanhamento, desconhecimento dos critérios de encaminhamento, falta de medicamentos, ausência de solicitação dos exames básicos pelos médicos, o que levou as unidades a encaminharem os pacientes tardiamente, evidenciando a necessidade de melhoria nos processos e estrutura.

No entanto, foram identificadas potencialidades do programa, considerando que dos 934 usuários atendidos no período de 2 anos, a velocidade de perda da TFG foi reduzida ou estabilizada em 2/3 dos pacientes acompanhados, o que se deu devido ao acompanhamento multidisciplinar. Além disso, os autores ressaltam que na maioria dos municípios brasileiros, devido a inexistência de programas estruturados de acompanhamento dessa condição, a atenção ao usuário com DRC possa ser ainda mais precária (PAULA et al, 2016).

2.4 QUALIDADE DE VIDA

A preocupação de abordar questões relacionadas a qualidade de vida surgiram de um movimento nas ciências humanas e biológicas, na intenção de ir além do controle de sintomas e questões relacionadas à morbimortalidade, mas também abordar as condições de saúde e a percepção dos indivíduos sobre sua saúde (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Alguns termos também são usados na literatura para relacionar à qualidade de vida, são eles bem-estar, aproveitar as possibilidades da vida, satisfação com a vida (NORONHA et al., 2016).

O conceito de qualidade de vida é complexo, subjetivo, possui diferentes abordagens por diversas áreas de estudo, portanto, é pouco delimitado e enfatiza a satisfação geral com a vida. Nesse estudo optou-se por adotar o conceito da OMS² onde qualidade de vida “é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

²THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med., Reino Unido, v. 41, n. 10, p. 1403 1409, 1995.

Devido à multidimensionalidade do conceito qualidade de vida e seu amplo uso por diversas áreas, surgiram diversos instrumentos validados e direcionados a avaliar a qualidade de vida em grupos específicos, a maioria deles divididos nas dimensões física, psicológica, social, meio ambiente, baseados nos determinantes e condicionantes de saúde (NORONHA et al., 2016).

As doenças cardiovasculares tem associação com outras condições como ansiedade e depressão, as quais podem influenciar diversos fatores hemodinâmicos, entre eles a pressão arterial. Sabe-se que a oscilação da pressão arterial pode estar relacionada à percepção da qualidade de vida, seja apropriada ou não. Estudo realizado no Japão mostrou que a oscilação da pressão arterial para níveis elevados manteve associação com baixa qualidade de vida em idosos hipertensos (SUNG et al., 2014).

Estudo experimental do tipo caso-controle, realizado na Coreia avaliou 56 adultos de ambos os sexos com Hipertensão ou pré-Hipertensão estágio 1, com ou sem tratamento. O grupo experimental participou de um programa de terapia “florestal” (um tipo de terapia cognitivo-comportamental) e monitoramento de pressão, o grupo controle foi monitorado quanto aos níveis pressóricos por 8 semanas. O instrumento de medição da qualidade de vida utilizado englobava três ferramentas amplamente utilizadas como o SF 36 e consistiu de 5 domínios da saúde (geral, física, mental, social e dimensões da Hipertensão), onde quanto maior a pontuação melhor foi o escore de qualidade de vida. Os resultados mostram que a pontuação total da qualidade de vida foi significativamente melhor no grupo que participou da terapia, sendo que a variação da pressão arterial mostrou relação com idade mais elevada e uso de maior número de anti-hipertensivos (SUNG et al., 2014).

No Vietnã estima-se que um terço dos pacientes que possuem Hipertensão tem dificuldades na adesão ao tratamento. Uma pesquisa desenvolvida em uma região rural desse país, com hipertensos acima dos 50 anos, buscou avaliar a qualidade de vida por meio do questionário WHOQOL-BREF desenvolvido pela OMS. Os resultados evidenciaram maior qualidade de vida em indivíduos com uma rede social de apoio, principalmente os que se declararam casados, a atividade física e adesão ao tratamento mantiveram relação com boa qualidade de vida em todos os domínios, além disso, a pior qualidade de vida foi observada em hipertensos com comorbidades (HA et al., 2014).

2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As ações de educação em saúde em grupos promovem a construção do conhecimento e instrumentalizam os usuários dos serviços de saúde para o seu autocuidado e autonomia (COSTA et al., 2016). O paciente não é um ser passivo, mas que deve participar da gestão de seu autocuidado, superando a resistência de adesão ao tratamento e promover sua própria saúde, ou seja, o empoderamento do paciente transforma-o em agente de sua própria saúde (EINLOFT, 2016)

A educação em saúde, com incentivo à mudança de comportamentos e estilo de vida direcionada ao indivíduo ou coletividades, permite a participação “das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população” (MEDINA et al., 2014, p. 70).

A educação em saúde se configura um processo dinâmico, pois tem como possibilidade que os usuários se tornem sujeitos ativos e corresponsáveis por sua saúde, podendo valorizar o saber prévio e instigar a reflexão crítica. Nesse contexto, os grupos de educação em saúde se constituem uma ferramenta estratégica, que implica comunicação, vínculo, objetivo e processo criativo. Por meio de grupos é possível inovar, trocar experiências, desenvolver o diálogo e atingir aos objetivos clínicos, entretanto, alguns serviços de saúde não se encontram preparados para atuar nessa lógica, muitos serviços atuam na lógica da transmissão de conhecimento, sem interação com os usuários na demanda dos conhecimentos (MENDONÇA; NUNES, 2015).

Os estudos inclusos na revisão sistemática realizada por Souza, Borges e Moreira (2016) mostram que a participação em atividades educativas, como parte do tratamento não farmacológico na Hipertensão apresenta resultado positivo no domínio físico e na qualidade de vida dos pacientes. A participação regular em grupos educativos promove o apoio social e melhoria da qualidade de vida, pois funcionam como disparadores na mobilização das pessoas por uma busca de comportamentos saudáveis e ações de autocuidado.

No estudo desenvolvido por Mendonça e Nunes (2015) foi caracterizado o trabalho de educação em saúde em grupo de hipertensos e diabéticos na atenção básica em Campo Mourão. Verificou-se que em 10 unidades de saúde da família, 70% delas ofereciam atividades em grupo de educação em saúde, tendo como protagonistas principalmente os agentes comunitários de saúde e enfermeiros. Nas

unidades que não tinham grupos, os motivos citados foram baixa adesão da população e falta de capacitação das equipes. Houve o predomínio de ações verticalizadas, com escolha de temas pelos profissionais, requerendo maior envolvimento entre usuários e profissionais de saúde.

Estudo desenvolvido no município de Porto Firme em Minas Gerais avaliou a influência da intervenção educativa com participantes dos grupos de educação para hipertensos e diabéticos – Hiperdia – sobre percepção da doença e aspectos clínicos após a intervenção. Em um período de um ano 212 pessoas com HAS foram acompanhadas por meio de encontros mensais em grupo na ESF e visitas domiciliares com o foco de orientação nutricional e alimentar. O estudo apontou que os pacientes têm dificuldade de conceituar a HAS, inclusive após a intervenção educativa. A elevação da pressão arterial foi relacionada aos hábitos de consumo elevado de sal, alimentação inadequada e estresse. O estudo teve resultados positivos, com a melhora em valores antropométricos, bioquímicos, reforçando a importância de ações educativas para práticas saudáveis (EINLOFT, 2016).

Estudos mostram que o insucesso de alguns serviços de saúde na implementação de ações de educação em saúde se relaciona com as concepções dos profissionais a respeito desse processo. Em Uberaba/MG um estudo analisou a percepção de trabalhadores da atenção básica sobre educação em saúde e empoderamento do usuário. A falta de entendimento dos profissionais sobre educação em saúde fica nítida em seus relatos, pois relacionam a mesma com ações pontuais e verticalizadas, transmissão de conhecimento pré-estabelecido, ação que necessita de um espaço físico específico e não que ocorre no cotidiano das práticas assistenciais, desse modo, se reflete na difícil adesão dos usuários e atividades sem sucesso (COSTA et al.,2016)

As ações devem trazer significado para os usuários, de forma que participem na elaboração das temáticas, levando em conta seu saber prévio e suas histórias de vida, garantindo autonomia e emancipação, favorecendo a instrumentalização para o autocuidado e promovendo o controle social em saúde. (COSTA et al., 2016)

3 JUSTIFICATIVA

O SUS propõe o desenvolvimento de ações de atenção integral, promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos por meio da atenção básica. A atenção básica deve ser resolutiva, estabelecer vínculo com os sujeitos, identificar riscos e as demandas da população, em seu processo de trabalho “desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais [...] com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, 2012, p.41).

Existem aproximadamente 36 milhões de indivíduos adultos no Brasil com HAS, o que requer atenção integral dos profissionais de saúde e estratégias de prevenção ao desenvolvimento de outros agravos como a DRC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Nesse sentido, sabe-se que as diretrizes instituídas em 2014 com a portaria que estabelece a linha de cuidado à Pessoa com Doença Renal Crônica ainda não foram implementadas e os componentes envolvidos, como a Atenção básica ainda não se adequaram a essa lógica de assistência, inclusive no município em que se pretende desenvolver o estudo não existem protocolos nesse sentido.

Desse modo o estudo assume relevância no sentido de permitir o desenvolvimento de mais de uma ação que cumpre às estratégias propostas para atenção básica, pois a identificação das fragilidades permitirá direcionar as ações de prevenção, inclusive nos grupos, permitindo uma melhor assistência à saúde. Conhecendo a situação da qualidade de vida das pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam os grupos *Hiperdia* é possível intervir em aspectos que possam melhorá-la ou potencializá-la, uma vez que essa condição representa impacto significativo.

A realização do estudo traz como relevância para os participantes a possibilidade de ampliar a percepção e novos conhecimentos para o autocuidado e prevenção dos danos decorrentes da HAS. O conhecimento da percepção dos participantes em relação a sua qualidade de vida, possibilita repensar o processo de trabalho, buscando soluções a partir do ensino na saúde.

A escolha pelo tema tem motivação nas experiências da pesquisadora em sua trajetória profissional e acadêmica. A realização de especialização em Nefrologia

Multidisciplinar pela UNASUS oportunizou ampliar o conhecimento sobre a área e reconhecer a importância de estratégias de prevenção precoce em grupos de risco.

O contato real com os pacientes em situação de DRC terminal em sua atuação profissional como enfermeira na residência multiprofissional na área de emergência e terapia intensiva proporcionaram refletir sobre a necessidade de se trabalhar com essa população, tendo em vista prevenir o desenvolvimento de complicações que venham acarretar prejuízos irreversíveis na saúde e qualidade de vida. Atualmente atuando em serviço de atenção básica, no município onde se propôs o desenvolvimento deste estudo, a pesquisadora entende a necessidade do estudo voltado a qualidade de vida em hipertensos e prevenção da DRC.

4 OBJETIVOS

Os objetivos traçados para o estudo foram:

4.1 GERAL

Este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida em pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam os grupos *Hiperdia* em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica.

4.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os participantes quanto às variáveis: Idade, Sexo, Escolaridade, Situação conjugal, Ocupação, Patologias (comorbidades), Tempo de patologia (HAS), Raça/cor (autodeclarado), Tempo de participação no grupo, Assiduidade e Frequência ao grupo.
- Investigar a presença de fatores de risco para Doença Renal Crônica relacionados ao: Estado nutricional; Consumo de álcool; Uso de Tabaco; Controle dos níveis pressóricos; Atividade física; Medicamentos em uso.

- Investigar se os usuários dos grupos *Hiperdia* realizaram exames básicos na periodicidade preconizada para rastreamento e prevenção da DRC (Exame qualitativo de urina, Hemograma, Creatinina, entre outros) em um período retrospectivo de 12 meses (2016 a 2017).
- Correlacionar os resultados do MINICHAL com os fatores de risco para DRC.
- Elaborar material educativo (Cartilha) sobre prevenção da DRC.

5 METODOLOGIA

Os tópicos a seguir apresentam os procedimentos metodológicos adotados no estudo:

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Caracterizou-se de um estudo epidemiológico, transversal, exploratório, com abordagem quantitativa.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Campo Bom/RS. O município de Campo Bom fica localizado na microrregião metropolitana, a cerca de 50 km de distância de Porto Alegre/RS, possui uma área de extensão de 60.510 km² principalmente urbana, com uma população estimada em 60.074 habitantes, sendo sua maioria adulta entre 20 e 49 anos. A principal fonte econômica é a fabricação e exportação de calçados e segundo dados do Censo 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal foi de 0,745 (IBGE, 2010).

Em 2015 obteve reconhecimento como um dos 50 melhores indicadores sociais do Brasil pelo seu desenvolvimento socioeconômico no estudo realizado pela *Revista Isto É* e *Austin Rating*, sendo que na área da saúde um dos principais destaques tem sido os investimentos em ações de prevenção (CAMPO BOM, 2015a). Entre essas ações destacam-se atividades de incentivo à prática de atividade física coletiva desenvolvidas na Estação Saúde, Hidroginástica e hidroterapia, dança, voltadas para

a comunidade em especial aos principais grupos de risco e doentes crônicos. Além disso, o município realiza anualmente a Festa da Vida, evento que reúne atividades sociais, culturais e principalmente educativas de prevenção às doenças, promoção do bem-estar (CAMPO BOM, 2011; CAMPO BOM, 2015b).

O sistema de saúde no município de Campo Bom é composto pela atenção básica, que conta com 13 unidades de saúde, sendo 11 delas ESF, além da oferta de ações e serviços de média e alta complexidade. A cobertura da ESF no município é de 75%, conforme dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Bom no mês de fevereiro de 2018 foram contabilizados 13294 famílias cadastradas, correspondendo a 41532 usuários, dos quais 5483 (13%) têm Hipertensão Arterial. Nesse mesmo mês foram realizados 3513 consultas médicas e 3014 consultas de enfermagem nas ESF.

Uma das atividades de educação em saúde desenvolvida nas unidades de saúde são os grupos *Hiperdia*, voltados às pessoas com HAS e/ou DM, os quais são coordenados pelas equipes das ESF. Os encontros ocorrem mensalmente, em número de 10 a 11 meses por ano, sendo que cada unidade de saúde tem as definições dos temas de cada encontro com base nas sugestões dos usuários e dos profissionais.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Esse estudo foi realizado com pessoas que possuem Hipertensão Arterial e são atendidos na rede de atenção básica do município de Campo Bom e participantes dos grupos *Hiperdia*. Existem atualmente 11 grupos *Hiperdia* no município. Os encontros ocorrem predominantemente nas quartas-feiras, terça-feira e quinta-feira, no turno tarde. Dos 11 grupos visitados, somente 3 possuem encontros no turno da manhã.

Os encontros ocorrem em salões paroquial das igrejas católicas (4 grupos), bem como as associações de moradores (4 grupos) e salas de reunião das unidades (3 grupos). O convite para participação nos grupos *Hiperdia* são realizados pelos ACS nas visitas domiciliares e dentro da unidade com divulgação em cartazes.

Dados informados pelas unidades durante a construção do projeto desse estudo estimavam uma média de 15 a 25 participantes por grupo, podendo variar

bastante, considerando esse aspecto a amostra do estudo foi de conveniência, composta por sujeitos com HAS e vinculados aos grupos *Hiperdia* das ESF.

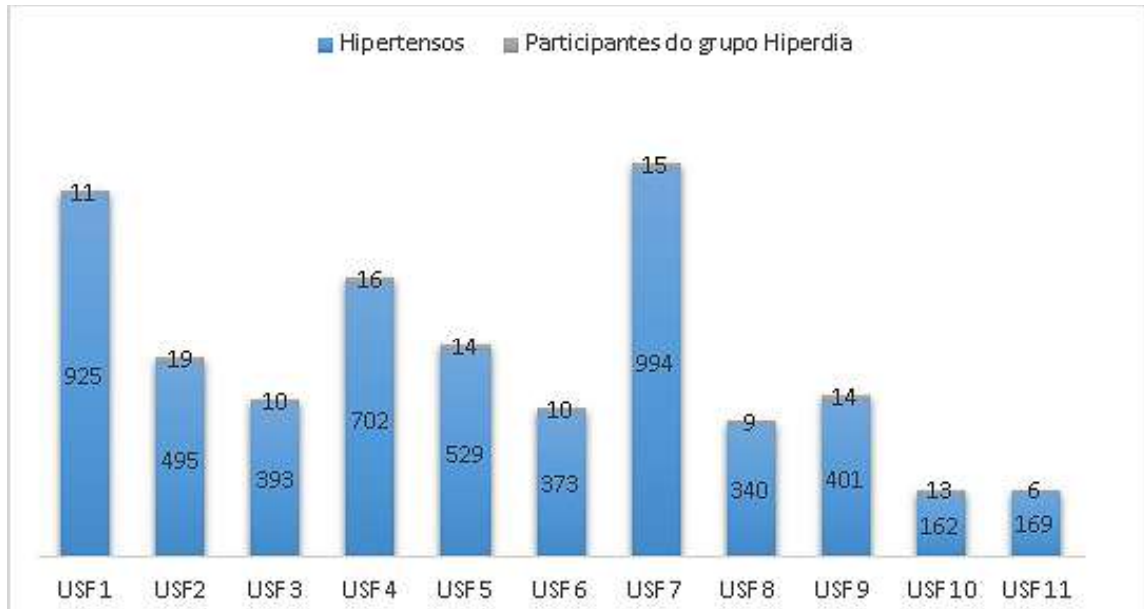


Figura 2. Pessoas com HAS por USF no município de Campo Bom/RS. (dados correspondentes ao fechamento mensal das USF de Fevereiro/ 2018 e obtidos no estudo).

5.3.1 Amostra

A amostra foi por conveniência e de acordo com o cálculo do tamanho mínimo amostral, usando um total de 137 hipertensos, necessitaríamos 89 sujeitos para garantir uma margem de erro de aproximadamente 6%. No entanto, não sendo possível essa amostra de 89 sujeitos para participação no estudo, foi mantido o nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 10,2% o que proporcionou trabalhar com um número mínimo de 86 sujeitos de pesquisa.

Alguns fatores implicaram em limitações nesse sentido, tais como a exclusão por recusa em participar, considerando os critérios de exclusão pré-estabelecidos esse foi o principal motivo entre os 51 usuários excluídos (Figura 3). Os encontros ocorreram em datas agendadas com as unidades e de acordo com a disponibilidade para que as coletas de dados ocorressem, no entanto, nesses mesmos encontros foram realizadas em concomitância outras atividades planejadas pelos profissionais

das unidades nos grupos, de modo que o interesse, disponibilidade e tempo de muitos usuários para participarem do estudo ficou prejudicado. Importante também ressaltar que os grupos são abertos, dinâmicos e ocorre bastante variação no número de participantes.

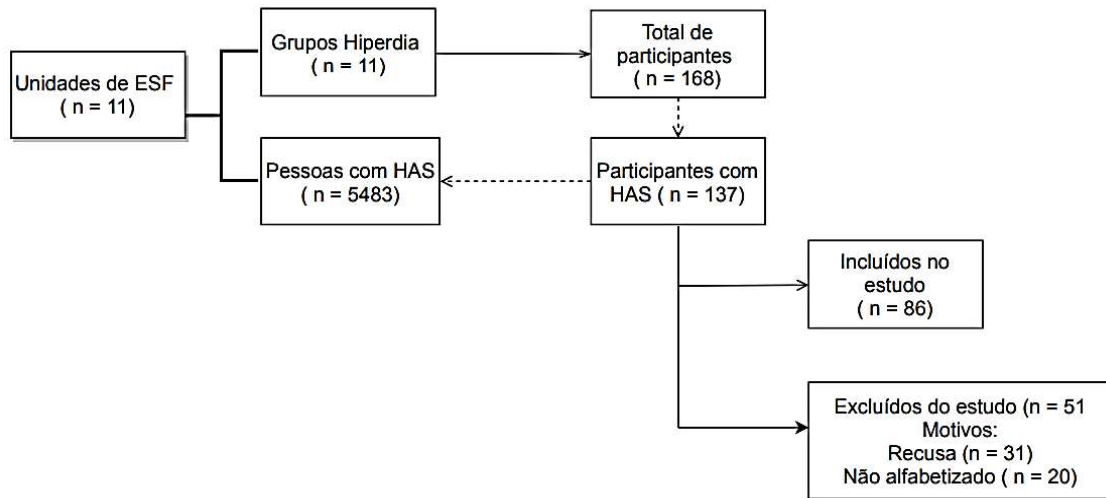


Figura 3. População do estudo. Fonte: Dados do estudo (2018)

5.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os usuários com HAS que participavam dos grupos *Hiperdia* nas ESF do município de Campo Bom, maiores de 18 anos, alfabetizados, com capacidade de comunicação verbal, de ambos os sexos e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e respondendo os questionários.

Os usuários dos grupos que não manifestaram o interesse em participar do estudo foram excluídos, como também aqueles que participavam do grupo *Hiperdia* e possuíam somente Diabetes Mellitus.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2017 a março de 2018 nos encontros dos grupos *Hiperdia* de cada unidade após aprovação do projeto no CEP UFCSPA. Foi realizado contato prévio com as enfermeiras das ESF para planejar as datas da coleta de dados nos encontros. Nas datas agendadas a pesquisadora compareceu aos encontros, onde após as atividades previstas dos grupos, foi apresentada aos participantes por um representante das unidades (enfermeira, ACS).

A pesquisadora fez uma breve explanação sobre o tema de pesquisa, objetivos e justificativa da pesquisa, explicação sobre o TCLE e critérios de inclusão, respondendo aos questionamentos realizados. Após esse contato inicial, os participantes receberam o instrumento e duas vias do TCLE, juntamente com uma caneta esferográfica azul para o preenchimento, sendo orientados sobre as questões em voz alta e pausadamente pela pesquisadora. Aqueles que sinalizaram a necessidade foram auxiliados pela pesquisadora e pelos assistentes voluntários.

O tempo médio para que os participantes fossem orientados e efetuassem o preenchimento das respostas foi de 40 minutos, após foram recolhidos ambos o instrumento e uma das vias do TCLE. Em duas unidades foi necessário um retorno para viabilizar a coleta de dados, considerando que no dia planejado as atividades desenvolvidas pelas equipes das unidades excederam o tempo previsto e não foi possível efetuar-la.

O instrumento foi codificado e digitado em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel 2016®, compondo uma base de dados do estudo.

5.4.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para coleta de dados (APÊNDICE A) foi reproduzido em linguagem acessível de fácil entendimento, em letra tamanho 14 pts para facilitar a leitura dos participantes com possível diminuição de acuidade visual. Além das variáveis sociodemográficas consideradas relevantes para delinear o perfil da amostra, dados clínicos e informações subjetivas, foram inclusos no questionário, quatro instrumentos validados, a saber: para o consumo de álcool (Questionário Audit), para a avaliação da atividade física (Questionário internacional de atividade

física - IPAQ forma curta), para avaliação do uso de tabaco (Teste de Fagerström) e para avaliação da qualidade de vida o “Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL)” versão brasileira, validado em 2008 no Brasil por Schulz et al.(2008), composto por 16 questões divididas nos domínios mental e somático e uma questão independente.

Descrição das variáveis

Variável	Descrição
Sexo	Variável dicotômica, opções feminino e masculino
Idade	Considerada em anos de vida
Escolaridade	De acordo com grau completo de escolaridade
Cor de pele	Raça autodeclarada, opções de acordo com padronização do IBGE (Branca, Preta, Parda, Amarela)
Situação conjugal	De acordo com estado civil
Ocupação	O participante informará sua ocupação ou se não trabalha
Tempo de pressão alta	Será considerado o tempo em anos a partir do diagnóstico
Outras doenças	O participante informará demais morbidades que possui
História familiar	Serão considerados os familiares de primeiro grau (pai e mãe) e as opções devem ser preenchidas em caso afirmativo para a presença de pressão alta em familiares
Tempo de participação no grupo Hiperdia	A resposta será em meses ou anos e duas perguntas avaliando a assiduidade
Internações hospitalares	Será considerado o período do último ano e a resposta será afirmativa ou negativa
IMC	Será classificado pelo índice de massa corporal (IMC), calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em mt)
Medidas de pressão arterial	A técnica de aferição e classificação será de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Serão coletadas três aferições, podendo também ser extraídas das informações dos pacientes em sua carteirinha de controle do Hipertenso ou prontuário.
Medicamentos em uso	Os participantes irão descrever os nomes dos medicamentos em uso para o tratamento da HÁ
Exames realizados	Informação auto referida ou coletada em prontuário. Será considerado o período de um ano retrospectivo e anotado a realização ou não dos exames conforme as opções.

- Avaliação da qualidade de vida

Os instrumentos para medir a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) permitem avaliar dados subjetivos que possam ser analisados e quantificados, indo além das avaliações objetivas focadas nos agravos e fatores de riscos (OLIVEIRA-

CAMPOS et al., 2013). Os instrumentos variam de acordo com a abordagem podendo ser genéricos ou específicos, a maioria são de auto aplicação e entre os vários instrumentos de avaliação da qualidade de vida existem o SF-36, produzido na língua inglesa norte-americana, o qual avalia 36 itens em oito dimensões da qualidade de vida, outro instrumento mundialmente utilizado é o WHOQOL da OMS destinado a avaliação geral da qualidade de vida, ambos foram traduzidos para a língua portuguesa nas versões originais e curta (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Conforme Soutello e colaboradores (2015) existem poucos instrumentos na literatura destinados a avaliação da qualidade de vida especificamente em hipertensos, entre os quais se destacam o questionário Bulpitt e Fletcher, o questionário Calidad de vida em la hipertensión arterial (CHAL) e sua versão curta o MINICHAL, e o HYPER 31, sendo que em versão brasileira existem os questionários MINICHAL e Bullpitt e Fletcher.

Nesse estudo se fez a opção pelo uso do instrumento validado em língua portuguesa "*Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) Brasil*" por permitir a relação com as demais variáveis, por seu aspecto breve em relação ao tempo para resposta, adequando-se ao cenário de estudo e participantes de pesquisa, apesar de existirem outros instrumentos para avaliação da qualidade de vida em geral, que avaliam com amplitude diversas questões e também instrumentos para avaliação em pessoas com Hipertensão Arterial.

O MINICHAL constitui uma versão abreviada do "*Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL)*". Ambos os instrumentos foram desenvolvidos na Espanha por Roca-Cusachs e colaboradores no ano de 2002, após validação do instrumento em um estudo controlado. O CHAL é composto por 55 questões, divididas nos 2 domínios Manifestações somáticas e Estado Mental, sua criação teve por objetivo disponibilizar um instrumento que medisse com especificidade a QVRS em pacientes hipertensos. Os pesquisadores consideraram a prerrogativa de que pior qualidade de vida foi observada em população hipertensa em comparação aos normotensos, além disso, a Hipertensão implica uma condição crônica que pode desencadear complicações e repercutir no estado geral de saúde, o que exigia um instrumento mais robusto (BAQUÉ; LLACH; ROCA-CUSACHS, 2002).

No entanto, o CHAL apresentou limitações relacionadas ao tempo de administração devido sua extensa configuração, de modo que foi adaptado em versão mais compacta dando origem ao MINICHAL (BADIA et al., 2002). A sua tradução,

adaptação cultural e validação para a língua portuguesa se deu considerando a escassez de instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em hipertensos e a necessidade de sua existência. A versão foi elaborada em 2006 após estudos conduzidos por um grupo de pesquisadores do Paraná (Brasil) e de Lisboa (Portugal), que deu origem ao “*Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) Brasil*” (SCHULZ et al., 2008).

O MINICHAL é um questionário de auto aplicação rápida, composto por 17 questões, divididas em dois domínios: Estado mental com 9 questões, Manifestações somáticas com 7 questões, sendo uma questão subjetiva para verificar como o paciente avalia que a Hipertensão e o tratamento influenciam sua qualidade de vida. Ao responder o paciente deve considerar os últimos sete dias, sendo que as respostas de múltipla escolha estão distribuídas em uma Escala do tipo Likert com quatro opções de 0 a 3, com a seguinte correspondência 0 (não, absolutamente), 1 (sim, pouco), 2 (sim, bastante) e 3 (sim, muito). A soma das respostas no domínio Mental corresponde a 27 pontos e no domínio Somático 21 pontos, a questão 17 é pontuada na escala, no entanto não entra em nenhum dos domínios. Na somatória dos pontos pode variar de 0 a 48, sendo que quanto mais próximo de zero maior a qualidade de vida (SCHULZ et al., 2008; SOUTELLO et al., 2015).

A confiabilidade e aplicabilidade do MINICHAL Brasil foi confirmada por Soutello e colaboradores (2015). Busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde em maio de 2018 localizou 34 publicações a partir do termo Minichal, a leitura dos resumos identificou-se que 09 estudos recentes (2010 a 2016) utilizaram o MINICHAL para avaliar a qualidade de vida dos sujeitos, demonstrando que o instrumento tem sido utilizado no país após sua validação.

- Avaliação do consumo de álcool

O Questionário AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) de avaliação do consumo de álcool auto aplicado será utilizado. O AUDIT foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores convocados pela OMS no final da década de 1980 e validado em 6 países, como um instrumento de triagem e rastreamento para o consumo de álcool. Inicialmente proposto para uso na atenção básica o AUDIT pode ser usado em outros contextos, é composto por 10 questões e pode ser aplicado por meio de entrevista ou auto aplicação. O questionário é dividido em 3 domínios: uso perigoso

de álcool, sintomas de dependência, uso prejudicial do álcool. O ponto de corte é um escore 8, que indica consumo de risco. Conforme o escore obtido são recomendadas intervenções, que vão desde breves intervenções, atividades educativas, orientação simples, monitoramento contínuo e referência ao especialista (BABOR et al., 2001).

Quadro 2. Níveis de risco conforme escore do AUDIT

ESCORE	NÍVEL DE RISCO	INTERVENÇÃO
0 a 7	Consumo de baixo risco	Educação sobre o álcool
8 a 15	Uso de risco	Orientação básica
16 a 19	Uso nocivo	Orientação básica + aconselhamento breve + monitoramento continuado
20 ou mais	Provável dependência	Encaminhamento a um especialista para avaliação do diagnóstico e tratamento

Fonte: (BABOR et al., 2001) - Traduzido

- Avaliação do uso de Tabaco

Será utilizado o Teste de Fagerström para essa avaliação. O Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTDN), composto por seis questões que classificam o grau de dependência em muito baixo, baixo, médio, elevado e muito elevado foi elaborado por Karl-Olov Fagerström em 1988 e validado para uso no Brasil em 2002 por Carmo e Pueyo. O teste possui 6 questões com respostas de múltipla escolha, sendo que conforme a resposta do participante é atribuída uma pontuação, a qual é somada dando um escore e classificando o nível de dependência (FAGERSTROM; SCHNEIDER, 1989; CARMO; PUEYO, 2002)

Quadro 3. Níveis de dependência à nicotina de acordo com Teste Fagerström

PONTUAÇÃO	GRAU DE DEPENDÊNCIA DA NICOTINA
0 a 2	Muito baixa
3 a 4	Baixa
5	Média
6 a 7	Elevada
8 a 10	Muito elevada

Fonte: Carmo e Pueyo (2002)

- Atividade física

O Questionário IPAQ versão curta será utilizado para a avaliação do grau de atividade física dos participantes. O Questionário Internacional de Atividade Física foi desenvolvido por pesquisadores internacionais com apoio da OMS, sendo posteriormente validado e padronizado em diversos países inclusive no Brasil (PARDINI et al., 2001).

É constituído em sua forma curta e longa, sendo que na forma curta é composto por 6 questões, onde os participantes respondem sobre as atividades físicas realizadas na última semana em número de dias e minutos. As respostas são colocadas em uma tabela de análise e relacionadas à classificação do nível de atividade física do instrumento, que pode ser muito ativo, ativo, irregularmente ativo A, irregularmente ativo B e sedentário (CELAFISCS, 2005).

Na forma curta, as questões 1A e 1B são referentes as atividades de caminhada leve que requerem esforço normal sem alteração da respiração. As questões 2A e 2B sobre atividade física moderada, são aquelas que exigem um grau de esforço físico e respiração um pouco mais forte que o normal, e as questões 3A e 3B sobre atividade física vigorosa, envolvem aquelas que exigem grande esforço e alteram bastante a respiração e batimentos cardíacos (MORAES, SUZUKI, FREITAS, 2013).

Neste estudo optou-se pelo uso do IPAQ versão curta, apesar das limitações do instrumento, foi o que melhor se adequou em termos de tempo para resposta, padronização, permitindo as análises e correlações com as demais variáveis do estudo.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

As análises dos dados foram efetuadas no programa estatístico IBM® Statistical Package for the Social Sciences – SPSS Statistics versão 23.0. O cálculo do tamanho mínimo amostral foi realizado para manter a confiança dos dados e garantir uma margem de erro associada, considerando uma amostra por conveniência, adotou-se os seguintes critérios: número total de pessoas com HAS nos grupos (n=137), intervalo de confiança de 95%, erro fixado de 10,2%, o que proporcionou um número mínimo de 86 sujeitos.

As características sociodemográficas dos participantes do estudo e o perfil clínico foram apresentadas através da estatística descritiva: média, desvio-padrão, máximo valor, mínimo valor, mediana, frequência absoluta e porcentagem acumulada. A estatística descritiva envolve o resumo e apresentação dos dados, a estatística inferencial auxilia na conclusão sobre o conjunto de dados maiores a partir de estudo em amostras (CALLEGARI-JAQUES, 2003; BLAIR; TAYLOR, 2013).

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi adotado para testar a normalidade das variáveis quantitativas da amostra. Para as correlações entre os resultados do MINICHAL Brasil e as variáveis quantitativas foi aplicado o teste de correlação de Spearman e para comparar os escores conforme as variáveis qualitativas foram utilizados os testes de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis. A associação entre as classificações de IMC e IPAQ foi avaliada pelo teste Qui-Quadrado. Em relação a significância, adotou-se um nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo atendeu aos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos da Resolução 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP UFCSPA) sob o parecer n.º 2.321.929 (ANEXO A), sendo conduzido somente após aprovação. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e em concordância na participação assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) recebendo uma via do mesmo.

6 RESULTADOS

Os tópicos seguintes apresentam os resultados do estudo.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Esse estudo foi desenvolvido com pessoas que possuem Hipertensão Arterial (HAS) atendidos nas unidades de saúde da família do município de Campo Bom/RS e vinculados aos grupos *Hiperdia*, totalizando 86 participantes. Identificou-se que participam dos grupos *Hiperdia* um total de 168 usuários, dos quais 137 possuem HAS, desse modo, a participação nos grupos corresponde a 2,5% das pessoas com HAS cadastradas nas ESF do município.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	78	90,7
	Masculino	08	9,3
Escolaridade	Ensino fundamental	64	74,4
	Ensino médio	19	22,1
	Ensino superior	02	2,3
	Sem informação escolaridade	01	1,2
Situação conjugal	Casado/ reside com companheiro	48	55,8
	Viúvo	22	25,6
	Solteiro	09	10,5
	Divorciado	07	8,1
Cor de pele	Branca	78	90,7
	Preta	02	2,3
	Parda	06	7,0
Ocupação	Aposentado, do lar, não trabalha	58	67,4
	Agente comunitário de saúde	12	14
	Serviços gerais	04	4,6
	Costureiro/artesão	04	4,6
	Secretária	02	2,3
	Autônomo	02	2,3
	Motorista	01	1,2
	Enfermeiro	01	1,2
	Mecânico	01	1,2
	Decorador de festas	01	1,2

Fonte: Dados do estudo (2018)

Observa-se a predominância de mulheres (90,7%), a escolaridade mais prevalente foi o ensino fundamental (74,4%), em relação a situação conjugal 55,8% são casados/ residem com companheiro e 25,6% são viúvos. Em média os participantes têm 62,20 anos (DP± 10,83) sendo a idade mínima 36 anos, máxima 85 anos. O tempo médio com Hipertensão foi de 13,92 anos (DP±11,82). Quanto a cor de pele, mais de 90% são brancos e a ocupação mais identificada foi de pessoas aposentadas ou do lar (67,4%), seguido de agente comunitário de saúde (14%), sendo esse último grupo composto por profissionais das unidades que participam dos grupos na condição também de portadores de HAS.

6.2 PERFIL CLÍNICO E FATORES DE RISCO

Os dados da Tabela 2 e Tabela 3 apresentam aspectos do perfil clínico e os fatores de risco investigados nos participantes do estudo.

Tabela 2 - Perfil clínico e fatores de risco associados nos participantes do estudo

Variáveis	N	%
Patologias ^(a)		
Não possui outras patologias	37	32,3
Diabetes	26	22,6
Doenças articulares	10	8,6
Depressão	08	7,0
Hipotireoidismo	08	7,0
Dislipidemia	06	5,2
Doença Renal Crônica	02	1,7
Câncer	03	2,6
Doenças do sistema nervoso	03	2,6
Outras	12	10,5
História familiar de Hipertensão arterial		
Sem histórico familiar	33	38,4
Pai e mãe com Hipertensão arterial	22	25,6
Mãe com Hipertensão arterial	19	22
Pai com Hipertensão arterial	12	14
Internação hospitalar devido Hipertensão arterial nos últimos 12 meses		

Não	78	90,7
Sim	08	9,3
Estado nutricional (IMC)		
Normal	11	13,0
Sobrepeso	32	37,0
Obesidade grau I	16	19,0
Obesidade grau II	13	15,0
Obesidade grau III	02	2,0
Sem classificação ^(b)	12	14,0
Tabagismo		
Não	85	98,8
Sim	01	1,2
Nível de atividade física (IPAQ)		
Sedentário	10	12,0
Irregularmente ativo A	52	60,0
Irregularmente ativo B	17	20,0
Ativo	05	6,0
Muito ativo	02	2,0
Realização de exames básicos para rastreamento de DRC no último ano		
Hemograma	69	80,2
Creatinina sérica	51	59,3
Exame sumário de urina	63	73,2

Fonte: Dados do estudo (2018)

^a Frequência de casos, ^b Sem classificação por falta da informação de peso ou altura

Tabela 3 - Análises descritivas de variáveis clínicas dos participantes do estudo

Variáveis	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média ± Desvio-padrão	Mediana
Tempo com Hipertensão arterial	01	41	13,92±11,82	12
Peso (kg)	48	118,50	75,65±14,69	-
Altura (mt)	1,40	1,78	1,59±0,07	-
IMC (kg/m²)	19,30	41,13	29,50±6,17	-
PAS1	110	180	134,23±21,39	130
PAD1	63	110	83,31±12,73	80
PAS2	120	180	135,38±18,08	130
PAD2	70	140	86,15±18,50	80
PAS3	120	160	137,69±15,35	130
PAD3	70	110	82,31±9,26	80

Fonte: Dados do estudo (2018)

Os participantes do estudo relataram outras doenças que possuem além da HAS, variando até 5 patologias, sendo que o Diabetes Mellitus foi a patologia mais referida por 22,6%, as doenças articulares foram referidas por 8,6% e a ausência de patologia associada foi relatada por 32,2%. Os participantes que relataram câncer, embora o tenham mencionado já completaram o tratamento e estão em acompanhamento pelo período de 5 anos. A história familiar de HAS também foi averiguada, sendo que mais de 38% não possuem histórico familiar de pai e mãe hipertensos, essa condição foi apontada por 25,6% dos participantes.

Sabe-se que a HAS quando mal controlada pode acarretar situações de urgência, inclusive com necessidade de internação hospitalar, observa-se na população desse estudo que a internação hospitalar por pressão alta no último ano ocorreu para somente 9,3% (8 dos sujeitos).

Os principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis foram investigados no estudo, os quais são fatores importantes quando associados à HAS para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, entre essas as renais. O estado nutricional dos participantes foi obtido mediante análise de peso e altura, de acordo com o IMC, evidenciando que 37% dos respondentes classificam-se em sobrepeso, ainda se percebe que 36% dos respondentes apresentam obesidade segundo um dos tipos.

O Teste de Fagerström incluído no estudo indicou que a totalidade dos sujeitos tiveram pontuação geral entre 0 a 2 pontos, indicando a inexistência de dependência de nicotina nesse grupo, somente um participante respondeu ser fumante, nota-se que 98,8% dos sujeitos de pesquisa não fumam. De semelhante modo, observa-se que existe baixo risco de consumo de álcool na mesma proporção, pois os escores obtidos nas respostas do Questionário AUDIT variaram entre 0 a 3, somente 1,2% dos sujeitos apresenta uso de risco com escore ≥ 8 pontos.

O nível de atividade física dos participantes de acordo com o IPAQ foi classificado predominantemente em irregularmente ativos (80%), seguido de sedentários (12%), somente 6% dessa população pratica atividade física o suficiente para ser considerada ativa. O IPAQ forma curta também aborda questões sobre o tempo gasto sentado durante a semana e o final de semana nas questões 4A E 4B. Os dados mostram que o tempo sentado em dia de semana para metade dos participantes do estudo é maior ou igual a 180 minutos. Quanto ao tempo sentado por

dia de final de semana metade dos participantes tem maior ou igual a 240 minutos.

De acordo com as respostas obtidas, os medicamentos mais usados pelos participantes do estudo são os anti-hipertensivos Hidroclorotiazida, Losartana e Enalapril, o Ácido Acetilsalicílico (AAS), Sinvastatina e antidepressivos. O número de medicamentos em uso varia de no mínimo 1 medicamento e máximo 8 medicamentos, sendo que metade dos sujeitos de pesquisa usam 2 ou mais medicamentos por dia.

Foi investigado se os participantes do estudo haviam realizado os exames básicos de rastreamento da DRC no último ano, essa informação foi obtida de acordo com as respostas descritas e consulta em prontuário. O Hemograma foi realizado por 80,2% dos participantes, sendo que o tempo de realização do exame até o dia de preenchimento do questionário variou de 1-13 meses, o exame de Creatinina sérica foi realizado por 59,3% dos participantes e variou de 1-10 meses, o Exame qualitativo de urina (EQU) foi realizado por 73,2% dos participantes no último ano e o tempo de realização variou de 1-23 meses.

Foi realizada somente uma aferição de pressão arterial (PAS1/PAD1), as demais aferições (PAS2/PAD2 e PAS3/PAD3) foram coletadas em prontuário referente aos dois últimos registros de controles na unidade. Observa-se que ambas as aferições mantiveram medianas de pressão arterial sistólica e diastólica de 130 e 80 respectivamente, considerando que os participantes do estudo são pacientes em tratamento farmacológico para HAS, pode-se dizer que os valores se mantem dentro da normalidade.

Quanto à participação no grupo *Hiperdia* foram avaliados dois aspectos envolvendo o tempo de participação e a frequência/ assiduidade aos encontros. Identificou-se que 50% dos participantes tem 4 anos ou mais no grupo *Hiperdia*, o tempo mínimo identificado foi menos de 1 ano (18 pessoas – 29% dos sujeitos) e o máximo de 15 anos (9,7%) com média $5,16 \pm 5,09$, 12,9% dos respondentes frequentam o grupo há 5 anos. No aspecto assiduidade, nota-se que 66,3% sempre frequentam o grupo, 12,5% responderam que costumam faltar aos encontros e 21,3% dos sujeitos tiveram o primeiro encontro, o que indica grande variabilidade na participação dos grupos.

6.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE

A Tabela 4 apresenta os resultados de avaliação da QVRS obtida por meio do instrumento MINICHAL.

Tabela 4 - Qualidade de vida relacionada a saúde de acordo com MINICHAL

Domínios	Valor de <i>p</i>	Escore (Média ± DP)		
		Todos (N=86)	Feminino (N=78)	Masculino (N=08)
<i>MINICHAL*</i>				
Estado Mental [0-21]	0,292	5,31 (4,14)	5,47 (4,24)	3,75 (2,66)
Manifestações somáticas [0-12]	0,782	4,26 (2,95)	4,27 (2,94)	4,13 (3,31)
Total [1-25]	0,546	9,90 (5,93)	10,05 (6,09)	8,38 (4,13)

Fonte: Dados do estudo (2018)

* Teste Mann-Whitney, significância no nível <0,05

O escore total do MINICHAL variou de 01 a 25 pontos, sendo a média 9,90 pontos, para o sexo feminino a média foi 10,05 pontos e para o sexo masculino 8,38 pontos. Esse resultado indica que no geral os participantes do estudo apresentaram uma percepção muito boa de sua QV. Sabe-se que o escore total do MINICHAL varia de 0 a 48 pontos e sua interpretação indica que quanto mais próximo de zero melhor a qualidade de vida. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o escore total do MINICHAL e sexo ($p=0,546$), no entanto, é possível observar uma diferença numérica, ou seja, pontuação maior para o sexo feminino.

No domínio Estado Mental o escore pode variar de 0 a 27 pontos, nesse estudo o escore variou até 21 pontos, sendo a média dos sujeitos 5,31 pontos. Nesse domínio as mulheres apresentaram média de 5,47 pontos, acima da média geral, e os homens 3,75 pontos, sem diferença significativa ($p= 0,292$). No domínio Manifestações somáticas, que pode apresentar escore até 21 pontos, houve uma variação até 12 pontos, o que indica melhor percepção da QV nesse aspecto. A média dos sujeitos para esse domínio foi 4,26 pontos, para o sexo feminino 4,27 pontos e para o sexo

masculino 4,13 pontos. Não houve diferença estatística significativa para Manifestações somáticas e sexo ($p= 0,782$).

Na Tabela 5 é possível observar a média e o desvio-padrão de cada questão, bem como a distribuição de respostas conforme as opções da escala Likert.

Tabela 5 - Distribuição de respostas (%) para os domínios/ questões do MINICHAL (N=86)

	0	1	2	3	
	Não, absolutamente	Sim, um pouco	Sim, bastante	Sim, muito	Média ±DP
Domínio Estado Mental					
1. Tem dormido mal?	30,2	55,8	10,5	3,5	0,87 ± 0,73
2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?	69,8	24,4	5,8	-	0,36 ± 0,59
3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?	84,9	12,8	1,2	1,2	0,19 ± 0,50
4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?	72,1	15,1	7,0	5,8	0,47 ± 0,86
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	54,7	33,7	8,1	3,5	0,60 ± 0,79
6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?	32,6	57,0	9,3	1,2	0,79 ± 0,65
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua	39,5	37,2	16,3	7,0	0,91 ± 0,92
8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?	65,1	25,6	5,8	3,5	0,48 ± 0,76
9. Tem se sentido esgotado e sem forças	46,5	44,2	7,0	2,3	0,65 ± 0,72
Domínio Manifestações Somáticas					
10. Teve a sensação de que estava doente?	43,0	50,0	7,0	-	0,64 ± 0,61
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	59,3	34,9	5,8	-	0,47 ± 0,61
12. Teve inchaço nos tornozelos?	46,5	33,7	14,0	5,8	0,79 ± 0,90
13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?	50,0	27,9	18,6	3,5	0,76 ± 0,88
14. Tem sentido a boca seca?	43,0	44,2	11,6	1,2	0,71 ± 0,72
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	67,4	27,9	4,7	-	0,37 ± 0,57
16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?	54,7	40,7	2,3	2,3	0,52 ± 0,66
17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa tem afetado a sua qualidade de vida?	67,4	32,6	-	-	0,33 ± 0,47

Fonte: Dados do estudo (2018)

As questões com médias mais altas no domínio Estado Mental foram: Questão 1- Tem dormido mal? ($0,87 \pm 0,73$), Questão 6 – Tem se sentido constantemente agoniado e tenso? ($0,79 \pm 0,65$) e Questão 7 - Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua ($0,91 \pm 0,92$). No domínio Manifestações Somáticas aparecem se destacam as questões: Questão 12 - Teve inchaço nos tornozelos? ($0,79 \pm 0,90$), Questão 13 - Percebeu que tem urinado com mais frequência? ($0,76 \pm 0,88$) e a Questão 14 - Tem sentido a boca seca? ($0,71 \pm 0,72$).

A questão 17 é interpretada de forma isolada e subjetiva pois não pontua no escore total do MINICHAL e avalia se os participantes percebem que a HAS e o tratamento têm afetado sua QV. Nesse sentido, 67,4% dos participantes indicaram que não tem afetado e para 32,6% ser portador da HAS e fazer o tratamento afeta a QV.

A Tabela 6 apresenta a correlação dos domínios do MINICHAL com as variáveis clínicas e sociodemográficas.

Tabela 6 - Correlação dos Domínios do MINICHAL e variáveis clínicas e sociodemográficas (N = 86)

Variáveis	Total MINICHAL	Estado mental	Manifestações somáticas
	(Média \pm DP/ mediana)	(Média \pm DP/ mediana)	(Média \pm DP/ mediana)
Escolaridade	Valor de <i>p</i> : 0,739	Valor de <i>p</i> : 0,906	Valor de <i>p</i> : 0,152
Ensino fundamental	10,03 \pm 6,60/ 9,50	5,67 \pm 4,63/ 5,00	4,05 \pm 3,04/ 4,00
Ensino médio	10,11 \pm 3,07/ 10,00	4,42 \pm 1,64/ 4,00	5,26 \pm 2,60/ 5,00
Ensino Superior	7,50 \pm 2,12/ 7,50	4,50 \pm 3,54/ 4,50	3,00 \pm 1,41/ 3,00
Situação conjugal	Valor de <i>p</i> : 0,997	Valor de <i>p</i> : 0,796	Valor de <i>p</i> : 0,750
Solteiro	10,44 \pm 8,53/ 8,00	6,22 \pm 6,48/ 4,00	4,00 \pm 3,81/ 3,00
Viúvo	9,55 \pm 4,73/ 10,00	5,50 \pm 3,26/ 6,50	3,68 \pm 2,23/ 4,00
Casado/ companheiro	10,04 \pm 6,18/ 9,00	5,13 \pm 4,27/ 3,50	4,58 \pm 3,11/ 4,00
Divorciado	9,29 \pm 4,89/ 10,00	4,86 \pm 2,19 / 6,00	4,14 \pm 2,91/ 4,00
Classificação IMC	Valor de <i>p</i> : 0,310	Valor de <i>p</i> : 0,367	Valor de <i>p</i> : 0,133
Normal	12,27 \pm 8,37/ 10,00	7,91 \pm 6,33/ 5,00	4,09 \pm 2,91/ 4,00
Sobrepeso	8,53 \pm 5,63/ 7,00	4,81 \pm 3,44/ 3,50	3,47 \pm 3,03/ 3,00
Obesidade (I, II e III)	10,00 \pm 5,11/ 10,00	4,71 \pm 3,93/ 4,00	4,87 \pm 2,88/ 4,00
Classificação IPAQ	Valor de <i>p</i> : 0,366	Valor de <i>p</i> : 0,193	Valor de <i>p</i> : 0,417
Muito ativo	7,00 \pm 7,07/ 7,00	1,50 \pm 2,12/ 1,50	5,00 \pm 4,24/ 5,00
Ativo	12,00 \pm 7,07/ 9,00	6,20 \pm 3,77/ 6,00	5,40 \pm 4,34/ 4,00
Irregularmente ativo A	8,87 \pm 5,11/ 9,00	4,75 \pm 3,67/ 4,00	3,81 \pm 2,57/ 4,00

Irregularmente ativo B	10,65 ± 6,73/ 10,00	5,94 ± 4,80/ 5,00	4,35 ± 3,62/ 4,00
Sedentário	13,50 ± 7,12/ 11,00	7,50 ± 5,13/ 6,00	5,70 ± 2,63/ 6,00

** O nível de significância é < 0,05, Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados do estudo (2018)

Observa-se que neste estudo não foi encontrada associação estatística significativa entre os domínios do MINICHAL e as variáveis escolaridade, situação conjugal, classificação IMC e classificação IPAQ (valor de $p > 0,05$). Considerando que os escores menores são indicativos de uma percepção de melhor QV, é possível observar que em relação a escolaridade os sujeitos com escolaridade ensino superior tiveram médias mais baixas, com exceção do domínio estado mental. A situação conjugal, ou seja, possuir ou não um companheiro não afeta significativamente a QV.

Quanto a classificação do IMC, é possível observar que os sujeitos com sobrepeso tiveram média menor no escore total do MINICHAL ($8,53 \pm 5,63$), em relação aos sujeitos com IMC normal ($12,27 \pm 8,37$). Na classificação IPAQ que indica o nível de atividade física, vale observar que os sujeitos muito ativos tiveram médias menores em todos os domínios, com exceção das manifestações somáticas. Embora não exista associação significativa, observa-se que os sujeitos Irregularmente ativos A também apresentaram médias menores em relação as outras classificações de IMC. Não foi encontrada diferença estatística significativa entre a classificação do IMC e a classificação IPAQ ($p=0,798$).

A Tabela 7 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios do MINICHAL e as variáveis tempo com HAS, tempo sentado no final de semana, tempo sentado em dia de semana, IMC e quantidade de patologias. A variável idade está correlacionada com Manifestações Somáticas negativamente ($p = 0,040$; $r = - 0,222$), significa que quanto mais velho o sujeito for melhor a qualidade de vida nesse domínio para o grupo estudado.

Tabela 7 -Correlação dos Domínios do MINICHAL e variáveis clínicas (N = 86)

Variáveis	Total MINICHAL	Estado mental	Manifestações somáticas
	Valor de <i>p/ R</i>	Valor de <i>p/ R</i>	Valor de <i>p/ R</i>
Tempo com Hipertensão	0,685/ -0,045	0,979/ 0,003	0,684/ -0,045
Tempo sentado no final de semana	0,788/ -0,030	0,641/ -0,053	0,600/ -0,060
Tempo sentado em dia de semana	0,785/ -0,32	0,855/ 0,022	0,335/ -0,114
Idade	0,215/ - 0,135	0,850/ -0,021	0,040/ -0,222
IMC	0,456/ 0,081	0,403/ -0,091	0,108/ 0,174
Quantidade de patologias	0,513/ 0,071	0,556/ 0,064	0,951/ 0,007

Correlação de Spearman

Fonte: Dados do estudo (2018)

6.4 LIÇÕES APRENDIDAS SOBRE OS GRUPOS HIPERDIA

Esse relato descreve fatos, percepções e detalhes observados pela pesquisadora na etapa de coleta de dados do estudo intitulado “Qualidade de vida de pessoas com Hipertensão Arterial e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica”, o qual teve o início em outubro de 2017 e finalizou em março de 2018 e foi desenvolvido nos grupos *Hiperdia* de Campo Bom/RS.

Embora este relato não tenha sido previsto como um dos objetivos deste estudo, as percepções subjetivas da pesquisadora ou relatos explicativos dos profissionais foram surgindo à medida que o estudo foi se desenvolvendo e entendeu-se que esses fenômenos eram importantes para compor a seção resultados como achados não esperados do estudo.

No geral, os grupos têm a participação do profissional de nível superior, mais especificamente dos enfermeiros. Apesar do enfermeiro estar envolvido na organização do grupo, sua ausência nos encontros tem como motivo as demandas de serviço assistencial ou o cumprimento de agendas na unidade, de modo que é muito forte o envolvimento do ACS na condução das atividades. Observou-se que somente dois grupos tem a participação mais ativa dos médicos.

Na maioria das unidades existe a presença de toda equipe de ACS nos encontros, sendo que somente 3 unidades realizam o “rodízio” mensal destes

profissionais como responsáveis pelos encontros. A escolha dos temas leva em consideração o interesse dos participantes, de acordo com o relato dos profissionais no início do ano são escolhidos os assuntos de acordo com a sugestão dos participantes e da equipe.

Há predomínio no formato de palestras como metodologia para abordagem dos temas. Observou-se que somente 3 grupos não tinham convidados externos para palestrar nos dias que a pesquisadora se fez presente, nos demais tiveram participação nutricionistas, farmacêutico, voluntária da Liga Feminina de combate ao câncer e assistente social.

O tema mais abordado teve relação com alimentação saudável. Também se observou a inclusão de assuntos relacionados ao mês temático, como o Outubro Rosa, além de assuntos relacionados as consequências do DM e da HAS. O uso de dinâmicas e metodologias ativas, atividade em pequenos grupos (terapia comunitária) e oficinas (cozinha) em alguns grupos exhibe a preocupação dos responsáveis em tornar a abordagem dos assuntos real, prazerosa e que faça sentido aos participantes.

Na maioria dos grupos, houve a disposição dos participantes “em roda”, permitindo o contato visual entre os facilitadores dos encontros e todos os participantes, além disso, é muito presente a alimentação, seja ela pela oferta de um chimarrão, suco, chá ou água. A oferta de lanches, sempre envolve um prato saudável, confeccionado pelos profissionais como pizza, bolo, frutas, almoço ou outros lanches com receitas saudáveis.

Uma observação importante em relação aos grupos é que, apesar de constituírem grupos de educação em saúde focados nas principais demandas das pessoas com HAS e DM, não se identificou a aferição da PA, peso e da glicemia capilar, bem como a conferência das receitas e carteiras de controle em todos os grupos. Somente três deles realizaram as ações citadas anteriormente, os quais ocorrem no turno manhã. Nesse ponto, vale considerar que a condução dos encontros somente pelo ACS e em locais afastados das unidades, sem a disponibilidade dos equipamentos talvez interfira nesse aspecto.

Algumas particularidades observadas revelam fragilidades no sentido da importância dada pelos profissionais sobre o sentido educativo dos grupos. Observou-se que em duas unidades pela inexistência de um profissional de nível superior para trazer a palestra, os ACS conduziram os encontros e os participantes dedicaram-se a realizar atividades artesanais (crochê e guirlanda de Natal), pois tratavam-se em sua

maioria de usuários que frequentam ambos os grupos *Hiperdia* e artesanato. Isso exemplifica que apesar de convidar as pessoas, organizar os encontros e estar presente o profissional ACS tem limitações nos aspectos educativos para promover a discussão dos temas no grupo.

Foi observado uma certa resistência inicial das pessoas em participar do estudo, principalmente ao ser falado sobre a assinatura do TCLE. Nesse sentido a presença das enfermeiras nos encontros dos grupos, as quais tem a confiança e vínculo com os participantes, veio a reforçar a importância do estudo e incentivá-los a responderem o questionário. Percebe-se que esse tipo de atividade (pesquisa) é pouco realizado, alguns participantes comentaram que há algum tempo já auxiliaram acadêmicos em suas pesquisas.

Os grupos *Hiperdia* tem um potencial de integração, funcionam não somente como grupos educativos, mas de convivência. Devido ao período do ano que a pesquisadora se fez presente, observou que alguns grupos estavam tratando assuntos relacionados a passeios, almoços e comemorações, o que ressalta o vínculo e importância dos grupos no sentido de unir as pessoas.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todas as ESF do município de Campo Bom/RS possuem grupos *Hiperdia*, demonstrando o comprometimento dos serviços com a educação em saúde voltada ao doente crônico, mas a participação aos grupos equivale a somente 2,5% das pessoas com HAS do município. Observa-se que os grupos não fazem restrições à participação, são abertos ao público, o que leva a uma dinamicidade no número de participantes.

É responsabilidade dos profissionais da ESF viabilizar a educação em saúde empoderando o sujeito para o autocuidado (FERNANDES, BACKES, 2010; KESSLER et al., 2018). Dados oriundos da avaliação do PMAQ de 2012, mostram que as ações educativas de promoção da saúde desenvolvidas no Rio Grande do Sul, são principalmente voltadas para a prevenção e o tratamento da DM (91,2%) e HAS

(90,8%), e foi identificado uma maior oferta de ações educativas em municípios de menor porte populacional e cobertura da ESF acima de 65% (KESSLER et al., 2018).

Nesse sentido vale lembrar que existe uma adesão às atividades de educação em saúde na ESF ainda tênues, que refletem a reorientação do modelo de atenção à saúde, o qual transita do modelo biomédico para o modelo de promoção da saúde (BRASIL, 2014c).

Apesar de o SUS constituir um campo vasto para o desenvolvimento de pesquisa, tem sido prática incomum a realização de estudos com esse público no município de Campo Bom, o que entre outros aspectos dificultou a inclusão de participantes neste estudo. Conforme o relato sobre os grupos, foi observada uma desconfiança dos participantes em assinar o TCLE, apesar de saberem ler e escrever, a baixa escolaridade dificulta o entendimento de informações mais complexas. Alguns desafios são enfrentados pelo pesquisador, o que requer uma postura aberta, atenção e reflexão sobre as evidências e resultados encontrados quando se pretende fazer pesquisa “com” e não “sobre” (FERNANDES; BACKES, 2010).

Os aspectos sociodemográficos na população estudada condizem com a tendência da realidade brasileira e do RS. Observa-se o predomínio de mulheres, pessoas com baixa escolaridade e no tocante a situação conjugal houve maior número de participantes que são casados ou residem com companheiro. Essas características sociodemográficas também foram observadas em outros estudos que tiveram propósito semelhante de avaliar a QV em hipertensos (MELCHIORS et al., 2010; SILVA et al., 2014; ANDRADE et al., 2014; FERNANDES et al., 2016; SOUZA et al., 2016). A HAS afeta mais as mulheres, as chances de ter a patologia aumentam com a idade, sendo particularmente mais elevada em indivíduos com menor nível de escolaridade (41,8%) (BRASIL, 2017; BRAND et al., 2017).

A procura por serviços de saúde é maior pelas mulheres, o que permite maior identificação de doenças nesse grupo (BRAND et al., 2017; MALTA et al., 2017; FERNANDES et al., 2016). Acredita-se que ao participar das ações educativas na ESF, além de manter-se ocupada a população idosa busca aderir às orientações de saúde que contribuem para a estabilidade dos níveis pressóricos e consequente minimização de eventos adversos (ANDRADE et al., 2014).

A participação nos grupos *Hiperdia* contribui reforçando orientações para o cuidado à saúde, fazendo-se necessário que os profissionais tenham consciência dos fatores socioeconômicos que são determinantes na qualidade de vida das pessoas

com HAS e adotem uma linguagem acessível, que faça sentido possibilitando a captação das mensagens. Apesar de a baixa escolaridade pode ser um empecilho para entender as informações prestadas, não pode constituir uma barreira para o usuário participar de ações educativas (SILVA et al., 2014; LEGIDO-QUIGLEY et al., 2015; SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

O perfil clínico traçado mostra que nesse estudo mais de um terço dos participantes relatou a inexistência de patologias associadas à HAS, seguida da presença de DM (22,6%). O DM é uma das DCNT mais frequentes, possui alta morbidade e está intimamente ligada à HAS, doença coronária, ansiedade e depressão (OZA et al., 2014; LIU et al., 2017). No município de Campo Bom, local desta pesquisa, em 2017 ocorreram 169 internações hospitalares de pacientes com DM, sendo que no mesmo ano ocorreram 87 óbitos relacionados a essa causa (SES-RS, 2018).

Outro fator de risco investigado foi a história familiar, 38,4% dos participantes declararam não possuir histórico familiar de HAS e 25,6% declararam ter pai e mãe com a patologia, isso confirma a importância do trabalho preventivo com sujeitos em situação de risco e fatores hereditários associados. A HAS pode ser acompanhada de sintomas, mas em alguns casos é assintomática, o rastreamento é uma medida importante bem como a história familiar que podem ser investigadas na visita do paciente ao serviço de saúde (BISWAS et al., 2015; LEGIDO-QUIGLEY et al., 2015).

Analisando as médias e medianas da pressão sistólica e diastólicas é possível dizer que os participantes estavam com os níveis pressóricos bem controlados e adequados. Entre os participantes do estudo ocorreram 8 casos (9,3%) de internação hospitalar. Esse dado permite inferir que o usuário que adere às ações educativas nos grupos está melhor instrumentalizado para o seu autocuidado o que reflete em parâmetros ajustados dos níveis tensionais e não ocorrência de agravamentos. Em comparação a esses dados, outros estudos semelhantes encontraram mais da metade dos sujeitos com níveis pressóricos não controlados (FERNANDES et al.; 2016; OZA et al.; 2014).

Quanto ao tratamento farmacológico, identificou-se que os medicamentos mais utilizados foram Hidroclorotiazida, Losartana, Enalapril e AAS, os quais compõe o elenco básico da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2017 bem como estão disponíveis gratuitamente nos estabelecimentos credenciados no Programa Farmácia Popular e na farmácia municipal. Ainda em relação ao uso de

medicamentos, observa-se um consumo de 2 ou mais medicamentos por dia, o que se aproxima ao descrito por Soutelo et al. (2015). Os medicamentos descritos, além do efeito anti-hipertensivo estão em conformidade ao aspecto nefro protetor.

Um dos principais objetivos do tratamento constitui aumentar os fatores de proteção contra o risco cardiovascular. Flutuações na pressão arterial, as quais são um fenômeno complexo resultante de interações comportamentais, ambientais, dos sistemas humoral e nervoso central, causam a alta variabilidade da pressão arterial se associando com o desenvolvimento progressivo de dano cardíaco, renal e lesões vasculares que aumentam o risco de mortalidade. De acordo com Irigoyen et al. (2016) poucos estudos conseguiram determinar os efeitos de diferentes anti-hipertensivos sobre a variabilidade e redução da pressão arterial, os medicamentos bloqueadores dos canais de cálcio combinados com diuréticos tiveram efeitos positivos em comparação a outras drogas, mas ainda são necessários mais estudos nesse sentido.

Em relação ao tabagismo e consumo de risco do álcool não foram encontrados dados associados de acordo com os escores dos instrumentos aplicados: Teste de Fagerström e Questionário AUDIT, os dados mostram que quase totalidade dos participantes não fumam ou não fazem uso abusivo de álcool. Considera-se de suma importância que mesmo com essa realidade o assunto seja abordado preventivamente nos grupos. Cabe ressaltar a predominância de mulheres nessa investigação e o possível constrangimento de falar a respeito. Dados apontam que sujeitos homens relataram dificuldades em reduzir a ingestão de álcool após terem sido diagnosticados com HAS (LEGIDO-QUIGLEY et al., 2015).

O IMC teve média de 29,5 kg/m², variando de 19,3 a 41,3, com prevalência do sobrepeso (37%) e obesidade (36%). Esse dado constitui um aspecto negativo em relação ao risco cardiovascular e renal. A prevalência de sobrepeso em sujeitos com HAS também foi identificada em outros estudos (MELCHIORS et al., 2010; FERNANDES et al., 2016; DOMINGOS et al., 2017; SANTOS; MONTE NETO, 2016; GIGLIO et al., 2018). De acordo com Silva et al. (2014) a presença de indivíduos com sobrepeso (39,8%) e obesidade (35,5%) foi relacionada com uma alimentação inadequada identificada em 69,8% dos participantes do estudo e manteve relação com pior qualidade de vida.

A alimentação inadequada traz consequências não somente para a HAS mas induz efeitos no sistema cardiovascular e renal. Sabe-se que o sal de cozinha, substância usada nos alimentos contém cloreto de sódio (NaCl) na proporção de

aproximadamente 40% de sódio e 60% de cloreto, uma colher de chá contém aproximadamente 2,3 gramas de sódio. A ingestão excessiva de sal induz efeitos nocivos no sistema renal. Na década de 90 houve um crescimento de 10% no número de pessoas acometidas por Doença Renal Crônica nos Estados Unidos, estima-se que dos 50 milhões de óbitos ocorridos em 2010, cerca de 4 milhões foram decorrentes dessa patologia (NOMURA et al., 2017).

A metanálise realizada por Nomura et al. (2017) identificou associação entre a alta ingestão de sódio com alterações na TFG e presença albuminúria. As recomendações visam prevenir a instalação e progressão da Doença Renal Crônica e complementam estratégias de controle da pressão arterial, diabetes e inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Considerando os resultados em relação a situação nutricional, faz-se necessário trabalhar com os participantes dos grupos *Hiperdia* sobre a alimentação saudável continuamente, conforme já tem sido feito e reforçando não somente em relação ao uso do sal, mas outros aspectos que auxiliem na mudança de hábitos. A disponibilidade de alimentos industrializados em locais de fácil acesso às pessoas que vivem nas cidades coloca os profissionais de saúde diante de uma realidade desafiadora. Mudar hábitos é difícil e por se tratar de uma população predominantemente idosa e baixa escolaridade, talvez seja difícil conceber novos hábitos, como a redução do uso de gorduras, açúcar e sal nos alimentos.

Existem ferramentas à disposição dos participantes dos grupos que podem auxiliar de forma prática, tais como materiais informativos construídos pelas nutricionistas da secretaria de saúde (livro de receitas saudáveis e folders informativos). Outras ações estratégicas que podem auxiliar no incentivo ao consumo de verduras e hortaliças: usufruir de alimentos produzidos nas hortas comunitárias, existentes em algumas unidades e bairros, realização de oficina de cozinha, conhecimento sobre os nutrientes, interpretação de rótulos dos alimentos, orientações e dinâmicas em grupo com nutricionista.

A concepção do sujeito quanto a doença influencia em sua adesão ao tratamento, em estudo desenvolvido na Colômbia os entrevistados associaram o desenvolvimento da HAS com questões hereditárias, hábitos alimentares não saudáveis, colesterol e triglicérides elevado, obesidade, dieta rica em sal e gordura, estresse e não praticar exercício físico. Mesmo sendo advertidos pelos profissionais de saúde sobre esses fatores de risco muitos não mudaram seus hábitos ou após

algum tempo de tratamento pararam de tomar medicação, achando que estavam curados quando a pressão normalizou (LEGIDO-QUIGLEY et al., 2015).

Quanto ao nível de atividade física mensurado através do IPAQ se evidencia sujeitos irregularmente ativos (80%), seguido de sedentários (12%). O percentual de participantes dos grupos *Hiperdia* que são ativos ou muito ativos é muito baixo, além disso, o tempo que se permanece sentado em metade dos sujeitos entrevistados varia de 3 a 4 horas por dia. Esse aspecto evidencia que uma das principais medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças necessita de intervenções efetivas nos grupos.

A recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia é que os pacientes adotem um estilo de vida ativo, realizando no mínimo 30 minutos por dia de atividade física moderada de forma contínua em 5 a 7 dias da semana ou realizem treinamento aeróbio complementado por treino resistido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A modificação no estilo de vida, com a prática de atividade física, constitui uma estratégia não-farmacológica prioritária no controle da HAS, possui comprovada eficácia sobre a pressão arterial além do custo-efetividade, sendo o estabelecimento do tratamento farmacológico realizado quando essa e outras medidas não forem suficientes. Bundchen et al. (2013) relata que a realização de exercícios aeróbios e resistidos com pesos livres 3 vezes por semana possibilitou a manutenção de níveis normais da PA em sujeitos hipertensos, Hortencio et al. (2018) também identificou melhora da PA e peso corporal após 3 meses de exercício físico (caminhada e aeróbios) em idosos hipertensos e previamente sedentários.

Uma pesquisa desenvolvida em um município do interior de Goiás constatou que viver em uma cidade pequena do interior não é sinônimo de hábitos mais saudáveis e vida tranquila. De acordo com os dados, entre os hipertensos acompanhados na ESF, houve prevalência de sobrepeso e obesidade grau I, apesar de o nível de atividade física medido pelo IPAQ indicar que 60% dos indivíduos eram ativos e 13,75% irregularmente ativos A. (MARTINS CUNHA, 2012).

O exercício físico praticado como atividade de lazer, em parques públicos, apesar de constituir uma medida efetiva na prevenção contra as DCNT, não demonstrou efeitos na diminuição da PA em indivíduos que estavam com os níveis pressóricos elevados, sugerindo que a intensidade e frequência eram insuficientes para manter a pressão normal (GIGLIO et al., 2018). Na Suécia, constatou-se que

exercícios de Yoga realizados no domicílio, como outra modalidade de exercício físico, além de caminhadas e exercícios aeróbios podem ser benéficos para a QV e diminuição da PA em indivíduos hipertensos, pois após 12 semanas houve um declínio da pressão arterial diastólica de -4,4 mmHg, demonstrando que a yoga pode funcionar como terapia suplementar aliada ao tratamento farmacológico (WOLFF et al., 2013).

Faz-se necessária que a realização de exercício físico seja orientada, avaliada e supervisionada pelo educador físico. No município de Campo Bom são vários os dispositivos que promovem a prática de atividade física e estão abertos à comunidade, observa-se nesse sentido que existe o comprometimento da Prefeitura Municipal de Campo Bom, seja a atual administração ou anteriores em potencializar a qualidade de vida dos seus moradores com a oferta de espaços públicos para prática de atividade física.

Estão disponíveis atualmente e funcionando em horário semelhante ao das ESF os seguintes serviços: grupos de caminhada nas ESF com saída das unidades em dia pré-determinado e semanalmente para caminhada no bairro; Academia de saúde que oferece palestras, atividade física em grupo com profissional educador físico, paciente são encaminhados após check-up e liberação médica pelas unidades; Estação saúde, um espaço aberto ao público com presença de estagiário de educação física e técnico de enfermagem tem atividade aeróbicas (esteira, bicicleta, elíptico) individual; Piscina do Complexo Educacional CEI, disponível 3 vezes por semana para as unidades, pode ser utilizada somente pelos usuários que frequentam os grupos de educação em saúde e cada unidade tem horários duas vezes por semana, possui profissional de educação física que conduz a hidroginástica.

Além disso, existem espaços ao ar livre no município como as quadras poliesportivas, dança, academias ao ar livre e pista de atletismo bem distribuídas na cidade. O município possui uma Ciclovía, com cerca de 6 mil metros de extensão circundando a região central da cidade e ramificações nos bairros, totalizando 22 mil metros de extensão e fácil acesso aos moradores, espaço que pode ser usado para pedalar ou fazer caminhadas.

Conforme recomendação do Ministério da Saúde e da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial a pessoa com HAS necessita de consulta médica anual ou semestral levando em conta a estratificação do risco cardiovascular, onde devem ser solicitados exames básicos de rotina como perfil lipídico, glicemia, creatinina sérica,

urina tipo 1, eletrocardiograma. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Não era objetivo dessa investigação realizar análises laboratoriais, entretanto, foi verificada a realização ou não de alguns exames básicos, os quais devem ser feitos anualmente no intuito de rastreamento precoce da DRC nos grupos de risco, conforme preconizado pelas diretrizes. Em relação aos exames solicitados, o hemograma e Exame qualitativo de urina (EQU) foram solicitados adequadamente, porém foi constatado que a creatinina sérica teve menor taxa de solicitação. Nesse sentido, vale lembrar que a realização da creatinina sérica constitui um exame simples e de suma importância, devendo ser solicitado pelo médico na consulta periódica da pessoa com HAS.

Dados oriundos do PMAQ 2012 em relação à atenção em saúde dos hipertensos mostraram que no período investigado a consulta médica nos últimos 6 meses havia sido realizada por 77,6% dos hipertensos no RS e nos demais estados brasileiros esse percentual foi superior alcançando 86,3%. A realização dos exames básicos de rastreamento, como creatinina, perfil lipídico e eletrocardiograma nos últimos 6 meses também apresentou menores percentuais no RS. Tais dados, apesar de não terem abrangido a totalidade de unidades da AB no Brasil, estimam que a atenção à saúde dos hipertensos no RS quando comparada aos demais estados mostrou diferenças que indicam uma menor qualidade assistencial (BRAND et al., 2017).

Quanto à DRC, estimativas indicam uma prevalência de DRC em cerca de 12 a 14% no Brasil. O diagnóstico da DRC, apesar de ser obtido com exames simples constitui um desafio mundial. A detecção precoce da DRC na atenção básica é baixa, pois grande parcela dos diabéticos e hipertensos tem sido acompanhados sem dosagem da creatinina sérica. Pensando na detecção precoce, foi elaborado por Santos e Monte Neto (2016) o SCORED, que se trata de um questionário composto de 11 perguntas, as quais avaliam dados demográficos e clínicos, sua pontuação final é classificada determinando o risco para DRC, pode ser amplamente utilizado e não exige exame laboratoriais.

Apesar de existirem poucos estudos no Brasil direcionados ao rastreamento e estadiamento da DRC, vem sendo desenvolvido em São Paulo desde março de 2012 um estudo de coorte prospectivo, coorte PROGREDIR, em pacientes com DRC estágios 3 e 4, incluindo análises laboratoriais, dados antropométricos, PA, ECG,

exames de imagem e dados socioeconômicos. O estudo busca validar os biomarcadores e quais são os determinantes envolvidos na progressão da DRC e risco cardiovascular, além identificar o desfecho (DOMINGOS et al., 2017).

Uma das formas de prevenir a DRC ou sua progressão é através do desenvolvimento e gestão de programas educativos. No exterior, tem se buscado novas estratégias nesse sentido. Um estudo desenvolvido no Teerã com 131 pacientes atendidos no centro de doenças crônicas teve por objetivo determinar a efetividade de um programa educativo virtual e seu impacto nas medidas fisiológicas (TFG) que afetam o desenvolvimento da DRC. O modelo educativo virtual, caracterizou-se de um programa com orientações (caracterização da DRC, estágios de desenvolvimento, complicações, quais cuidados tomar, como identificar) e alcançou seu objetivo com êxito, o grupo intervenção apresentou um aumento de 7,5 na TFG em relação a primeira análise laboratorial (BARAHIMI et al., 2017).

Em relação a um dos propósitos do estudo de identificar fragilidades e identificar possíveis ações visando a prevenção da DRC, pode se dizer que os resultados alcançaram parcialmente o objetivo. Observou-se no período de desenvolvimento do estudo que os serviços ainda não se adequaram a lógica proposta para a linha de cuidado à Pessoa com Doença Renal Crônica. O país vive um período de instabilidade política e econômica que afetam também o setor saúde, cogita-se que tem sido investido em serviços prioritários em detrimento a reestruturação do sistema e implementação de novas linhas de cuidado.

O objetivo principal proposto para essa investigação foi avaliar a qualidade de vida em pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam os grupos *Hiperdia* no município de Campo Bom e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica. O objetivo foi alcançado, sendo que a qualidade de vida foi mensurada através do MINICHAL. Os resultados indicam que no geral os participantes do estudo têm uma percepção muito boa da QV.

A qualidade de vida é uma percepção subjetiva, isso significa que duas pessoas no mesmo estado de saúde, podem apresentar percepções diferentes (MELCHIORS et al., 2010). O próprio conceito de QV remete a subjetividade e múltiplas dimensões, enfatizando a satisfação com a vida em geral ou em componentes específicos, no contexto de vida do sujeito e relacionada às expectativas e padrões por ele vivenciadas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Uma pesquisa conduzida em um município de Minas Gerais com hipertensos, avaliou a QVRS por meio do MINICHAL

encontrando resultados semelhantes, com uma boa percepção da QV em ambos domínios (SILVA et al., 2014).

Observa-se que as mulheres obtiveram escores mais altos que os homens em todos os domínios do MINICHAL, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa esse resultado indica uma percepção mais baixa da QV para o sexo feminino. Corroborando aos resultados encontrados, de acordo com Fernandes et al. (2016) e Oza et al. (2014) as mulheres apresentaram pior qualidade de vida em ambos os domínios do MINICHAL. Já no estudo de Andrade et al. (2014) as mulheres apresentaram melhor percepção da QV em relação aos homens, exceto no domínio somático. Comparando-se os domínios em relação aos escores médios e variação da pontuação mínima e máxima, houve uma melhor percepção da QV no domínio mental.

No estudo que deu origem ao MINICHAL, o Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (CHAL), as pontuações médias para os domínios mental e manifestações somáticas foram de 19,1 e 7,7 respectivamente, sendo a pontuação global 25,6 (BAQUÉ; LLACH; ROCA-CUSACHS, 2002). Em Araucária/ PR, 191 hipertensos cadastrados na ESF tiveram a avaliação da QV por meio do MINICHAL em comparação ao WHOQOL-Bref. A média geral do MINICHAL foi 69,7, no domínio estado mental foi 69,1 e para manifestações somáticas 69,9 (MELCHIORS et al., 2010).³

Em relação ao MINICHAL mostrou-se adequado, de fácil aplicação e interpretação. O MINICHAL tem uma interpretação subjetiva, quanto mais próximo de zero a pontuação estiver, significa uma melhor percepção da QV, não é interpretado em uma escala de pontos. Nesse aspecto, vem sendo desenvolvido estudos para aprimorar sua interpretação, indo além das informações fornecidas pelo sujeito, podendo nortear a organização de um plano de cuidados.

É o que propõe Borges et al. (2017) com a “construção de uma escala com pontos interpretáveis em termos do status de QV dos indivíduos, mostrando quais comportamentos estão necessitando de intervenções de saúde mais efetivas”, categorizando o nível da QV conforme a pontuação em 5 níveis (muito alta, alta, moderada, baixa e muito baixa) (BORGES et al., 2017, p.2).

³ Nesses estudos a pontuação do MINICHAL foi recodificada para uma escala de 0 – 100 (0 – pior QV, 100 – melhor QV) no intuito de correlacionar os resultados com outros instrumentos.

Alguns aspectos em relação a população estudada devem ser considerados, um deles é as características do local onde vivem. O município de Campo Bom/RS possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,745 segundo o Censo 2010, indicador que situa o município na faixa de alto desenvolvimento humano (IBGE, 2010). Essa medida considera fatores como renda, educação e saúde. Considerando o conceito ampliado de saúde, que engloba os fatores determinantes e condicionantes como os avaliados no IDHM pode-se inferir que viver em Campo Bom corrobora para uma saúde de melhor qualidade, aspecto identificado nos participantes do estudo.

Identificou-se os aspectos que vêm impactando negativamente a QV dos participantes em cada um dos domínios do MINICHAL. No domínio Estado Mental foram os aspectos relacionados ao sono/ repouso, sensação de a vida ser uma luta contínua e sentir-se agoniado e tenso. Já nas manifestações somáticas destacam-se o edema nos tornozelos e alterações urinárias. Em relação a percepção dos participantes quando a doença e seu tratamento, mais de 67% responderam que ser portador da HAS e efetuar tratamento contínuo não afeta a QV.

Diferentemente dos resultados encontrados, Oza et al. (2014) aponta que 67% dos indivíduos responderam que a Hipertensão e seu tratamento afetavam a QV. A HAS constitui um quadro crônico que influencia na capacidade física, mental social, intelectual e causa impacto na QV (ANDRADE et al., 2014; SOUZA et al., 2016; LIU et al., 2017). Para Soutello et al. (2015) a capacidade do MINICHAL em discriminar os hipertensos quanto a estratificação do risco para eventos cardiovasculares foi estatisticamente significativa somente para dano renal e o domínio manifestações somáticas ($p < 0,05$). Borges e colaboradores (2017) constataram que a deterioração da QV se inicia pelas manifestações somáticas e evolui para sintomas mentais.

Não foi encontrada associação estatística significativa entre os domínios do MINICHAL e variáveis sociodemográficas e clínicas. Participantes com maior nível de escolaridade apresentaram melhor percepção da QV, a idade esteve correlacionada negativamente com Manifestações Somáticas, ou seja, os participantes mais velhos tiveram melhor percepção da QV nesse domínio. A situação conjugal, tempo com HAS e quantidade de patologias também não apresentaram diferença estatística entre os domínios do MINICHAL, são fatores que não influenciam a QV na amostra estudada. Em relação ao IMC, apesar da predominância de sobrepeso e obesidade que são fatores de risco cardiovascular para o hipertenso, os sujeitos do estudo com IMC elevado tiveram percepção melhor da QV. Quanto ao nível de atividade física, os

participantes que se mantêm ativos apresentaram bons níveis de QV exceto nas manifestações somáticas.

No estudo de Fernandes et al. (2016) a percepção da QV foi pior em indivíduos idosos, no entanto, quando conviviam com companheiro ou desenvolviam atividade laboral essa percepção apresentou escores melhores. Conforme Silva et al. (2014) a alimentação inadequada manteve associação com o estado mental, ou seja, sujeitos com alimentação inadequada tiveram prejuízo no aspecto mental. O estado nutricional se relacionou positivamente com as manifestações somáticas com significância estatística. Na investigação de Fernandes et al. (2016) o nível pressórico controlado e o status socioeconômico se relacionaram a uma melhor percepção da QV em ambos os domínios.

Em relação aos fatores positivos e negativos sobre a QV, o estudo de Melchior et al. (2010) mostrou que quanto maior foi o tempo com Hipertensão, pior foi a percepção da QV no seu escore total e no domínio estado mental, ou seja, quanto mais tempo se tem HAS piora a QV, assim como pior QV nos indivíduos com depressão associada. As condições socioeconômicas podem influenciar a QV, de acordo com Andrade et al. (2014) as condições que tiveram impacto negativo em idosos hipertensos foram escolaridade e situação conjugal, no caso da situação conjugal, idosos sem parceiro tiveram pior pontuação na QV, se relacionando com o estado mental.

Algumas estratégias podem desempenhar impacto benéfico sobre a QV e pressão arterial. A realização de intervenções psicológica e comportamental em grupo, com hipertensos trabalhadores de mineração na China, levou à redução significativa da pressão arterial em relação aos valores basais, bem como redução progressiva na pontuação total do MINICHAL (de 11,9 pontos para 4,9 pontos) (LIU et al., 2017). O exercício físico também teve comprovada eficácia, após 10 semanas sem uso de fármacos anti-hipertensivos e participação em um programa de exercícios, o escore do estado mental de participantes de um estudo tiveram diminuição de 5,33 pontos para 3,67 com significância estatística ($p=0,002$), no domínio manifestações somáticas o escore inicial de 2,56 pontos passou para 1,83 pontos (BUNDCHEN et al., 2013).

Comprova-se que a educação em saúde é uma estratégia útil na prevenção e promoção da saúde. A participação em uma intervenção educativa, usando a ferramenta Flipchart mostrou-se efetiva para a promoção da qualidade de vida e

adesão ao tratamento de pacientes com HAS atendidos na AB na região nordeste do Brasil, comprovando-se os efeitos positivos houve melhora nos níveis tensionais com diferença significativa na pressão sistólica. A média da pontuação total do MINICHAL passou de 11,66 pontos para 7,71 pontos, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), além da QV (SOUZA et al., 2016).

Tais constatações levam ao entendimento que apesar das limitações, o estudo atendeu ao seu objetivo principal, permitindo avaliar a qualidade de vida em pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam os grupos *Hiperdia* em Campo Bom/RS e a relação com os fatores de risco para Doença Renal Crônica. Ademais, permitiu tecer algumas observações, apontamentos e sugestões sobre o funcionamento dos grupos.

Conforme observado nos grupos *Hiperdia*, há um maior envolvimento dos enfermeiros e ACS na organização dos grupos, o que exige maior preparo e capacitação teórico-prática desses profissionais para que se atinja o real propósito dos encontros. Constitui uma atribuição profissional do enfermeiro exercer a educação em saúde, a qual engloba a dimensão assistencial e gerencial. Para que isso se concretize exige planejamento, desenvolvimento de estratégias pedagógicas para integrar cuidado em saúde e nas atividades em grupos, avaliação de processos educativos, trocas de experiência, problematização, além de algumas competências, tais como a identificação das necessidades de saúde dos usuários e valorizar suas vivências e experiências (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018; LEONELLO; VIEIRA; DUARTE, 2018).

Quando a responsabilização pelas atividades do *Hiperdia* é desigual provoca sobrecarga e interfere nos resultados. Essa sobrecarga também pode ocorrer de forma inversa, representada pela demanda de serviços internos e múltiplas atribuições, interferindo na dedicação dos profissionais no *Hiperdia* e interferindo na promoção da saúde e atenção integral (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

Os grupos *Hiperdia* constituem um espaço muito importante para se efetuar educação em saúde e seu sucesso envolve também o como é concebido pelos profissionais que o executam. Embora não tenha sido alvo desse estudo analisar o funcionamento, concepção dos profissionais sobre os grupos, surgiram no decorrer do desenvolvimento informações relacionadas ao seu funcionamento, de modo que vale destacar que a concepção dos profissionais sobre os grupos, o modo como o executam, os objetivos traçados para as atividades impacta nos resultados alcançados, na participação, autonomia dos sujeitos, envolvimento e adesão.

O fato de os profissionais da ESF conhecerem os usuários de seu território, permite a aproximação com os mesmos, de modo a estabelecer um trabalho contínuo e sistemático (FERNANDES; BACKES, 2010). Nesse aspecto, vale lembrar que o ACS por possuir vínculo maior com a comunidade é papel importante em convidar os participantes e multiplicar a informação na abordagem domiciliar.

Os grupos têm um potencial educativo e de integração. Conforme Santos et al. (2017) a educação em grupo e visita domiciliar bem estruturadas foram efetivas na melhoria da adesão, empoderamento do autocuidado, compartilhamento de experiência entre pares e responsabilização do usuário diabético em comparação as estratégias individuais. Alguns fatores podem limitar ou potencializar a assistência no Hiperdia; entre os pontos positivos encontram-se a existência de vínculo entre os usuários e os profissionais, o trabalho interdisciplinar com abordagem integral e resolutiva com a participação efetiva de todos os membros da equipe nas reuniões, concomitante oferta de grupos de atividade física, busca ativa pelo ACS aos usuários faltosos ou com má adesão ao tratamento (SANTOS et al., 2018).

Muito se fala em inovação na saúde, nesse sentido pode-se aliar outras ferramentas, como os grupos de mensagens em aplicativos para potencializar os assuntos trabalhados nos encontros. Esse aspecto já tem sido abordado com implementação de novas metodologias no intuito de aprimorar a adesão ao tratamento da HAS.

Na África do Sul, um estudo do tipo controle randomizado verificou o potencial de aderência ao tratamento por meio do suporte com mensagens SMS personalizadas enviadas via telefone móvel aos pacientes hipertensos com informações sobre a doença, suporte social, consequências da HAS e motivando o uso dos medicamentos. Durante 12 meses os três grupos foram submetidos às intervenções e mensuração da TA, um dos grupos além de receber mensagens também pode interagir tirando dúvidas. Foi observada mudança na média da pressão sistólica em relação a linha de base de todos os grupos, confirmando que o suporte via mensagem SMS pode auxiliar reforçando as orientações médicas e promover um pequeno impacto na pressão arterial em comparação ao cuidado usual (BOBROW, K. et al, 2016).

A educação em saúde deve ser pautada em construir conhecimento que viabilize a autonomia do usuário, quando se torna verticalizada, e mera transmissão de informações tende a não contribuir para a transformação da realidade. (COSTA et al., 2016; FERNANDES; BACKES, 2010). Conforme se identificou nos relatos de

alguns profissionais, a escolha dos temas para os encontros leva em consideração a sugestão dos participantes e o que a equipe considera pertinente abordar, no entanto, o formato de apresentação ou debate dos temas não tem sido questionado aos participantes dos grupos, predominando o formato de palestras.

É preciso avaliar continuamente ações ofertadas para melhoria dos serviços. É sabido que existe uma supervalorização do usuário pela consulta médica em detrimento a participação de atividades educativas, nesse sentido os grupos devem potencializar a adesão de novos participantes, adotando estratégias que funcionem como estímulo ao paciente para aderir ao tratamento e participar das reuniões (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

Conforme observado, na maioria dos grupos não tem sido aproveitado o espaço dos encontros para monitoramento das questões relacionadas ao tratamento farmacológico como também aos controles de: peso, IMC, pressão arterial e glicemia, uso correto de medicações, conferência das carteirinhas, validade de receitas, marcação de consultas médicas, atendimento individualizado. Sugere-se que os grupos tenham uma organização sistematizada em protocolo ou fluxograma para seu funcionamento, resgatando esse papel de monitoramento e controle, visando a melhora da adesão aos cuidados orientados.

De modo geral as atividades propostas nos grupos Hiperdia tem contemplado as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, entretanto, aspectos que possam potencializar a autonomia dos profissionais, permitindo-os se apropriar de ferramentas pedagógicas, levando ao melhor planejamento vão auxiliar a maximizar a qualidade e atendimento ao principal objetivo que é a promoção da saúde através da educação em saúde.

8 PRODUTOS

O Mestrado Profissional tem como um dos principais objetivos promover a contribuição direta para a sociedade e às instituições, articulando novos conhecimentos, pesquisa aplicada, buscando o desenvolvimento técnico-científico, inovação e transformação. Essa modalidade prevê que o trabalho final de curso seja voltado para a realidade dos problemas levantados in loco, na atuação do profissional e pode ser apresentado como dissertação, mídia digital, projetos, produto tecnológico,

aplicativos, patentes, material didático, entre outros (BRASIL, 2009). O presente estudo deu origem a dois produtos: manuscrito que será submetido a um periódico científico e a cartilha educativa ilustrada.

8.1 MANUSCRITO

O produto científico dessa dissertação trata-se de um manuscrito (APÊNDICE C) que será submetido a um periódico científico internacional.

TIPO: Artigo original

TÍTULO: Qualidade de vida e fatores de risco para Doença Renal Crônica em hipertensos no sul do Brasil.

PERIÓDICO DE ESCOLHA: Revista de Salud Pública – Publicação da Universidade Nacional da Colômbia.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/about/submissions#authorGuidelines>

QUALIS: A1 Ensino, B1 Enfermagem, B1 Saúde coletiva

8.2 CARTILHA EDUCATIVA ILUSTRADA

O produto educativo desse estudo foi uma cartilha educativa ilustrada (APÊNDICE D) produzida com o objetivo de reforçar orientações para a melhor adesão ao tratamento da HAS, melhoria da qualidade de vida e promoção do autocuidado. A cartilha tem como público-alvo as pessoas com HAS que frequentam os grupos *Hiperdia* e unidades de saúde. A escolha por esse formato levou em consideração que os materiais educativos impressos têm como propósito levar o leitor a reflexão crítica e mudança de comportamento em relação a uma determinada realidade (LIMA et al., 2017; SANTOS; BASTOS, 2017). Podem funcionar como ferramentas para reforçar orientações verbais prestadas pelos profissionais de saúde (HOFFMANN; WORRALL, 2004; OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

Além de a cartilha servir como uma ferramenta para os usuários, ela também pode servir como um material de apoio aos profissionais no desenvolvimento das atividades sobre o tema Hipertensão Arterial e prevenção da DRC, respondendo a uma das necessidades observadas que é o subsídio teórico para os profissionais. Buscou-se também, oportunizar um espaço para registros dos controles como o de pressão arterial e peso, o qual se identificou que não é realizado nos grupos, de modo a incentivar a realização nos grupos e que a cartilha não seja uma ferramenta somente educativa, mas para apoio e registro de informações.

Buscou-se referencial teórico para nortear a construção desse produto, dos quais emanaram as seguintes recomendações:

- Linguagem do conteúdo: é recomendado que seja compatível ao nível de escolaridade do leitor, acessível e de fácil entendimento, evitando-se linguagem técnica, pois a comunicação envolvida pode influenciar nos resultados alcançados. Sabe-se que materiais extensos se tornam cansativos, tirando a atenção do leitor. Uma estratégia eficaz é trazer o leitor para dentro da conversa, com uso de personagens que conversam com o leitor (LIMA et al., 2017; HOFFMANN; WORRALL, 2004; SANTOS; BASTOS, 2017; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).
- Ilustrações: são recursos utilizados para facilitar a compreensão do leitor sobre o tema e atrair sua atenção. Nesse sentido, os artigos pesquisados fazem recomendações que a ilustração deve ser condizente ao contexto cultural do leitor, além disso, todos mencionam a confecção dos desenhos a partir de programas específicos e por profissional designer gráfico (LIMA et al 2017; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).
- Validação do material educativo: recomenda-se a avaliação por jurados especialistas, além disso, envolver o leitor no processo de desenvolvimento e testagem do material (HOFFMANN; WORRALL, 2004; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012)
- Metodologia: é recomendada a adoção de uma metodologia de desenvolvimento em etapas, iniciando pela sistematização do conteúdo, com posterior definição da linguagem e estilo do material, construção das ilustrações, edição e diagramação, avaliação e validação por peritos especialistas e leitores (HOFFMANN; WORRALL, 2004; SANTOS, BASTOS 2017; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Os passos adotados para construção da cartilha educativa ilustrada estão descritos a seguir:

- Definição e sistematização do conteúdo: definição da abrangência dos conteúdos, revisão da literatura, construção do texto escrito disposto em títulos e subtítulos em formato de perguntas e respostas.
- Linguagem: foram evitados termos técnicos, adotou-se uma linguagem clara e de acordo com o nível de escolaridade da população do estudo.
- Construção das ilustrações: o trabalho de construção das imagens foi realizado por profissional designer gráfico, as imagens foram desenhadas e posteriormente trabalhadas no programa Adobe Illustrator. Adotou-se o estilo “cartoon”, composto por personagens que “conversam” a respeito do conteúdo escrito.
- Edição e diagramação: arranjou-se ilustrações seguidas do conteúdo escrito, disposto em títulos e subtítulos. A escolha da fonte e cores buscou dar visibilidade ao material e captar a atenção do leitor.
- Impressão: a cartilha tem dimensão de 21 x 29,7 cm (A4), foi impressa a cores em papel couchê branco 180 gramas, possui 12 páginas frente e verso.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual contexto, a alta prevalência de Hipertensão Arterial na população adulta, principalmente em idosos, tem aumentado o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A má adesão ao tratamento evidenciada pelo estilo de vida não saudável, como o peso corporal elevado, hábitos alimentares inadequados, entre outros fatores predispõe o indivíduo à diminuição de sua qualidade de vida.

As intervenções em saúde para o usuário com HAS têm por objetivo principal prevenir as complicações cardiovasculares, como a Doença Renal Crônica, além da manutenção de uma boa qualidade de vida. Nesse contexto preventivo estão os grupos de educação em saúde, que constituem ferramentas importantes adotadas na atenção básica.

Esse estudo atingiu os objetivos propostos, permitindo a avaliação da qualidade de vida e sua relação com fatores de risco para DRC em pessoas com HAS que

frequentam os grupos Hiperdia nas unidades de atenção básica no município de Campo Bom. Dos 86 participantes se evidenciou a predominância de mulheres, baixa escolaridade, idosos, cor branca, pessoas que residem com companheiro/casados, ausência de patologias e Diabetes Mellitus como a patologia mais associada.

Em relação aos principais fatores de risco para DRC apareceram o sobrepeso e obesidade, nível de atividade física irregularmente ativo e sedentário. As evidências sugerem que os participantes do estudo mantêm a pressão arterial controlada, não tiveram internação hospitalar por causa da HAS, não tem fator de risco relacionado ao uso de álcool e tabaco, bem como tem realizado os exames de rastreamento da DRC anualmente, embora haja menor taxa de realização no exame de creatinina sérica. Os resultados sugerem uma boa adesão ao tratamento e que a Hipertensão arterial não tem afetado a qualidade de vida dos participantes.

A percepção da qualidade de vida foi muito boa, as mulheres apresentaram qualidade de vida mais baixa em relação aos homens. Não houve correlação entre os fatores de risco para DRC e qualidade de vida, com exceção da idade que se correlacionou com as Manifestações somáticas negativamente, indicando que quanto mais velho o sujeito for melhor a qualidade de vida nesse domínio para o grupo estudado. Quanto à participação no grupo Hiperdia, observa-se que em relação ao número total de pessoas com HAS no município somente 2,5% participam dos grupos.

Existe um potencial educativo, de convivência e integração nos grupos, embora tenham sido identificados aspectos a melhorar na organização, como o maior envolvimento dos profissionais da equipe de ESF, melhor planejamento, desenvolvimento de estratégias pedagógicas, responsabilização pelas atividades conforme o propósito principal (educativo) dos grupos, monitoramento das questões relacionados à adesão ao tratamento, como os controles de pressão arterial, peso, promoção da adoção de hábitos saudáveis e exercício físico.

Sugere-se um projeto de intervenção em relação a organização e desenvolvimento dos grupos, o qual seja construído nas equipes para ser seguido anualmente. Propõe-se que as equipes realizem o planejamento dos encontros ao início do ano nas reuniões de equipe, sendo precedidos de treinamentos para uso de estratégias pedagógicas e metodológicas, com foco na educação popular em saúde.

Em relação as estratégias pedagógicas e metodológicas, sugere-se a adoção de ações emancipatórias e que valorizem a participação dos usuários não somente na escolha dos temas, mas também como executores das ações educativas.

A escolha dos temas, podendo englobar 3 eixos temáticos: temas relacionados à prevenção da doença em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, promoção da saúde física e psicossocial, outros temas de saúde em geral.

Quanto ao acesso dos usuários aos grupos Hiperdia, se propõe que os grupos constituam um espaço terapêutico para onde sejam encaminhados usuários que tem má adesão ao tratamento, uso incorreto dos medicamentos, com difícil manejo do controle pressórico, peso, glicemia e outros fatores de risco. Nesse sentido, para que se atinja esse objetivo terapêutico é importante que sejam realizados os monitoramentos e controles ao início de cada encontro, para que sejam identificados os riscos e dificuldades dos usuários e deste modo orientá-los.

Esse estudo permitiu também o desenvolvimento de um produto educativo, a cartilha educativa ilustrada, formulada com o objetivo de reforçar orientações para a melhor adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida e promoção do autocuidado.

Apesar das limitações em relação ao número baixo da amostra, os resultados assumem relevância no sentido que se aproximam da realidade epidemiológica e considerando que os participantes do estudo estão melhores instrumentalizados do que aqueles que não participam de nenhuma atividade educativa, pode-se concluir que os aspectos negativos encontrados em relação aos fatores de risco para DRC e qualidade de vida precisam ser abordados de forma mais efetiva.

A partir desses resultados, sugere-se que os aspectos relacionados ao estado nutricional (sobrepeso e obesidade), nível de atividade física (irregularmente ativos) e menor QV no sexo feminino sejam trabalhados com os participantes dos grupos, partindo de um melhor planejamento das atividades e apropriação de ferramentas pedagógicas pelos profissionais. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas futuras com maior número de participantes, envolvendo análises laboratoriais dos principais exames de rastreamento da DRC, capacitação dos profissionais da ESF para atividades educativas em grupos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Lucas Ferreira et al. Prevalência da doença renal crônica em um município do sudeste do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 126-134, Jun 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000200126&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Ago. 2018.
- ANDRADE, João Marcus Oliveira et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 08, p. 3497-3504, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>>. Acesso em: 14 Jun. 2018.
- BABOR, Thomas F et al. **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care**. World Health Organization, 2001, p. 40. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=E4D9FEE56817E58126A774813F7E0DAD?sequence=1>. Acesso em: 06 Ago. 2018.
- BADIA, Xavier et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL). **Clinical Therapeutics**, v. 24, n. 12, p. 2137-54, Dez 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12581551>>. Acesso em: 06 Ago. 2018.
- BAQUÉ, A. Dalfó i; Llach, X. Badia i; Roca-Cusachs, A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). **Aten Primaria**, v. 29, n. 2, p. 116-121, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70516-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70516-7). Acesso em: 20 maio. 2018.
- BARAHIMI, Hamid et al. E-learning Model in Chronic Kidney Disease Management: a controlled clinical trial. **Iranian Journal of Kidney Diseases**, Tehran, v. 11, n. 4, p. 280-285, Jul 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319256033_E-Learning_Model_in_Chronic_Kidney_Disease_Management_a_Controlled_Clinical_Trial. Acesso em: 15 Jul 2018.
- BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2018.
- BISWAS, Tuhin et al. Prevention of Hypertension in Bangladesh: a review. **Cardiovasc. J.**, v. 7, n. 2, p. 137-144, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309393739_Prevention_of_Hypertension_in_Bangladesh_A_Review>. Acesso em: 18 Jul 2018.
- BLAIR, R. Clifford; TAYLOR, Richard A. **Bioestatística para ciências da saúde**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

BOBROW, K. et al. Mobile Phone Text Messages to Support Treatment Adherence in Adults With High Blood Pressure (SMS-Text Adherence Support [StAR]): A Single-Blind, Randomized Trial. **Circulation**, Dallas, v. 133, n. 6, p. 592-600, 2016.

Disponível em: < <http://circ.ahajournals.org/content/133/6/592.long>>. Acesso em: 17 Jul 2018.

BORGES, José Wicto Pereira et al. Medição da qualidade de vida em hipertensão arterial segundo a Teoria da Resposta ao Item. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 45, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2018.

BRAND, Évelin Maria et al. Atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, no Rio Grande do Sul e nas demais unidades federativas do Brasil, na atenção básica. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 1, p. 136-144, 2017. Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/772>. Acesso em: 15 Jul 2018.

BRASIL. **Portaria n.º 371, de 04/03/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 06 Mar, 2002. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

_____. **Portaria nº 1168/GM em 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, 17 Jun, 2004. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em 05 Ago. 2018.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Normativa no 17, de 28 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior – CAPES. Disponível em: <

<http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/avaliacao-n/Portaria-MEC-17-2009.pdf>>. Acesso em 23 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. il. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em 08 Mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 17 Mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 28.

_____. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Diário Oficial da União, Brasília, 13 mar. 2014a. Seção 1, p. 34-37.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, p. 37. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf>. Acesso em 15 Jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.: il. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

_____. **Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União, Brasília, 13 Nov, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=13/11/2014>>. Acesso em: 12 Jul. 2018.

BUNDCHEN, Daiana Cristine et al. Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 91-95, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000200003&lng=e&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

CALLEGARI-JAQUES, Sídia M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMPO BOM. Município de Campo Bom. In: Notícias – **Trilha do Cof Cof. 2011**. Disponível em: <<http://novo.campobom.rs.gov.br/noticia-1658/trabalho-inovador-de-conscientizacao-sobre-tuberculose-de-campo-bom-e-apresentado-na-expointer>>. Acesso em 16 Mar. 2017.

0

CAMPO BOM. Município de Campo Bom. In: Notícias – **Campo Bom entre as 50 melhores cidades do Brasil**. 2015a. Disponível em: <

<http://novo.campobom.rs.gov.br/noticia-5237/campo-bom-entre-as-50-melhores-cidades-do-brasil>>. Acesso em 12 Mar. 2017.

CAMPO BOM. Município de Campo Bom. In: **Notícias – Festa da Vida**. 2015b. Disponível em: <<http://novo.campobom.rs.gov.br/noticia-4671/festa-da-vida-reune-mais-de-50-servicos-de-bem-estar-e-saude>>. Acesso em 16 Mar. 2017.

CARMO, Juliana Teixeira; PUEYO, Antonio Andrés. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM Rev. Bras. Med*, v. 59, n.1/2, 2002. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1798&fase=imprime>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

CELAFISCS. **Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms**. São Caetano do Sul, 2005. Disponível em:< <https://sites.google.com/site/theipaq/home>>. Acesso em: 14 Mai. 2018.

COLLART, F et al. Alcohol-induced hypertension: an important healthcare target in Belgium. **Acta Clinica Belgica**, Belgium, v. 70, n. 6, p. 389-395, 2015. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1179/2295333715Y.0000000039>>. Acesso em: 05 Ago. 2018.

COSTA, Dagma W. et al. Educação em saúde e empoderamento do usuário da Estratégia Saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 1, p. 96-102, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312038908_EDUCACAO_EM_SAUDE_E_EMPODERAMENTO_DO_USUARIO_DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

DOMINGOS, Maria Alice Muniz et al. Chronic kidney disease - determinants of progression and cardiovascular risk. PROGREDIR cohort study: design and methods. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 135, n. 2, p. 133-139, Abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802017000200133&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jul. 2018.

EINLOFT, Ariadne Barbosa do Nascimento et al. Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 529-541, Ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000400529&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Set. 2017.

FAGERSTRÖM, Karl-Olav; SCHNEIDER, Nina G. Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 12, n. 2, 1989. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2668531>>. Acesso em: 07 Ago. 2018.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n. 4, p. 567-573, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>>. Acesso em: 13 Jul. 2017.

FERNANDES, Darci R. et al. Influência de fatores socioeconômicos e clínicos na qualidade de vida de hipertensos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 3, p., 2016. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2038/2070>. Acesso em: 13 jun. 2018.

GIGLIO, Bruna M. et al. High out-of-clinic blood pressure is associated with adiposity indicators in leisure physical activity practitioners in Midwest Brazil. **Clinical Hypertension**, London, v. 24, n. 8, p. 1-6, Abr. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5911962/>. Acesso em: 22 Jul. 2018.

GREFFIN, Suzana et al. Doença renal crônica e síndrome metabólica como fatores de risco para doença cardiovascular. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-2802017001303101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Set. 2017.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. Esc Anna Nery (impresa), **Rio de Janeiro**, v.15, n.3, p. 610-615, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300024>. Acesso em: 06 Ago.2018.

HA, Ninh Thi et al. Quality of life among people living with Hypertension in a rural Vietnam Community. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 833, p. 1-9, 2014. Disponível em:< <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-833>>. Acesso em 06 Ago. 2018.

HOFFMANN, Tammy; WORRALL, Linda. Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. **Disabil Rehabil.**, v. 26, n. 19, p. 1166-1173, 2004. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/09638280410001724816>>. Acesso em: 08 Set. 2018.

HORTENCIO, Marinella N. da S et al. Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-9, 2018. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6631>>. Acesso em: 23 Jul 2018.

IBGE. In: **Cidades – Campo Bom-RS**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=430390&search=%7Ccampo-bom>>. Acesso em 12 Mar. 2017.

IRIGOYEN, Maria-Cláudia et al. Hypertension, Blood Pressure Variability, and Target Organ Lesion. **Curr Hypertens Rep**, v. 18. n.4, p. 1-13, 2016. Disponível em:

<<https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-016-0642-9>>. Acesso em 15 Jul 2018.

JOSEPH, Philip et al. Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 1 The Epidemiology and Risk Factors. **Circulation Research**, Dallas, v. 121, p. 677-694, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28860318>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

KALYESUBULA, Robert et al. Kidney disease in Uganda: a community based study. **BMC Nephrology**, v. 18, n. 116, p. 1-9, 2017. Disponível em:<DOI 10.1186/s12882-017-0521-x>. Acesso em: 08 Abr. 2017.

KESSLER, Marciane et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200019>>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

KDIGO. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. **KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease**. Kidney Inter. Suppl, New York, v. 3, issue 1, p. 1-150, 2013. Disponível em:<
http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf>. Acesso em: 12 Jul. 2018.

KOVESDY, Csaba P; FURTH, Susan L.; ZOCCALI, Carmine. Obesidade e doença renal: consequências ocultas da epidemia. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em:< DOI: 10.5935/0101-2800.20170001>. Acesso em 08 Abr. 2017.

LEGIDO-QUIGLEY, Helena et al. Patients' Knowledge, Attitudes, Behaviour and Health Care Experiences on the Prevention, Detection, Management and Control of Hypertension in Colombia: A Qualitative Study. **Plos One**, Cambridge, v. 10, n. 4, e0122112, p. 1-16, Abr 2015. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122112>>. Acesso em: 16 Jul 2018.

LEONELLO, Valéria Marli; VIEIRA, Milene Pires de Moraes; DUARTE, Thalita Cristine Ramirez. Competências para ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1072-1078, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301072&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jul 2018.

LIMA, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa et al. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 02, p. 181-189, 2017. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0181.pdf>>. Acesso em: 07 Set. 2018.

LIU, Lei et al. Effects of long-term psychological intervention on blood pressure and health-related quality of life in patients with hypertension among the Chinese

working population. **Hypertension Research**, v, 40, p. 999–1007, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/hr201780>. Acesso em: 17 Jun. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n.4, p. 599-608, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000400599&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, supl. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Set. 2017.

MARTINS CUNHA, Raphael et al. Nível de atividade física e índices antropométricos de hipertensos e/ou diabéticos de uma cidade do Brasil. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 14, n. 3, p. 429-437, Jun 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jul 2018.

MASSA, Kaio Henrique Correa et al. Fatores associados ao uso de anti-hipertensivos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, 75, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100247&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Ago. 2018.

MEDINA, Maria Guadalupe Medina et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>>. Acesso em: 07 Ago. 2018.

MELLO, José Marcel et al. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório sensíveis à atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100314&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Set. 2017.

MELCHORS, Ana Carolina et al . Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 3, p. 357-364, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jun. 2018.

MENDONCA, Fernanda de Freitas; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 397-409, Ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200397&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mar. 2017.

MORAES, Suzana Alves de; SUZUKI, Cláudio Shigueki; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. Comparação entre os critérios do International Physical Activity Questionnaire e do American College of Sports Medicine/American Heart Association para a classificação do padrão de atividade física em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n. 4, 6 telas, Jul-ago 2013. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400002>. Acesso em: 08 Abr. 2017.

NG, Fu L. et al. Device-based Therapy for Hypertension. *Curr Hypertens Rep*, v. 18, n. 61, p. 1-10, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4930473/>>. Acesso em 17 Mar. 2018.

NOMURA, Kyoko et al. Renal function in relation to sodium intake: a quantitative review of the literature. **Kidney Int.**, v. 92, n. 1, p. 67-78, 2017. Disponível em: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(17\)30125-4/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(17)30125-4/fulltext). Acesso em: 15 Jul 2018.

NORONHA, Daniele Durães et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 463-474, Feb. 2016 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200463&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 Ago. 2018.

OLIVEIRA, Sheyla Costa de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 611-620, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400611&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2018.

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 873-882, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mar.2017.

OMS. In: Fact sheet – **The top 10 causes of death**. Disponível em :< <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em: 07 Mar. 2017.

OZA, Bhavit B. et al. Health related quality of life in hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital. *J Assoc Physicians India*, v. 62, n. 10, p. 22-29, Out 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25906517>. Acesso em: 16 Jul 2018.

PAULA, Elaine Amaral de et al. Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2801, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100412&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 mar. 2017. .

PARDINI, Renato et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 45-51, 2001. Disponível em: <https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/mime-attachment_1.pdf>. Acesso em 14 maio. 2018.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, Jun 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Mar.2017.

PEREIRA, Edna Regina Silva et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 22-30, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002016000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Set. 2017.

PINHO, Claudia Porto Sabino et al. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 313-324, Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Abr. 2017.

POULTER, Neil R.; PRABHAKARAN, Dorairaj; CAUFIELD, Mark. Hypertension. **The Lancet**, London, v. 386, p. 801 – 812, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61468-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61468-9)>. Acesso em 17 Mar. 2017.

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura; GOMES, Ana Luisa Zaniboni. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 101-108, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Set. 2018.

REIS, Andréia F. N.; CESARINO, Claudia B. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no Hiperdia de São José do Rio Preto. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 118-124, Jan/Mar 2014. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24235/16986>>. Acesso em: 28 Mar. 2017

RIBEIRO, Ícaro José Santos et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 432-440, abr-jun 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00432.pdf>>. Acesso em 08 Mar.2017.

ROCHA-BRISCHILIAR, Sheila C. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.

531-538, 2014. Disponível em: < http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_52_RBC_27_1_Catia_Agnollo_Artigo_Original.pdf>. Acesso em 08 Abr. 2017.

SANTISTEBAN et al. Hypertension-linked pathophysiological alterations in the gut. **Circulation Research**, Dallas, v. 120, n.2, p. 312-323, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.309006>. Acesso em: 14 maio. 2018.

SANTOS, Aliny de Lima; SILVA, Elza Monteiro da; MARCON, Sonia Silva. Assistência às pessoas com diabetes no Hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e2630014, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jul 2018.

SANTOS, Paulo Roberto; MONTE NETO, Vicente Lopes. Aplicação do questionário SCORED para rastreamento da doença renal crônica entre pacientes hipertensos e diabéticos. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 428-434, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000400428&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jul. 2018.

SANTOS, Jéssica Caroline dos et al. Comparação das estratégias de educação em grupo e visita domiciliar em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2979, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100409&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jul 2018.

SANTOS, Luanda Thaís Mendonça; BASTOS, Marcus Gomes. Desenvolvimento de material educacional sobre doença renal crônica utilizando as melhores práticas em letramento em saúde. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 55-58, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000100055&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Set. 2018.

SCHULZ, Renata Berberi et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 90, n. 2, p. 139-144, Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Mar. 2017.

SES-RS. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. In: Departamento de Gestão e Tecnologia da Informação – **Portal BI**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_DCNT>. Acesso em 22 Jul. 2018.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54-61, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002016000100054&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Mar. 2017.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-266, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000300261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Fev. 2018.

SILVA, Patrícia C. dos S. da et al. Alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Rene**, v. 15, n. 6, p. 1016-1023, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11336/1/2014_art_pcsilva.pdf> . Acesso em: 13 jun. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v.107, n.3, supl. 3, set. 2016. Disponível em:<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em 06 Mar. 2017.

SOUTELLO, Ana Lúcia Soares et al. Quality of Life on Arterial Hypertension: Validity of Known Groups of MINICHAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 104, n. 4, p. 299-307, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mar. 2017.

SOUZA, Ana Célia Caetano de; BORGES, José Wicto Pereira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 71, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Mar. 2017.

SOUZA, Ana Célia Caetano de et al. Effectiveness of educational technology in promoting quality of life and treatment adherence in hypertensive people. **Plos One**, v. 11, n. 11, e0165311, p. 1-10, Nov 2016. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0165311>. Acesso em: 15 Jul 2018.

SUNG, Jidong et al. Relationship between Blood Pressure Variability and the Quality of Life. **Yonsei Med J**, Korea, v. 55, n. 2, p. 374-378, Mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2014.55.2.374>>. Acesso em: 28 Mar. 2017.

TANG, Lingyan et al. Hypertension, alcohol drinking and stroke incidence: a population-based prospective cohort study among inner Mongolians in China. **Journal of Hypertension**, v. 32, n. 5, May 2014. Disponível em:<[DOI:10.1097/HJH.000000000000142](https://doi.org/10.1097/HJH.000000000000142)>. Acesso em: 08 Abr. 2017.

TAUFICK, Maira Lemos de Castro et al. Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária a saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 427-432, Fev. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200427&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Abr. 2017.

THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** Soc. Sci. Med., Reino Unido, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

VARGAS, Divane de; BITTENCOURT, Marina Noll; BARROSO, Lúcia Pereira. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 17-25, Jan. 2014. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Mar. 2017.

ZYGMUNTOWICZ, Monika et al. **Blood pressure for optimal health-related quality of life in hypertensive patients.** Journal of Hypertension, v. 31, n. 4, p. 830-839, April 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23412426>>. Acesso em 16 Mar. 2017.

WANNMACHER, Lenita. **Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas.** OPAS/OMS – Representação Brasil, Brasília, v.1, n.7, 2016. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1284&Itemid=423&limitstart=5>. Acesso em: 08 Abr. 2017.

WOLFF, Moa et al. Impact of yoga on blood pressure and quality of life in patients with hypertension – a controlled trial in primary care, matched for systolic blood pressure. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 13, n. 111, p. 1-9, 2013. Disponível em: <<https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2261-13-111>>. Acesso em: 23 Jul. 2018.

APÊNDICE A – Questionário

QUESTIONÁRIO

PESQUISA:

Qualidade de vida de pessoas portadoras de Hipertensão e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica

IDENTIFICAÇÃO

DO

SUJEITO: _____

USF: _____

PREZADO PARTICIPANTE:

LEIA ATENTAMENTE E RESPONDA AS PERGUNTAS ABAIXO. MARQUE SOMENTE UMA OPÇÃO.

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Sua idade: Tenho _____ anos
3. Sua escolaridade (até quando estudou)
 - () até 4ª série
 - () da 5ª série a 8ª série
 - () 1º grau completo
 - () 1º grau incompleto
 - () 2º grau incompleto
 - () 2º grau completo
 - () faculdade
4. Minha cor de pele é:
 - () branca
 - () preta
 - () parda
 - () amarela (indígena)
5. Sua situação conjugal
 - () sou solteiro (a)
 - () sou viúvo (a)
 - () sou casado (a)
 - () sou divorciado
 - () moro com companheiro

6. No que você trabalha

() não trabalho, sou aposentado (a)

Minha ocupação é: _____

7. Há quanto tempo sabe que tem pressão alta?

8. Tenho outras doenças:

9. História familiar

() pai com hipertensão

() mãe com hipertensão

10. Avaliação da qualidade de vida (Minichal – Brasil)

Tem dormido mal?

() não, absolutamente

() sim, um pouco

() sim, bastante

() sim, muito

Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?

() não, absolutamente

() sim, um pouco

() sim, bastante

() sim, muito

Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?

() não, absolutamente

() sim, um pouco

() sim, bastante

() sim, muito

Sente que não está exercendo um papel útil na vida?

() não, absolutamente

() sim, um pouco

() sim, bastante

sim, muito

Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas

não, absolutamente

sim, um pouco

sim, bastante

sim, muito

Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?

não, absolutamente

sim, um pouco

sim, bastante

sim, muito

Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua

não, absolutamente

sim, um pouco

sim, bastante

sim, muito

Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?

não, absolutamente

sim, um pouco

sim, bastante

sim, muito

Tem se sentido esgotado e sem forças

não, absolutamente

sim, um pouco

sim, bastante

sim, muito

Teve a sensação de que estava doente?

não, absolutamente

sim, um pouco

sim, bastante

sim, muito

Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?

- não, absolutamente
- sim, um pouco
- sim, bastante
- sim, muito

Teve inchaço nos tornozelos?

- não, absolutamente
- sim, um pouco
- sim, bastante
- sim, muito

Percebeu que tem urinado com mais frequência?

- não, absolutamente
- sim, um pouco
- sim, bastante
- sim, muito

Tem sentido a boca seca?

- não, absolutamente
- sim, um pouco
- sim, bastante
- sim, muito

Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?

- não, absolutamente
- sim, um pouco
- sim, bastante
- sim, muito

Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?

- não, absolutamente
- sim, um pouco
- sim, bastante
- sim, muito

Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa tem afetado a sua qualidade de vida?

- não, absolutamente
- sim, um pouco
- sim, bastante

() sim, muito

11. Bebida alcoólica (Questionário Audit)

Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- () nunca
- () uma vez por mês ou menos
- () duas a quatro vezes por mês
- () duas a três vezes por semanas
- () quatro ou mais vezes por semana

Quando bebe, quantas doses você consome?

- () uma ou duas
- () três ou quatro
- () cinco ou seis
- () de sete a nove
- () dez ou mais

Com que frequência consome "cinco ou mais" doses de uma vez?

- () nunca
- () menos de um vez por mês
- () pelo menos uma vez por mês
- () pelo menos uma vez por semana
- () diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- () nunca
- () menos de um vez por mês
- () pelo menos uma vez por mês
- () pelo menos uma vez por semana
- () diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- () nunca
- () menos de um vez por mês
- () pelo menos uma vez por mês
- () pelo menos uma vez por semana
- () diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- () nunca
- () menos de um vez por mês
- () pelo menos uma vez por mês
- () pelo menos uma vez por semana
- () diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimento de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- nunca
- menos de um vez por mês
- pelo menos uma vez por mês
- pelo menos uma vez por semana
- diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- nunca
- menos de um vez por mês
- pelo menos uma vez por mês
- pelo menos uma vez por semana
- diariamente ou quase diariamente

Alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- não
- sim, mas não nos últimos 12 meses
- sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- não
- sim, mas não nos últimos 12 meses
- sim, aconteceu nos últimos 12 meses

12. Cigarro (Teste de Fagerström)

- Não fumo
- eu fumo quantos cigarros por dia? _____ cigarros

Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- mais de 60 min _____ 0
- entre 31 e 60 min _____ 1
- entre 6 e 30 min _____ 2
- menos de 6 min _____ 3

Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- não _____ 0
- sim _____ 1

O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

- não _____ 0
- sim _____ 1

Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- não _____ 0
- sim _____ 1

Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

Quantos cigarros você fuma por dia?

- () menos de 11 _____ 0
 () de 11 a 20 _____ 1
 () de 21 a 30 _____ 2
 () mais de 30 _____ 3

13. Atividade física (Questionário IPAQ forma curta)

1A. Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por semana () nenhum

1B. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

Horas: _____ minutos: _____

2A. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (por favor não inclua caminhada)

Dias _____ por semana () nenhum

2B. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: _____ minutos: _____

3A. em quantos dias da última semana, você realizou atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar muito sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por semana () nenhum

3B. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Horas: _____ minutos: _____

4A. Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo

EXAMES REALIZADOS	
Exame qualitativo de urina	Sim () Não () DATA:
Hemograma	Sim () Não () DATA:
Creatinina sérica	Sim () Não () DATA:
Outros:	

DATA: ____ / ____ / ____

APÊNDICE B – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Prezado (a) senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa "Qualidade de vida de pessoas portadoras de Hipertensão e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica" desenvolvida pela estudante de mestrado Acza Mirian Araujo da Silva e sob orientação da Professora Doutora Luzia Fernandes Millão, do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU), o qual pertence à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa, sua colaboração neste estudo será de muita importância, pois a partir dos resultados da pesquisa conhecimento será agregado para essa área de estudo.

Essa pesquisa tem por objetivo investigar aspectos relacionados a qualidade de vida e dos fatores de risco para doença renal crônica, considerando que ambas as doenças trazem prejuízos para os acometidos. A partir dos resultados do estudo se pretende desenvolver uma atividade educativa sobre qualidade de vida e prevenção da doença renal crônica em pacientes que possuem pressão alta nos grupos Hipertensão das unidades de atenção básica do município de Campo Bom/RS.

A sua participação nessa pesquisa envolve comparecer nos dois encontros do grupo Hipertensão em que a pesquisadora fará a aplicação dos questionários e da atividade educativa, responder aos questionários, como também apresentar à pesquisadora os últimos exames realizados e receitas.

Os questionários serão entregues pela pesquisadora nos encontros, onde serão lidos junto com todos os participantes questão por questão, permitindo que as dúvidas sejam tiradas. Você receberá o auxílio para preencher as respostas caso precise, pois teremos além da pesquisadora auxiliares para ajudar com a marcação das suas respostas. O tempo de duração aproximado para o preenchimento dos questionários será de 30 minutos.



Os dados serão usados somente para essa pesquisa e não para outros fins. Os seus dados serão mantidos em segredo, sendo que seu nome não será divulgado, todos os participantes receberão apenas uma identificação composto por letra e número (ex: A1).

Os dados e resultados dessa pesquisa serão salvos em um CD-ROM e guardados pela pesquisadora por 5 anos, após esse período não estarão mais disponíveis, não podendo ser solicitados pelos participantes.

A participação nessa pesquisa não oferece riscos físicos para você, o risco é avaliado como mínimo. Poderá ocorrer algum desconforto em responder alguma pergunta do questionário, caso isso aconteça, você pode retirar sua participação na pesquisa sem nenhum prejuízo. Se ao responder as perguntas você sentir que precisa de apoio psicológico, a pesquisadora irá solicitar junto a equipe de saúde da unidade um encaminhamento para avaliação psicológica na rede de saúde do município.

A participação na pesquisa não implicará em nenhum ganho financeiro, sua participação é voluntária. Por se tratar de uma pesquisa que envolve educação em saúde, ela poderá trazer benefícios para você como nova percepção e novos conhecimentos para cuidar melhor de sua saúde e poder se prevenir mais ainda de danos decorrentes da pressão alta. Para o município a pesquisa contribuirá em possíveis melhorias na assistência à saúde. Ressalta-se que não serão realizados acompanhamentos posteriores por parte da pesquisadora, mas a pesquisadora estará à disposição para esclarecer dúvidas

Se você optar ou não em participar da pesquisa nenhum prejuízo lhe será imposto no que se refere aos seus direitos e o tratamento, acompanhamento médico e de enfermagem na rede de saúde e na unidade, assim como não lhe obriga a deixar de frequentar os encontros do grupo.

Em qualquer momento, você tem a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa, conforme desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A sua desistência não causará nenhum prejuízo à sua saúde ou bem-estar físico, não virá interferir na sua participação no grupo Hiperdia ou no seu atendimento na unidade.

Agradecemos sua atenção e participação, como também estamos à disposição para maiores informações.



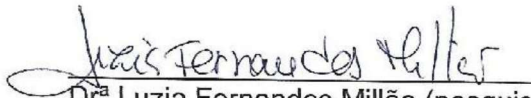
Você ficará com uma via deste termo e, em caso de dúvidas ou esclarecimentos poderá entrar em contato com a pesquisadora Acza M. A. da Silva pelo fone (51)998820950 ou pelo e-mail aczamirian18@gmail.com, caso seja necessário poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, com endereço na Rua Sarmiento Leite, n. 245, Porto Alegre/RS, CEP 90050-170 – Telefone (51) 3303-9000.

Eu, _____,
participante da pesquisa, abaixo assinado(a), após receber informações e esclarecimento sobre o projeto de pesquisa, declaro que concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) dessa pesquisa e que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

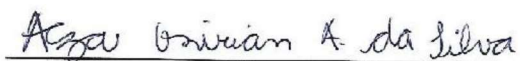
Campo Bom, _____ de _____ de 2017.

Nome do participante

Assinatura



Dr^a Luzia Fernandes Millão (pesquisadora responsável)



Mestranda Acza Mirian Araujo da Silva (pesquisadora co-responsável)



APÊNDICE C – MANUSCRITO

Título:

Qualidade de vida e fatores de risco para doença renal crônica em hipertensos no sul do Brasil.

Autores:

- 1) Acza Mirian Araujo da Silva, Enfermeira, Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: aczamirian18@gmail.com – autor correspondente
- 2) Luzia Fernandes Millão, Enfermeira, Doutora em Psicologia, docente do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: luziam@ufcspa.edu.br

Conflitos de interesse: os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Resumo:

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida em pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam os grupos *Hiperdia* e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica.

Métodos: Estudo epidemiológico, com 86 participantes. A coleta dos dados foi composta por dados sociodemográficos, clínicos e o instrumento de avaliação da qualidade de vida em Hipertensão MINICHAL. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva.

Resultados: Predominância de mulheres (90,7%), com baixa escolaridade (74,4%). Prevalência de sobrepeso (37%) e obesidade (36%), sem risco para uso de tabaco e álcool, com valores pressóricos normais e nível de atividade física irregularmente ativos (80%). A qualidade de vida no geral foi muito boa (9,90 pontos). A Hipertensão e seu tratamento afetam a qualidade de vida de 32,6% dos participantes. Não houve associação significativa ($p > 0,05$) entre o escore total do MINICHAL e sexo, entre os domínios do MINICHAL e escolaridade, situação conjugal, classificação IMC, classificação IPAQ, tempo com Hipertensão e patologias. A idade se correlacionou com Manifestações Somáticas ($p = 0,040$; $r = - 0,222$).

Discussão: Valores pressóricos e internação hospitalar evidenciaram padrões dentro da normalidade, permitem inferir que a adesão às ações educativas instrumentaliza o paciente para o seu autocuidado, porém, fatores de risco como baixo nível de atividade física e estado nutricional inadequado precisam ser abordados.

Conclusão: A qualidade de vida neste estudo foi considerada boa. Os grupos Hiperdia são dispositivos de educação em saúde importantes na promoção da saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Hipertensão; Educação em saúde; Doença renal (Fonte: DeCS, BIREME)

Abstract:

Objective: To assess the quality of life in people with arterial hypertension who attend Hiperdia groups and its relationship with risk factors for chronic kidney disease.

Methods: Epidemiological study, with 86 participants. The data collection was composed of sociodemographic data, clinical data and the evaluation instrument of the quality of life in MINICHAL hypertension. The data was analyzed using descriptive statistics.

Results: Predominance of women (90,7%), with low schooling (74,4%). Prevalence of overweight (37%) and obesity (36%), without risk of tobacco and alcohol use, with normal blood pressure values and level of physical activity irregularly active (80%). In general, the quality of life was very good (9,90 points). Hypertension and its treatment affect the quality of life of 32.6% of the participants. There was no significant association ($p>0,05$) between the total score of MINICHAL and sex, between the field of MINICHAL and schooling, marital status, BMI classification, IPAQ

classification, time with hypertension and pathologies. The age correlated with *Somatic Symptoms* ($p = 0,040$; $r = - 0,222$).

Discussion: Blood pressure values and hospital internment showed patterns within normality, allow us to infer that adherence to educational actions instrumentalizes the patient for their self-care, however, risk factors such as low level of physical activity and inadequate nutritional status need to be addressed.

Conclusion: In this study the quality of life was considered as good. The Hiperdia groups are important health education dispositives in health promotion and in the quality of life.

Key Words: Quality of Life; Hypertension; Health Education; Kidney disease (Fonte: MeSH, NLM)

Resumen:

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en personas con Hipertensión Arterial que frecuentan grupos *Hiperdia* y su relación con factores de riesgo para la enfermedad renal crónica.

Métodos: Estudio epidemiológico, con 86 participantes. La recogida de los datos fue compuesta por datos sociodemográficos, clínicos y el instrumento de evaluación de la calidad de vida en hipertensión MINICHAL. Los datos fueron analizados por medio de la estadística descriptiva.

Resultados: Predominancia de mujeres (90,7%), con baja escolaridad (74,4%). Prevalencia de sobrepeso (37%) y obesidad (36%), sin riesgo

para uso de tabaco y alcohol, con valores de presión normales y nivel de actividad física irregularmente activos (80%). La calidad de vida en general fue muy buena (9,90 puntos). La hipertensión y su tratamiento afectan la calidad de vida del 32,6% de los participantes. No hubo asociación significativa ($p > 0,05$) entre el score total del MINICHAL y sexo, entre los dominios del MINICHAL y escolaridad, situación conyugal, clasificación IMC, clasificación IPAQ, tiempo con hipertensión y patologías. La edad se correlacionó con las Manifestaciones Somáticas ($p = 0,040$; $r = - 0,222$).

Discusión: Valores de presión e internación hospitalaria evidenciaron estándares normales. Se infiere que la adhesión a las acciones educativas instrumentaliza al paciente para su auto-cuidado, sin embargo, deben ser abordados factores de riesgo como el bajo nivel de actividad física y el estado nutricional inadecuado.

Conclusión: La calidad de vida fue considerada buena. Los grupos Hipertensión son dispositivos de educación importantes en la promoción de la salud y la calidad de vida.

Palabras Clave: Calidad de vida; Hipertensión; Educación en Salud;

Enfermedades Renales. (Fonte: DeCS, BIREME)

Introdução

A Hipertensão Arterial apresenta alta prevalência no mundo e constitui uma das principais doenças crônicas não transmissíveis, acomete cerca de 35% da população brasileira (1). Caracterizada por elevação dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, está relacionada aos hábitos de vida não saudáveis, como a inatividade física, excesso de peso, consumo excessivo de sódio, tabagismo e pode estar associada a alterações funcionais, metabólicas ou de órgãos-alvo (2).

Evidências sugerem que a Hipertensão Arterial pode reduzir a qualidade de vida relacionada à saúde e isso ocorre com o agravamento da doença, acarretando prejuízo econômico para o Estado e as famílias (3). O conceito de Qualidade de vida é abrangente, complexo, subjetivo, que difere para cada pessoa, podendo enfatizar a satisfação com a vida em geral ou em componentes específicos (4).

Nesse estudo optou-se por adotar o conceito da OMS onde qualidade de vida "é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (5, p1405).

Níveis tensionais mau controlados elevam o risco de desenvolver a Doença Renal Crônica (DRC). Essa condição clínica tem apresentado elevada prevalência, acomete de 5-10% da população mundial, sendo a Hipertensão Arterial uma das principais etiologias de pacientes que evoluíram para hemodiálise (34%) no Brasil em 2016 (6).

O conceito de DRC proposto pela Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) em 2012 e adotado no Brasil pela Sociedade Brasileira de Nefrologia é definido por Taxa de Filtração Glomerular (TFG) $< 60\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$ associada a "anormalidades da estrutura ou função renal, presentes por 3 meses ou mais, com implicações para a saúde" ou TFG normal $\geq 60\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$, porém com pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem (7, p10).

A DRC tem como características a evolução progressiva, impacta negativamente na qualidade de vida, além de demandar recursos significativos da área da saúde e interferir nos aspectos emocionais, físicos, intelectuais e outras atividades do sujeito (7, 8).

Sabe-se que a mudança no estilo de vida, prevenção, bem como o diagnóstico e tratamento precoces podem retardar a injúria renal e progressão nos estágios da DRC (6, 7, 9). Ações preventivas para as doenças crônicas, inclusive a DRC tem sido implementadas pelo Ministério da Saúde, o que exige comprometimento dos serviços de saúde (10).

A educação em saúde constitui uma estratégia comprovadamente útil na promoção da saúde e qualidade de vida, pois melhora a adesão ao tratamento, adoção de comportamentos saudáveis e o autocuidado, podendo ser trabalhada de forma individual ou coletiva, a exemplo os grupos de hipertensos e diabéticos, por se tratar de um espaço interativo, dinâmico, que valoriza a reflexão crítica e oportuno para tratar de aspectos que promovam a qualidade de vida (3, 11).

Esse estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida

em pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam os grupos *Hiperdia* em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico desenvolvido com pessoas que possuem Hipertensão Arterial vinculados aos grupos *Hiperdia* na rede de atenção básica do município de Campo Bom, Rio Grande do Sul/ Brasil. O município de Campo Bom fica localizado na microrregião metropolitana, possui cerca de 60 mil habitantes, é reconhecido como um dos 50 melhores indicadores sociais do Brasil e conforme o Censo 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal foi de 0,745.

A cobertura da Estratégia de saúde da família (ESF) no município é de 75%, no início de 2018 foram contabilizadas 13.294 famílias cadastradas, correspondendo a 41.532 usuários, dos quais 5.483 (13%) têm Hipertensão Arterial. Uma das atividades de educação em saúde desenvolvida nas unidades são os grupos *Hiperdia*, voltados às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, possuem encontros mensais e são gerenciados pelas equipes das ESF.

Foram incluídos no estudo maiores de 18 anos, alfabetizados, com capacidade de comunicação verbal, de ambos os sexos, que aceitarem participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e respondendo o questionário. O estudo foi realizado no período de outubro de 2017 a março de 2018. Existiam 137 pessoas com Hipertensão Arterial participando dos grupos, 86 participaram do estudo. Dos sujeitos excluídos, 31 foram por recusa em participar e 20 pelo motivo não-alfabetizado.

A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário, composto por indicadores sociodemográficos, dados clínicos e 4 instrumentos validados. Os dados foram codificados e digitados em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel 2016®, compondo uma base de dados.

Para a avaliação do consumo de álcool foi aplicado o Questionário AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification *Test*) desenvolvido em 1980 e validado no Brasil (12). Aplicou-se o Teste de Fagerström (FTDN) que classifica o grau de dependência do cigarro desde muito baixo a muito elevado, elaborado por Karl-Olov Fagerström em 1988 e validado no Brasil em 2002 (13, 14). O nível de atividade física foi avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física IPAQ - versão curta, validado no Brasil pelo CELAFISCS (15, 16).

A avaliação da qualidade de vida se deu pelo Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) - versão brasileira. A versão original foi desenvolvida na Espanha por Roca-Cusachs e colaboradores em 2002 e sua validação no Brasil foi em 2008 por Schulz et al. (17, 18). O MINICHAL é um questionário de auto aplicação rápida, composto por 17 questões, divididas em dois domínios: Estado mental com 9 questões, Manifestações somáticas com 7 questões, sendo uma questão subjetiva independente para verificar como o paciente avalia que a Hipertensão e o tratamento influenciam sua qualidade de vida (17).

Ao responder o paciente deve considerar os últimos sete dias, sendo que as respostas de múltipla escolha estão distribuídas em uma Escala do

tipo Likert com quatro opções de 0 a 3, com a seguinte correspondência 0 (não, absolutamente), 1 (sim, pouco), 2 (sim, bastante) e 3 (sim, muito). A soma das respostas no domínio Mental corresponde a 27 pontos e no domínio Somático 21 pontos, a questão 17 é pontuada na escala, no entanto não entra em nenhum dos domínios. Na somatória dos pontos pode variar de 0 a 48, sendo que quanto mais próximo de zero maior a qualidade de vida (17, 19).

As análises dos dados foram efetuadas no programa estatístico IBM® Statistical Package for the Social Sciences – SPSS Statistics versão 23.0. As características sociodemográficas dos participantes do estudo e o perfil clínico foram apresentadas através da estatística descritiva: média, desvio-padrão, máximo valor, mínimo valor, mediana, frequência absoluta e porcentagem acumulada. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi adotado para testar a normalidade das variáveis quantitativas da amostra. Para as correlações entre os resultados do MINICHAL Brasil e as variáveis quantitativas foi aplicado o teste de correlação de Spearman e para comparar os escores conforme o nível das variáveis qualitativas foi utilizado os testes de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis. Adotou-se um nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP UFCSPA) sob o parecer n.º 2.321.929, sendo conduzido somente após aprovação. Esse artigo foi desenvolvido a partir da dissertação do mestrado profissional em Ensino na Saúde.

Resultados

Perfil sociodemográfico

Esse estudo foi desenvolvido com 86 pessoas que tem Hipertensão Arterial e são vinculados aos grupos *Hiperdia* do município de Campo Bom/RS. Identificou-se que 78 participantes (90,7%) eram do sexo feminino, quanto a escolaridade o ensino fundamental (74,4%) foi mais prevalente, em relação a situação conjugal 55,8% declararam ser casados/residem com companheiro e 25,6% são viúvos.

A média de idade foi 62,20 anos (DP± 10,83) sendo a idade mínima 36 anos, máxima 85 anos. O tempo médio com Hipertensão foi de 13,92 anos (DP±11,82). Quanto a cor de pele, mais de 90% são brancos e a ocupação mais identificada foi de pessoas aposentadas ou do lar (67,4%), seguido de agente comunitário de saúde (14%), sendo esse último grupo composto por profissionais das unidades que participam dos grupos na condição também de portadores de Hipertensão Arterial.

Perfil clínico e fatores de risco

Os dados da Tabela 1 apresentam aspectos do perfil clínico e os fatores de risco investigados nos participantes do estudo.

Quanto aos índices antropométricos, o peso variou de um mínimo de 48 kg a 118,50 kg, com prevalência de sobrepeso e obesidade segundo um dos tipos. Em relação ao tabagismo e consumo de álcool, avaliados pelo Teste de Fagerström e Questionário AUDIT, respectivamente, ambas as

pontuações mostraram que 98,8% dos participantes não apresentaram dependência de nicotina e consumo alcoólico de risco.

Foi realizada somente uma aferição de pressão arterial, as demais aferições foram coletadas em prontuário referente aos dois últimos registros de controles na unidade. Os dados encontrados mostram que em ambas as aferições as medianas da pressão arterial sistólica e diastólica foram 130 mmHg e 80 mmHg respectivamente, consideradas dentro da normalidade.

Qualidade de vida relacionada a saúde

Conforme apresenta a Tabela 2 a percepção da qualidade de vida (QV) no escore total do MINICHAL variou de 01 a 25 pontos, sendo a média 9,90 pontos, para o sexo feminino a média foi 10,05 pontos e para o sexo masculino 8,38 pontos. Esse resultado indica que no geral os participantes do estudo apresentaram uma percepção muito boa de sua QV. Sabe-se que o escore total do MINICHAL varia de 0 a 48 pontos e sua interpretação indica que quanto mais próximo de zero melhor a qualidade de vida. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o escore total do MINICHAL e sexo ($p=0,546$), no entanto, é possível observar uma diferença numérica, ou seja, pontuação maior para o sexo feminino.

No domínio Estado Mental o escore pode variar de 0 a 27 pontos, nesse estudo o escore variou até 21 pontos, sendo a média dos sujeitos 5,31 pontos. Nesse domínio as mulheres apresentaram média de 5,47 pontos, acima da média geral, e os homens 3,75 pontos, sem diferença significativa ($p= 0,292$). No domínio Manifestações somáticas, que pode

apresentar escore até 21 pontos, houve uma variação até 12 pontos, o que indica melhor percepção da QV nesse aspecto. A média dos sujeitos para esse domínio foi 4,26 pontos, para o sexo feminino 4,27 pontos e para o sexo masculino 4,13 pontos. Não houve diferença estatística significativa para Manifestações somáticas e sexo ($p = 0,782$).

Em relação a percepção dos participantes sobre como a Hipertensão Arterial e seu tratamento tem afetado sua QV mostrou que 67,4% dos participantes indicaram que não tem afetado e para 32,6% afeta a QV.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3 não foi encontrada associação estatística significativa entre os domínios do MINICHAL e as variáveis escolaridade, situação conjugal, classificação IMC e classificação IPAQ (valor de $p > 0,05$). Também foram correlacionados os domínios do MINICHAL e as variáveis tempo com Hipertensão, idade, IMC, onde se identificou que não houve diferença estatisticamente significativa. A variável idade está correlacionada com Manifestações Somáticas negativamente ($p = 0,040$; $r = - 0,222$), significa que quanto mais velho o sujeito for melhor a qualidade de vida nesse domínio para o grupo estudado.

Discussão

Os aspectos sociodemográficos na população estudada condizem com a tendência da realidade brasileira e do Rio Grande do Sul. A Hipertensão afeta mais as mulheres, as chances de ter a patologia aumentam com a idade, sendo particularmente mais elevada em indivíduos com menor nível de escolaridade (41,8%) (1, 20-22).

Acredita-se que ao participar das ações educativas na ESF, além de manter-se ocupada a população idosa busca aderir às orientações de saúde que contribuem para a estabilidade dos níveis pressóricos e consequente minimização de eventos adversos (20). Apesar da baixa escolaridade ser um empecilho para entender as informações prestadas, não pode constituir uma barreira para o usuário participar de ações educativas (23).

O perfil clínico traçado mostra que mais de um terço dos participantes relatou a inexistência de patologias associadas à Hipertensão, seguida da presença de Diabetes Mellitus (DM). O DM é uma das doenças crônicas mais frequentes, possui alta morbidade e está intimamente ligada à Hipertensão, doença coronária, ansiedade e depressão (24, 25).

Os resultados relacionados ao fator de risco familiar, valores pressóricos e internação hospitalar evidenciam padrões dentro da normalidade, permitindo inferir que o paciente que adere às ações educativas nos grupos está melhor instrumentalizado para o seu autocuidado o que reflete em parâmetros ajustados e não ocorrência de agravamentos. A Hipertensão Arterial pode ser acompanhada de sintomas, mas em alguns casos é assintomática, o rastreamento é uma medida

importante bem como a história familiar que podem ser investigadas na visita do paciente ao serviço de saúde (2).

Em relação ao tabagismo e consumo de risco do álcool não foram encontrados escores de risco de acordo com os instrumentos aplicados. No entanto, essa é uma realidade que deve ser abordada preventivamente. Dados apontam que sujeitos homens relataram dificuldades em reduzir a ingestão de álcool após terem sido diagnosticados com Hipertensão (23).

A prevalência do sobrepeso e obesidade constituem um aspecto negativo em relação ao risco cardiovascular e renal. Essa foi uma situação identificada também em outros estudos (21, 26). A presença de indivíduos com sobrepeso e obesidade foi relacionada com uma alimentação inadequada em 69,8% dos participantes e manteve relação com pior qualidade de vida (27).

Em relação ao nível de atividade física se evidencia a presença de sujeitos irregularmente ativos e sedentários, esse aspecto demonstra que uma das principais medidas de promoção da saúde necessita de intervenções efetivas nos grupos, atendendo ao mínimo recomendado de 30 minutos por dia de atividade física moderada de forma contínua em 5 a 7 dias da semana ou treinamento aeróbio complementado por treino resistido (2).

A modificação no estilo de vida, como a prática de atividade física, constitui uma estratégia não-farmacológica prioritária no controle da Hipertensão, possui comprovada eficácia sobre a pressão arterial além do custo-efetividade (28, 29).

Conforme os dados do MINICHAL no geral os participantes do estudo têm uma percepção muito boa da QV, resultados semelhantes com uma boa percepção da QV em ambos domínios foram encontrados por Silva et al. (27). Observa-se que as mulheres obtiveram escores mais altos que os homens em todos os domínios do MINICHAL o que indica uma percepção mais baixa da QV para o sexo feminino. Corroborando aos resultados encontrados, de acordo com Fernandes et al. e Oza et al. as mulheres apresentaram pior qualidade de vida em ambos os domínios do MINICHAL (21,24).

Alguns aspectos em relação a população estudada devem ser considerados, um deles é as características do local onde vivem. O município onde foi realizado esse estudo possui um alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, essa medida considera fatores como renda, educação e saúde. Considerando esse aspecto e o resultado de QV dos participantes pode-se inferir que corrobora para uma saúde de melhor qualidade.

Em relação a percepção dos participantes quanto a doença e seu tratamento, mais de 67% responderam que ser portador da Hipertensão Arterial e efetuar tratamento contínuo não afeta a QV. A Hipertensão constitui um quadro crônico que influencia na capacidade física, mental social, intelectual e causa impacto na QV (20, 25). De acordo com Borges e colaboradores (30) a deterioração da QV se inicia pelas manifestações somáticas e evolui para sintomas mentais.

Não foi encontrada associação estatística significativa entre os domínios do MINICHAL e variáveis sociodemográficas e clínicas. Participantes com maior nível de escolaridade apresentaram melhor percepção da QV, a idade esteve correlacionada negativamente com Manifestações Somáticas, ou seja, os participantes mais velhos tiveram melhor percepção da QV nesse domínio. A situação conjugal, tempo com Hipertensão e quantidade de patologias também não apresentaram diferença estatística entre os domínios do MINICHAL, são fatores que não influenciam a QV na amostra estudada.

Em relação ao IMC, apesar da predominância de sobrepeso e obesidade que são fatores de risco cardiovascular para o hipertenso, os sujeitos do estudo com IMC elevado tiveram percepção melhor da QV. Quanto ao nível de atividade física, os participantes que se mantem ativos apresentaram bons níveis de QV exceto nas manifestações somáticas.

No estudo de Fernandes et al. (21) a percepção da QV foi pior em indivíduos idosos, no entanto, quando conviviam com companheiro ou desenvolviam atividade laboral essa percepção apresentou escores melhores. Conforme Silva et al. (27) a alimentação inadequada manteve associação com o estado mental, ou seja, sujeitos com alimentação inadequada tiveram prejuízo no aspecto mental.

Algumas estratégias podem desempenhar impacto benéfico sobre a QV e pressão arterial. A realização de intervenções psicológica e comportamental em grupo de trabalhadores hipertensos levou à redução significativa da pressão arterial em relação aos valores basais, bem como

redução progressiva na pontuação total do MINICHAL (de 11,9 pontos para 4,9 pontos) (25). O exercício físico também teve comprovada eficácia, após 10 semanas sem uso de fármacos anti-hipertensivos e participação em um programa de exercícios, o escore do estado mental de participantes de um estudo tiveram diminuição de 5,33 pontos para 3,67 com significância estatística ($p=0,002$), no domínio manifestações somáticas o escore inicial de 2,56 pontos passou para 1,83 pontos (31).

A participação em uma intervenção educativa mostrou-se efetiva para a promoção da qualidade de vida. A educação em grupo é efetiva na melhoria da adesão, empoderamento do autocuidado, compartilhamento de experiência entre pares e responsabilização do usuário em comparação as estratégias individuais.

Apesar das limitações, como o número de participantes da amostra, os resultados do estudo mostram que o potencial educativo dos grupos tem impacto positivo na qualidade de vida dos participantes, entretanto, os aspectos relacionados ao estado nutricional (sobrepeso e obesidade), nível de atividade física (irregularmente ativos) e menor QV no sexo feminino requerem intervenção efetiva.

Referências

- 1 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

- 2 Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz brasileira de Hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 [citado 2018 Ago 12]; 107(3):1-83. Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.

- 3 Souza ACC, Borges JWP, Moreira TMM. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 2018 Ago 08]; 50(71): 1-14. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100505&lng=en.

- 4 Noronha DD, Martins AMEBL, Dias DS, Silveira MF, Paula AMB, Haikal DSA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores

associados: um estudo de base populacional. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Fev [citado 2018 Ago 08]; 21(2): 463-474. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200463&lng=en.

5 World Health Organization. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med [internet]. 1995 Nov [citado em 2018 Jun 22]; 41(10): 1403-1409. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>.

6 Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. J. Bras. Nefrol. [Internet]. 2017 Set [citado 2018 Jul 11]; 39(3): 261-266. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000300261&lng=en.

7 Kdigo. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Inter. Suppl [internet]. 2013 [citado 2018 Jul 12]; 3(1): 1-150. Disponível em: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf.

8 Alves LF, Abreu TT, Neves NCS, Morais FA, Rosiany IL, Oliveira JWV, et al. Prevalência da doença renal crônica em um município do sudeste do Brasil. J. Bras. Nefrol. [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Ago 06]; 39(2): 126-134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000200126&lng=en.

9 Rico-Landazábal A, Perea D, Garizabalo O, Sanabria M, Vesga J, Ronderos I, et al. Programa de prevención de la enfermedad renal crónica basado en redes integradas de servicios en Colombia. Rev. salud pública [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Set 07]; 19(2): 171-176. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.45110>

10 Brasil. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília: Diário Oficial da União; 2014.

11 Mendonça FF, Nunes EFPA. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. Trab. educ. saúde [internet]. 2015 Abr [citado 2018 Mar 17]; 13(2), 397-409. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00053>.

12 Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care [internet]. Geneva: World Health Organization; 2001 [citado 2018 Ago 06]. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=E4D9FEE56817E58126A774813F7E0DAD?sequence=1

13 Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*. 1989 [citado 2018 Ago 07]; 12(2): 159-82. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2668531>.

14 Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM Rev. Bras. Med* [internet]. 2002 [citado 2018 Ago 10]; 59 (1/2). Disponível em:

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1798&fase=imprime.

15 Pardini R, Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade E, Braggion G, et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. Rev. Bras. Ciên. e Mov. [internet]. 2001 [citado 2018 Mai 14]; 9(3): 45-51. Disponível em: https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/mime-attachment_1.pdf.

16 Celafiscs. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms [internet]. São Caetano do Sul: site Celafiscs; 2005 [citado 2018 Ago 10]. Disponível em: <https://sites.google.com/site/theipaq/home>.

17 Schulz RB, Rossignoli P, Correr Cassyano J, Fernández-Llimós F, Toni PM. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2008 Fev [citado 2018 Ago 15]; 90(2): 139-144. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000200010&lng=en.

18 Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL). Clinical Therapeutics [internet]. 2002 [citado

2018 Ago 06]; 24(12): 2137-54. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12581551>.

19 Soutello ALS, Rodrigues RCM, Jannuzzi FF, São-João TM, Martinix GG, Nadruz Jr. W et al. Quality of Life on Arterial Hypertension: Validity of Known Groups of MINICHAL. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Ago 15]; 104(4): 299-307. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000400006&lng=en

20 Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Ago [citado 2018 Ago 17]; 19(8): 3497-3504. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803497&lng=en.

21 Fernandes DR, Rocha TPO, Santos EA, Neto JAF, Santana EÉC, Lima RA. Influência de fatores socioeconômicos e clínicos na qualidade de vida de hipertensos. Rev. Baiana de Saúde Pública [internet]. 2016 [citado 2018 Jun 13]; 40(3): 665-680. Disponível em:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875014>.

22 Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2018 Ago 17]; 27(2): e2017389. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200312&lng=en.

23 Legido-Quigley H, Lopez PAC, Balabanova D, Perel P, Lopez-Jaramillo P, Nieuwlaat R, et al. Patients' Knowledge, Attitudes, Behaviour and Health Care Experiences on the Prevention, Detection, Management and Control of Hypertension in Colombia: A Qualitative Study. *Plos One* [internet]. 2015 [citado 2018 Jul 16]; 10(4): 1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122112>.

24 Oza BB, Patel BM, Malhotra SD, Patel VJ. Health related quality of life in hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital. *J Assoc Physicians India* [internet]. 2014 [citado 2018 Jul 18]; 62(10): 22-29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25906517>.

25 Liu L, Li M, Song S, Shi A, Cheng S, Dang X, et al. Effects of long-term psychological intervention on blood pressure and health-related quality of life in patients with hypertension among the Chinese working population.

Hypertens Res. [internet]. 2017 [citado 2018 Jun 17]; 40(12): 999-1007.
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28978988>.

26 Domingos MAM, Goulart AC, Lotufo PA, Benseñor IJM, Titan SMO.
Doença renal crônica - determinantes de progressão e risco
cardiovascular. Coorte PROGREDIR: desenho de estudo e métodos. Sao
Paulo Med. J. [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Ago 18]; 135(2): 133-
139. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-
31802017000200133&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802017000200133&lng=en).

27 Silva PCS, Fava SMCL, Machado JP, Bezerra SMMS, Gonçalves MPT,
Veiga EV. Alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas
com hipertensão arterial sistêmica. Rev. Rene [Internet]. 2014 [citado
2018 Jun 13];15(6):1016-1023. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041233015>.

28 Martins Cunha R, Souza COS, Silva JF, Silva MA. Nível de atividade
física e índices antropométricos de hipertensos e/ou diabéticos de uma
cidade do Brasil. Rev. salud pública [Internet]. 2012 Jun [citado 2018
Jul 15]; 14(3): 429-437. Disponível em:
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-
00642012000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300006&lng=en).

29 Hortencio MNS, Silva JKS, Zonta MA, Melo CPA, França CN. Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. Rev Bras Promoç Saúde [internet]. 2018 [citado 2018 Jul 18]; 31(2): 1-9. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6631>.

30 Borges JWP, Moreira TMM, Schmitt J, Andrade DF, Barbeta PA, Souza ACC et al. Medição da qualidade de vida em hipertensão arterial segundo a Teoria da Resposta ao Item. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 16]; 51:45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100237&lng=en.

31 Bündchen DC, Schenkel IC, Santos RZ, Carvalho T. Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. Rev Bras Med Esporte [internet]. 2013 [citado 2018 Ago 06]; 19(2): 91-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000200003&lng=e&nrm=iso.

Tabelas e legendas

Tabela 1. Perfil clínico e fatores de risco associados nos participantes do estudo

Variáveis	N	%
Patologias (a)		
Não possui outras patologias	37	32,3
Diabetes	26	22,6
Doenças articulares	10	8,6
Depressão	08	7,0
Hipotireoidismo	08	7,0
Dislipidemia	06	5,2
Doença renal crônica	02	1,7
Câncer	03	2,6
Doenças do sistema nervoso	03	2,6
Outras	12	10,5
História familiar de Hipertensão arterial		
Sem histórico familiar	33	38,4
Pai e mãe com Hipertensão arterial	22	25,6
Mãe com Hipertensão arterial	19	22
Pai com Hipertensão arterial	12	14
Internação hospitalar devido Hipertensão arterial nos últimos 12 meses		
Não	78	90,7
Sim	08	9,3
Estado nutricional (IMC)		
Normal	11	13,0
Sobrepeso	32	37,0
Obesidade grau I	16	19,0
Obesidade grau II	13	15,0
Obesidade grau III	02	2,0
Sem classificação	12	14,0
Tabagismo		
Não	85	98,8
Sim	01	1,2
Nível de atividade física (IPAQ)		
Sedentário	10	12,0
Irregularmente ativo A	52	60,0
Irregularmente ativo B	17	20,0
Ativo	05	6,0
Muito ativo	02	2,0
Realização de exames básicos para rastreamento de DRC no último ano		
Hemograma	69	80,2

Creatinina sérica	51	59,3
Exame sumário de urina	63	73,2

Fonte: Dados do estudo (2018)

^a Frequência de casos, IMC: índice de massa corporal, IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física, DRC: doença renal crônica

Tabela 2. Qualidade de vida relacionada a saúde de acordo com MINICHAL

Domínios	Valor de <i>p</i>	Escores (Média ± DP)		
		Todos (N=86)	Feminino (N=78)	Masculino (N=08)
MINICHAL*				
Estado Mental [0-21]	0,292	5,31 (4,14)	5,47 (4,24)	3,75 (2,66)
Manifestações somáticas [0-12]	0,782	4,26 (2,95)	4,27 (2,94)	4,13 (3,31)
Total [1-25]	0,546	9,90 (5,93)	10,05 (6,09)	8,38 (4,13)

Fonte: Dados do estudo (2018) * Teste Mann-Whitney, significância no nível <0,05. DP: desvio-padrão

Tabela 3. Correlação dos Domínios do MINICHAL e variáveis clínicas e sociodemográficas (N = 86)

Variáveis	Total MINICHAL	Estado Mental	Manifestações somáticas
	(Média ± DP/ mediana)	(Média ± DP/ mediana)	(Média ± DP/ mediana)
Escolaridade	Valor de <i>p</i> : 0,739	Valor de <i>p</i> : 0,906	Valor de <i>p</i> : 0,152
Ensino fundamental	10,03 ± 6,60/ 9,50	5,67 ± 4,63/ 5,00	4,05 ± 3,04/ 4,00
Ensino médio	10,11 ± 3,07/ 10,00	4,42 ± 1,64/ 4,00	5,26 ± 2,60/ 5,00
Ensino Superior	7,50 ± 2,12/ 7,50	4,50 ± 3,54/ 4,50	3,00 ± 1,41/ 3,00

Situação conjugal	Valor de <i>p</i> : 0,997	Valor de <i>p</i> : 0,796	Valor de <i>p</i> : 0,750
Solteiro	10,44 ± 8,53/ 8,00	6,22 ± 6,48/ 4,00	4,00 ± 3,81/ 3,00
Viúvo	9,55 ± 4,73/ 10,00	5,50 ± 3,26/ 6,50	3,68 ± 2,23/ 4,00
Casado/ companheiro	10,04 ± 6,18/ 9,00	5,13 ± 4,27/ 3,50	4,58 ± 3,11/ 4,00
Divorciado	9,29 ± 4,89/ 10,00	4,86 ± 2,19 / 6,00	4,14 ± 2,91/ 4,00
Classificação IMC	Valor de <i>p</i> : 0,310	Valor de <i>p</i> : 0,367	Valor de <i>p</i> : 0,133
Normal	12,27 ± 8,37/ 10,00	7,91 ± 6,33/ 5,00	4,09 ± 2,91/ 4,00
Sobrepeso	8,53 ± 5,63/ 7,00	4,81 ± 3,44/ 3,50	3,47 ± 3,03/ 3,00
Obesidade (I, II e III)	10,00 ± 5,11/ 10,00	4,71 ± 3,93/ 4,00	4,87 ± 2,88/ 4,00
Classificação IPAQ	Valor de <i>p</i> : 0,366	Valor de <i>p</i> : 0,193	Valor de <i>p</i> : 0,417
Muito ativo	7,00 ± 7,07/ 7,00	1,50 ± 2,12/ 1,50	5,00 ± 4,24/ 5,00
Ativo	12,00 ± 7,07/ 9,00	6,20 ± 3,77/ 6,00	5,40 ± 4,34/ 4,00
Irregularmente ativo A	8,87 ± 5,11/ 9,00	4,75 ± 3,67/ 4,00	3,81 ± 2,57/ 4,00
Irregularmente ativo B	10,65 ± 6,73/ 10,00	5,94 ± 4,80/ 5,00	4,35 ± 3,62/ 4,00
Sedentário	13,50 ± 7,12/ 11,00	7,50 ± 5,13/ 6,00	5,70 ± 2,63/ 6,00

** O nível de significância é < 0,05, Teste Kruskal-Wallis

DP: desvio-padrão IMC: índice de massa corporal, IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física, DRC: doença renal crônica

Fonte: Dados do estudo (2018)

APÊNDICE D - CARTILHA EDUCATIVA ILUSTRADA

Hipertensão arterial e Doença renal crônica: o que fazer?



1ª Edição
Porto Alegre, 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Cartilha educativa ilustrada

Hipertensão arterial e Doença renal crônica: o que fazer?

1ª Edição
Porto Alegre, 2018.

FICHA TÉCNICA

Elaboração:

- Acza Mirian Araujo da Silva, Enfermeira, PPG Ensino na Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Rio Grande do Sul, Brasil

- Luzia Fernandes Millão, Enfermeira, Doutora em Psicologia, docente do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Rio Grande do Sul, Brasil.

Projeto gráfico, ilustração e diagramação:

- Oliva Audiovisual.

SUMÁRIO

Apresentação.....	5
O que é Hipertensão arterial?	7
Entenda a pressão arterial	8
Quem pode ter Hipertensão arterial?	9
O tratamento é só com medicação?	10
E quanto aos exames e consultas?	11
Se eu não me cuidar o que pode acontecer?	13
O que é Doença Renal Crônica?	14
Quais os sintomas da doença renal crônica? Pode afetar quem tem Hipertensão Arterial?	15
O que posso fazer para prevenir?	16
Qual a importância de uma boa Qualidade de vida?	17
Por que participar do grupo na unidade de saúde? Será que ir no grupo ajuda?	18
Referências.....	20

APRESENTAÇÃO

A Hipertensão arterial constitui uma das principais doenças crônicas que mais afeta pessoas no mundo, ataca principalmente as pessoas acima dos 40 anos e pode levar a condições fatais ou não fatais como o infarto agudo do miocárdio, Acidente vascular encefálico, Insuficiência cardíaca e Doença renal crônica.

Entre outras consequências da doença, a pessoa com Hipertensão Arterial pode enfrentar a diminuição da qualidade de vida. Ações de enfrentamento, prevenção e promoção da saúde têm sido propostas pelos órgãos públicos de saúde no Brasil e no mundo, como medidas para a diminuição de fatores de risco e controle da mortalidade nos grupos vulneráveis.

A Doença renal crônica é uma patologia que acomete principalmente pessoas com Hipertensão arterial, quando não há o controle eficaz da pressão arterial com comprometimento da função renal, de modo que a prevenção precoce por meio do controle dos fatores de risco visa retardar a injúria renal e progressão para a doença.

Essa cartilha destina-se aos portadores de hipertensão arterial e constitui um produto educativo do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (PPG Ensau) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, elaborada pela autora Enfermeira Acza Mirian Araujo da Silva e sua orientadora Dr^a Luzia Fernandes Millão. O conteúdo da cartilha foi desenvolvido baseado em referencial teórico e tem por objetivo reforçar orientações para a melhor adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida, promoção da saúde e autocuidado.

As autoras.

O QUE É HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Uma de minhas primeiras perguntas ao médico foi para entender o diagnóstico de Hipertensão arterial. Ele começou me explicando pelo funcionamento do coração e circulação sanguínea.

Para que o sangue circule pelos vasos sanguíneos, levando para os órgãos os nutrientes, oxigênio e demais componentes, é preciso que o coração bombeie o sangue continuamente. Esse processo ocorre a vida inteira sem parar e, ao passar pelos vasos o sangue exerce uma determinada pressão.

Quando é verificada a pressão arterial são registrados dois números. O primeiro que possui valor mais alto é chamado de pressão sistólica, o valor menor é a pressão diastólica.

Olá, eu sou a Bela e vou compartilhar com você um pouquinho da minha história e experiências que fizeram mudar hábitos para um estilo de vida saudável melhorando assim a minha qualidade de vida!

Assim como você, eu descobri há alguns anos que tinha Hipertensão arterial. Comecei a me sentir muito mal, com dores de cabeça, tontura, um calorão que subia pelo rosto, um mal-estar, fraqueza... me senti muito mal.

Fui até a unidade de saúde do meu bairro, onde fui muito bem atendida pelas enfermeiras e pelo médico. Descobri que minha pressão arterial estava muito alta e estava com sérios riscos, inclusive para os meus rins... a partir dali fui diagnosticada com Hipertensão arterial.

Busquei seguir todas as orientações recebidas para que minha saúde melhorasse. Estou muito feliz, porque minha atitude mudou minha vida!

Sei que surgem muitas dúvidas e, como gosto muito de aprender, fiz muitas perguntas para equipe de saúde. Com certeza elas vão lhe ajudar também!



6



7

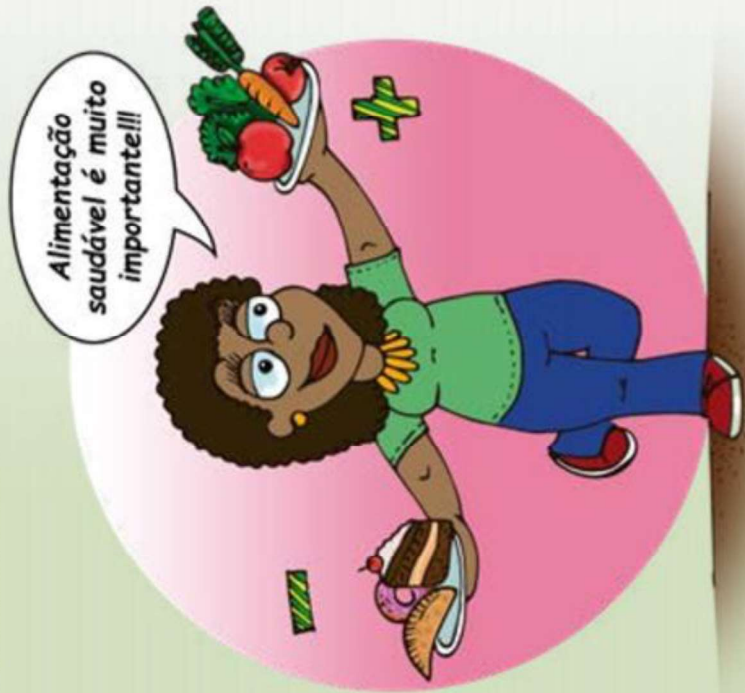
QUEM PODE TER HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Sempre existem fatores de risco para o desenvolvimento de uma doença, nesse caso, para a Hipertensão arterial são: idade (principalmente aqueles acima dos 60 anos), ser do sexo feminino, ser de raça negra, estar com peso corporal elevado, ser obeso, ter hábitos alimentares não saudáveis, consumo excessivo de sal, inatividade física, fumar, consumo de álcool, ter história de pai ou mãe com Hipertensão arterial.

ENTENDA A PRESSÃO ARTERIAL

Normalmente, o diagnóstico de Hipertensão arterial é feito quando esse valor se mantém em várias medidas acima de 140/90 mmHg, podendo existir algum comprometimento nos órgãos ou no metabolismo. Pode-se dizer então que a pessoa tem Hipertensão Arterial.

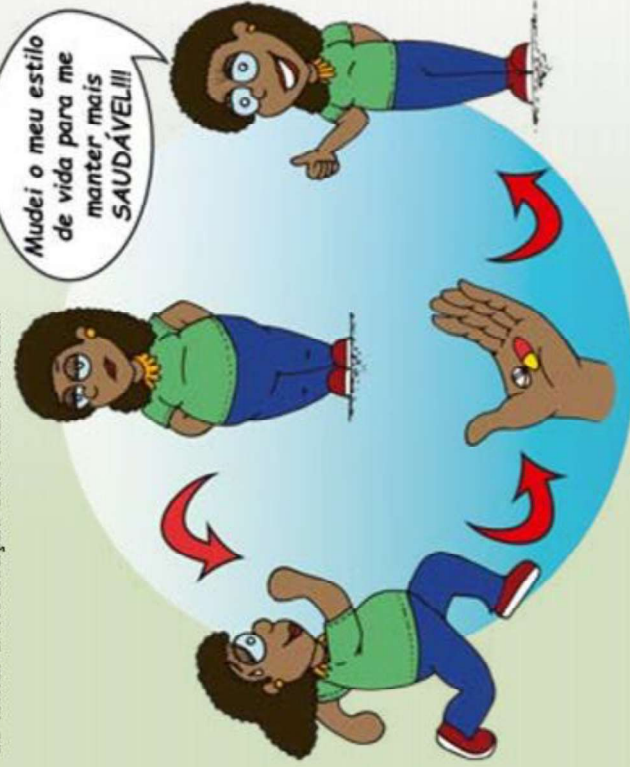
Classificação	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Normal	MAIOR OU IGUAL A 120	MAIOR OU IGUAL A 80
Pré-hipertensão	121- 139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	MAIOR OU IGUAL A 180	MAIOR OU IGUAL A 110



O TRATAMENTO É SÓ COM MEDICAÇÃO?

A melhor forma é você se cuidar, se prevenir e fazer acompanhamento na unidade de saúde do seu bairro, não esperar os danos e complicações que vão lhe levar para o hospital chegarem.

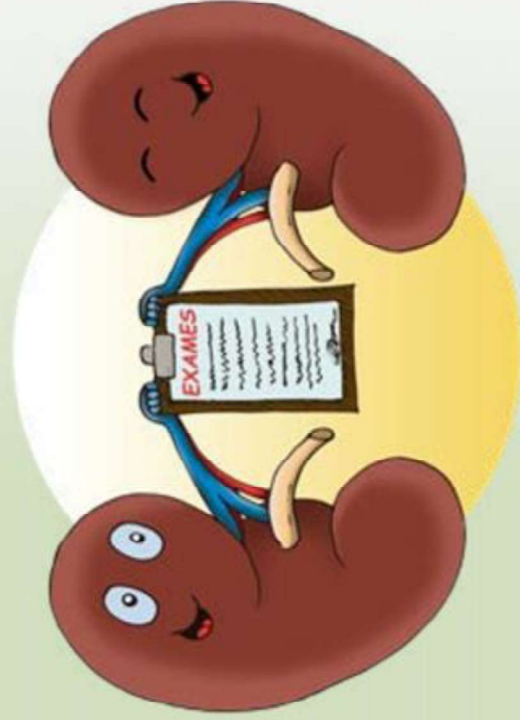
Antes de descobrir a Hipertensão arterial eu estava bem acima do meu peso e não praticava exercício físico. Quando tive o diagnóstico, o médico prescreveu medicamentos para controlar a pressão arterial e prevenir complicações nos órgãos como rins, coração e cérebro. Fui encaminhada para a nutricionista, onde tive orientações para mudar meu estilo de alimentação, reduzi o sal nos alimentos para até 2 gramas por dia e passei a ter uma alimentação mais saudável. Minha pressão logo se normalizou, mas caso eu pare de tomar a medicação ela voltará a subir.



A pessoa com Hipertensão arterial tem acesso ao tratamento pelo SUS, isso é muito bom, pois garante acesso para quem não tem condições de adquirir.

Além disso, passei a fazer exercício físico seguindo a recomendação de no mínimo 30 minutos contínuos por dia. Fui me sentindo melhor, em poucos meses consegui voltar ao meu peso ideal, me senti leve e disposta. Eu nunca fumei, nem fui de tomar bebida alcoólica, mas quem tem esse hábito, quando descobre a hipertensão arterial precisa parar, pois um consumo acima de 10 gramas de álcool por dia é considerado prejudicial e fumar 1 cigarro por dia também já é o suficiente para causar danos.

E QUANTO AOS EXAMES E CONSULTAS?



SE EU NÃO ME CUIDAR, O QUE PODE ACONTECER?

Sobre riscos sei bem o que é isso! Quando passei mal e descobri a Hipertensão Arterial fui alertada pelo médico sobre os riscos da pressão elevada. Os principais riscos são o desenvolvimento de: Infarto agudo do miocárdio, Acidente vascular encefálico (AVC), Insuficiência cardíaca e Doença renal crônica.

Todos esses problemas tem consequências e podem levar à morte.



A Hipertensão Arterial é uma doença crônica, então, o acompanhamento é muito importante. Os remédios são sempre determinados pelo médico. Também é necessário realizar os exames a cada 6 meses e no máximo 12 meses. Você precisa consultar, fazer os exames de rotina e retornar para avaliação na unidade de saúde do bairro.

Os exames de rotina são: urina, potássio, glicemia de jejum, creatinina, colesterol, ácido úrico, eletrocardiograma e outros conforme riscos identificados. Quanto a verificação da pressão arterial, do peso e outras condições é importante que seja feito periodicamente.

Eu descobri, que tratamento não é só tomar os remédios direitinhos, tem que mudar alguns hábitos. Eu por exemplo gostava muito de comer doces e as vezes exagerava. Muitas vezes a gente precisa de ajuda e apoio para mudar. Se houver necessidade o médico clínico fara encaminhamentos aos demais profissionais como o cardiologista, nutricionista, psicólogo.

O QUE É DOENÇA RENAL CRÔNICA?

Lembra que quando descobri a Hipertensão Arterial o médico me falou que corria sérios riscos inclusive para os meus rins? Pois bem, para entender a Doença renal crônica é preciso saber a função dos rins.



Os rins são dois órgãos que tem a capacidade de filtrar o sangue do corpo. Quando o sangue passa pelos rins as impurezas e toxinas são removidas, formando a urina que é eliminada do corpo. O médico me falou que a Doença renal crônica está presente em 10% da população, vai afetando os rins aos pouquinhos, de forma progressiva e muitas vezes sem sintomas. Mas existe algo importante: é possível prevenir que ela ocorra e evolua.

A explicação me fez entender o porquê de eu ter realizado alguns exames, pois através do exame de urina, exame de creatinina e exame de ecografia dos rins é possível realizar análises e fórmulas que identificam se a pessoa está com essa doença.

Quando a função dos rins está com anormalidades por 3 meses ou mais, com danos na estrutura dos órgãos ocasionando uma filtração menor que 60ml/min/1,73m² existe o diagnóstico da Doença renal crônica. Esse cálculo de filtração dos rins permite dizer qual estágio da doença a pessoa se encontra, que vai de 1 a 5 estágios.

Quem tem a Doença renal crônica em estágios que os rins não filtram mais nada, pode também desenvolver problemas no coração.

Já ouviu falar de hemodiálise? Pois então... na maioria das vezes a pessoa vai depender de um tratamento para filtragem do sangue que é a hemodiálise. É um tratamento bem complicado, a pessoa sofre bastante, além de ser caro exige que a pessoa fique em torno de 3 a 4 vezes por semana numa máquina que filtra o sangue. A pessoa também tem possibilidade de fazer o transplante e receber um rim de um doador da família ou de alguém que morreu de morte cerebral e foram doados os órgãos.

QUAIS OS SINTOMAS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA? PODE AFETAR QUEM TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Sim, pode afetar quem tem Hipertensão Arterial. Pode também se desenvolver nas pessoas com Diabetes mellitus, Glomerulonefrite, Rins policísticos, Lúpus, obstruções nos rins, infecções repetitivas nos rins, obesidade, idosos e quem tem história familiar da doença.

É importante lembrar, que normalmente ocorre em pessoas que não se cuidam e não fazem tratamento. Quanto aos sintomas, podem aparecer somente quando a doença já está mais grave. A pessoa pode se sentir mais cansada, com menos energia, pouco apetite, ter câimbras à noite, inchaço nos pés e nos olhos, pele seca e urinar mais à noite.

O QUE POSSO FAZER PARA PREVENIR?

Eu vi que às vezes é muito difícil sozinho entender tudo isso e se prevenir. Ainda bem que existe a unidade de saúde com profissionais como enfermeira, médico, técnico de enfermagem e agente de saúde para auxiliar e orientar.

Quando eles falam pra usar os medicamentos corretamente, fazer os exames no período certo, ter alimentação saudável, não fumar e não beber, se exercitar eles tem toda razão! Após todo esse aprendizado sobre a Doença renal crônica e Hipertensão Arterial vou fazer tudo que posso pra me manter saudável e não ter complicações. Os cuidados são os mesmos que já falamos no tratamento da Hipertensão Arterial.

O segredo é manter hábitos de vida saudáveis! Por exemplo, onde posso me exercitar? Existem grupos de caminhada organizados nas unidades de saúde, academia de saúde ao ar livre, ciclovia, grupo de dança, pista de corrida e quadras, ah... Também tem a hidroginástica.

Fazer exercício físico é **MUITO** importante!!!



QUAL A IMPORTÂNCIA DE UMA BOA QUALIDADE DE VIDA?

Sabe pessoal, estou participando do grupo de educação em saúde (Grupo Hiperdia) e depois de tanto ouvir a equipe de saúde falar sobre qualidade de vida eu fiquei me perguntando se qualidade de vida seria o que eu estava pensando... Resolvi perguntar e eles me explicaram assim:

Qualidade de vida tem relação com o bem-estar, a forma que a pessoa aproveita as possibilidades e a satisfação geral com a vida. A Organização Mundial da Saúde diz que qualidade de vida é o modo como a pessoa percebe sua posição no contexto cultural e de valores em que vive, como também suas expectativas, objetivos, padrões e preocupações.



Quem possui Hipertensão arterial vive uma condição crônica, que vai lhe acompanhar por toda a vida e quando a pressão se encontra elevada pode afetar a parte física, mental, emocional, profissional e social causando uma diminuição da qualidade de vida. Normalmente, essa deterioração começa por sintomas físicos e evolui para a parte mental.

As pesquisas no Brasil e no mundo mostram que normalmente essa piora afeta mais as mulheres do que os homens. Quem faz exercício físico, usa medicamentos corretamente, mantém a pressão normalizada, cuida do peso e da alimentação mantém a qualidade de vida melhor. Quem possui outros problemas de saúde pode ter um agravamento maior da qualidade de vida, isso é um aspecto negativo, por isso, é importante fazer o tratamento corretamente.

Sabiam que hoje posso dizer que tenho uma boa qualidade de vida? Aproveito as coisas boas e desfruto um bem-estar!

POR QUÊ PARTICIPAR DO GRUPO NA UNIDADE DE SAÚDE? SERÁ QUE IR NO GRUPO AJUDA?

Está comprovado que participar de atividades de educação em saúde, como o grupo Hiperdia, ajuda a construir conhecimentos que auxiliam a pessoa a cuidar melhor da saúde. Quando a pessoa conhece bem sobre a doença que possui, o tratamento e possibilidades de mudança, se torna responsável por sua saúde.

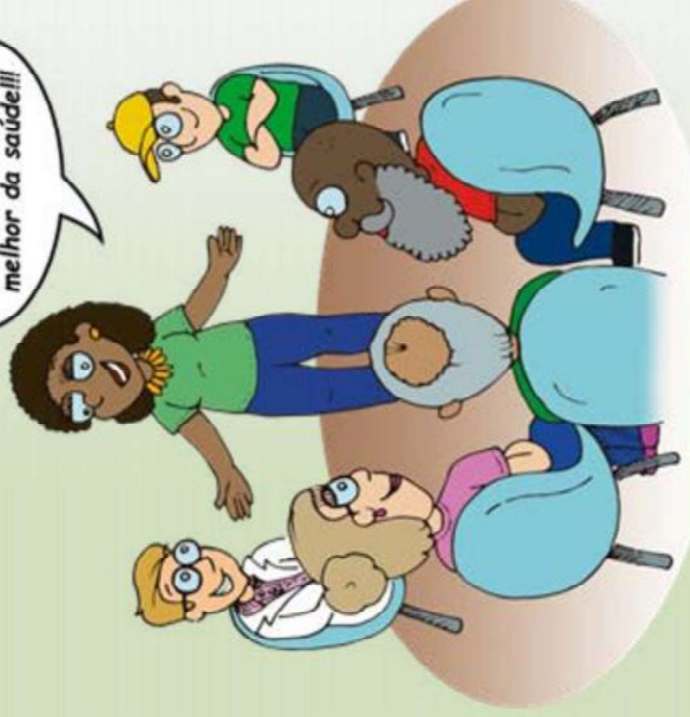
Esse é um dos objetivos do grupo, permitir que você tenha espaço para ouvir e falar, refletir e compartilhar suas experiências.

Não importa seu nível de escolaridade, os profissionais de saúde usam materiais, dinâmicas, atividades para que a mensagem do encontro seja entendida, ah... e você também pode sugerir assuntos que deseja aprender!

No dia do encontro você pode aproveitar para fazer a verificação do peso, da pressão arterial, da glicemia capilar, tirar suas dúvidas sobre o uso da medicação, aprender sobre os alimentos, conhecer novas formas de preparar os alimentos de forma saudável, fazer uma atividade física e até mesmo se reunir com os demais participantes para fazer uma caminhada ou outro tipo de exercício.

É no grupo que são reforçadas aquelas orientações passadas na consulta médica ou de enfermagem que irão lhe ajudar a adotar hábitos saudáveis. Além disso, o grupo funciona como um espaço de integração e apoio.

Participar do grupo me ajuda a cuidar melhor da saúde!!!



REFERÊNCIAS

- ANDRADE, João Marcus Oliveira et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 08, p. 3497-3504, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>. Acesso em: 14 Jun. 2018.
- BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastoianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2018.
- BORGES, José Vitor Pereira et al. Medição da qualidade de vida em hipertensão arterial segundo a Teoria da Resposta ao Item. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 45, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 37. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente.pdf>. Acesso em: 15 Jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilant Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p. il. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/marco02/vigilant-brasil-2016.pdf>. Acesso em: 06 Ago. 2018.
- COLLART, F et al. Alcohol-induced hypertension: an important healthcare target in Belgium. *Acta Clinica Belgica*, Belgium, v. 70, n. 6, p. 389-395, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1179/2295333715y.0000000039>. Acesso em: 05 Ago. 2018.
- FERNANDES, Derci R. et al. Influência de fatores socioeconômicos e clínicos na qualidade de vida de hipertensos. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, Salvador, v. 40, n. 3, p. 2016. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2038/2070>. Acesso em: 13 Jun. 2018.
- KDIGO. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. *Kidney Inter. Suppl. New York*, v. 3, issue 1, p. 1-150, 2013. Disponível em: <http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf>. Acesso em: 12 Jul. 2018.
- KOVESDY, Csaba P, FURTH, Susan L, ZOCICALI, Carmine. Obesidade e doença renal: consequências ocultas da epidemia. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <DOI: 10.5935/0101-2800.201700019>. Acesso em 08 Abr. 2017.
- KESSLER, Marciane et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-4974/2018000200019>. Acesso em: 06 Ago. 2018.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorenferida em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Set. 2017.
- REIS, Andréia F. N.; CESARINO, Cláudia B. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no Hipertensão de São José do Rio Preto. *Cienc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 118-124, Jan/Mar 2014. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24235/16386>. Acesso em: 28 Mar. 2017.
- RIBEIRO, Icaro José Santos et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 432-440, abr-jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00432.pdf>. Acesso em 08 Mar 2017.
- SANTOS, Aliny de Lima, SILVA, Elza Monteiro da, MARCON, Sonia Silva. Assistência às pessoas com diabetes no Hipertensão: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 27, n. 1, e2630014, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jul. 2018.
- SESSO, Ricardo Contra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-266, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000300261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Fev. 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em 06 Mar. 2017.
- SOUZA, Ana Célia Caetano de et al. Effectiveness of educational technology in promoting quality of life and treatment adherence in hypertensive people. *Plus One*, v. 11, n. 11, e0166311, p. 1-10, Nov 2016. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0166311>. Acesso em: 15 Jul 2018.
- THE WHOQOL GROUP: The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, Reino Unido, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida de pessoas portadoras de Hipertensão e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica.

Pesquisador: LUZIA FERNANDES MILLÃO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70215417.6.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.321.929

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa referente a dissertação de mestrado voltado para as doenças crônicas não transmissíveis, que representam um problema de saúde pública mundial, devido a sua elevada morbimortalidade, altos custos para os sistemas de saúde e complicações associadas. A Hipertensão arterial compõe esse grupo de doenças e seu agravamento pode acarretar diminuição da qualidade de vida das pessoas, além disso, constitui fator de risco para o desenvolvimento de Doença Renal Crônica. Desse modo e de fundamental importância estabelecer ações de prevenção com hipertensos visando a manutenção da qualidade de vida e prevenção da doença renal. A educação em saúde nos grupos de atenção básica oportuniza ações educativas de caráter preventivo. A pesquisa tem por objetivo investigar a qualidade de vida em pessoas portadoras de Hipertensão arterial que frequentam os grupos Hiperdia desenvolvidos na atenção básica em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica, por meio de um estudo epidemiológico através de questionário individual e o instrumento validado MINICHAL versão brasileira. Com base neste conhecimento propõem-se o desenvolvimento de um produto educativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.321.929

Avaliar a Qualidade de vida em pessoas portadoras de Hipertensão arterial que frequentam os grupos Hiperdia em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS e sua relação com fatores de risco para Doença Renal Crônica.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar os participantes quanto as variáveis: Idade, Sexo, Escolaridade, Situação conjugal, Profissão, Patologias (comorbidades), Tempo de patologia (HA), Raca/cor (autodeclarado), Tempo de participação no grupo, Assiduidade e Frequência ao grupo.- Investigar a presença de fatores de risco para Doença Renal Crônica relacionados ao: Estado nutricional; Consumo de álcool; Tabagismo; Controle dos níveis pressóricos; Atividade física; Medicamentos em uso; outras doenças crônicas.- Investigar se os usuários dos grupos Hiperdia realizaram exames básicos na periodicidade preconizada para rastreamento e prevenção da DRC (Exame qualitativo de urina, Hemograma, Creatinina, entre outros) em um período retrospectivo de 12 meses (2016 a 2017).
- Correlacionar os resultados do MINICHAL com os fatores de risco para DRC

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nessa pesquisa implicará riscos mínimo, podendo envolver certo desconforto ao responder o questionário, além de exigir maior disponibilidade de tempo. Ressalta-se que não serão realizados acompanhamentos posteriores por parte da equipe de pesquisa, mas a pesquisadora estará à disposição para esclarecer dúvidas e auxiliar em todos os esclarecimentos solicitados durante o tempo de vigência desta pesquisa. Se ainda assim sentir algum desconforto, as pesquisadoras se responsabilizarão pelo acompanhamento e cuidados necessários com vistas ao bem-estar físico.

Benefícios:

Esse estudo permite aos indivíduos refletir sobre sua qualidade de vida e a situação em relação aos fatores de risco para DRC, podendo trazer como benefícios potencializar a qualidade de vida dos indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Caracteriza-se de um estudo epidemiológico, transversal, exploratório, com abordagem quantitativa. O cenário do estudo se constitui no locus de atuação profissional da pesquisadora, a qual atua como enfermeira de unidade de saúde na atenção básica, na rede pública de saúde no município de Campo Bom/RS. Optou-se por realizar esse estudo com usuários portadores de hipertensão arterial atendidos na rede de atenção básica do município de Campo Bom e

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.321.929

participantes dos grupos Hiperdia. Os encontros ocorrem predominantemente nas quartas-feiras, terça-feira e quinta-feira. A responsabilidade de organizar os encontros e temas e dos membros das equipes de ESF. A coleta de dados ocorrerá no período de junho a agosto de 2017 nos encontros dos grupos Hiperdia de cada unidade. A pesquisadora contará com a colaboração de dois assistentes voluntários, sem vínculos empregatícios, treinados previamente para auxílio aos usuários no preenchimento dos questionários, o que se fará necessário considerando possíveis dificuldades para preenchimento das respostas. A amostra do estudo será de conveniência, composta por hipertensos vinculados aos grupos Hiperdia das unidades de atenção básica e saúde da família. Conforme os dados, a média de participantes por grupo é de 25 pessoas, considerando que são dez grupos, a amostra será de aproximadamente 250 sujeitos. Considerando que a agenda de encontros dos grupos nas unidades é mensal, optou-se por realizar 1 encontro em cada unidade para viabilizar a coleta dos dados com os participantes e obter as informações sobre os grupos. Posteriormente ocorrerá um segundo encontro em cada grupo para a aplicação do produto final, previsto para ocorrer nas unidades no período de outubro a dezembro. Os instrumentos de coleta de dados serão: um questionário, um instrumento validado internacionalmente para avaliação da qualidade de vida em hipertensos - MINICHAL BRASIL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Todos os termos obrigatórios foram entregues.
- Projeto de pesquisa muito bem estruturado e descrito.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação após terem sido feitas as adequações necessárias. Deve-se atentar a pegar a cópia física com o carimbo do CEP do TCLE e após a entrega dos relatórios semestral e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e nem inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_933777.pdf	30/08/2017 08:49:22		Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.321.929

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCrefagosto.docx	30/08/2017 08:48:48	Acza Mirian Araujo da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/08/2017 08:46:59	Acza Mirian Araujo da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoTCLE.pdf	30/08/2017 08:46:51	Acza Mirian Araujo da Silva	Aceito
Outros	termocompromissoarelatorio.pdf	19/06/2017 20:59:01	Acza Mirian Araujo da Silva	Aceito
Outros	termoanuencia.pdf	19/06/2017 20:58:00	Acza Mirian Araujo da Silva	Aceito
Outros	instrumentopesquisa.pdf	14/06/2017 17:08:23	Acza Mirian Araujo da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/06/2017 16:40:23	Acza Mirian Araujo da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	14/06/2017 11:47:34	Acza Mirian Araujo da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Outubro de 2017

Assinado por:

Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br