



**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E
NEGÓCIOS DE SERGIPE NÚCLEO DE
PÓS - GRADUAÇÃO E EXTENSÃO NPGE**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATU SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DO TRABALHO**

ANA CÉLIA MACEDO FONTES DA FONSECA

SILVANA MARIA GOIS GOMES

**UM ESTUDO ESTATÍSTICO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

**ARACAJU
2008**

ANA CÉLIA MACEDO FONTES DA FONSECA

SILVANA MARIA GOIS GOMES

**UM ESTUDO ESTATISTICO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Núcleo de Pós-graduação e Extensão da Faculdade de
Administração e Negócios de Sergipe como exigência
para obtenção do título de Especialista em
Enfermagem do Trabalho.

Prof. Orientador: M. Eduardo Jorge N. Schoucair

ARACAJU

2008

ANA CÉLIA MACEDO FONTES DA FONSECA

SILVANA MARIA GOIS GOMES

**UM ESTUDO ESTATISTICO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da Faculdade de Administração de Sergipe, como exigência para obtenção do título de Especialista em Enfermagem do Trabalho.

BANCA EXAMINADORA

1.º Examinador

2.º Examinador

3.º Examinador

Aracaju, _____ de _____ de _____

Dedicamos este trabalho a nossa família

AGRADECIMENTOS

A Deus fonte de luz e de amor.

Aos nossos **pais, filhos e esposos** que ao longo dessa jornada nos apoiaram e confortaram nos momentos difíceis.

Aos **colegas** de curso e de trabalho, que não pouparam esforços em colaborar com mais essa conquista.

Ao Prof. **Especialista Eduardo Jorge N. Schoucair**, sempre pronto a ajudar, apoiar e orientar durante o período deste curso.

Aos **Servidores da Empresa Municipal de Urbanização – EMURB**, por sua devotada colaboração.

RESUMO

A presente pesquisa tem como tema principal a hipertensão arterial, suas causas, conseqüências, seus conceitos, classificação, diagnóstico, sintomas e seu tratamento. Dessa forma, discorremos no bojo desse trabalho tudo o que é pertinente ao chamado grupo de risco da hipertensão arterial. Aliado a tudo o que foi mencionado anteriormente, dissertamos sobre o local onde foi realizada a pesquisa, a Empresa Municipal de Obras e Urbanismo – EMURB, localizada na Av. Augusto Franco n 113 bairro Ponto Novo, Aracaju/SE e falamos um pouco da história desta cidade. Ainda com o objetivo de dinamizar este trabalho, escrevemos sobre a qualidade de vida e toda a sua importância no contexto. Para ilustrar o trabalho, dispusemos de tabelas explicativas que facilitarão o entendimento dos leitores. Para finalizar, mostramos a importância da aplicabilidade da estatística na área da saúde como uma forte aliada aos processos e pesquisas verídicas e fidedignas nessa abordagem.

Palavras Chaves: Hipertensão arterial, qualidade de vida, EMURB, estatística.

ABSTRACT

This research has as main theme of the hypertension, its causes, consequences, its concepts, classification, diagnosis, symptoms and treatment. Thus, in the midst of this work discorremos everything that is relevant to the so-called group of risk of hypertension. Allied to all that was mentioned earlier, dissertamos on where the search was conducted, the Enterprise Municipal Works and Urbanism - EMURB, located at Avenida Augusto Franco N 113 New Point neighborhood, Aracaju / SE and talk a bit about the history of this city. While aiming to boost this work, wrote on the quality of life and all its importance in contexto. Para illustrate the work, have had explanatory tables that facilitate the understanding of readers. Finally, we show the importance of the applicability of statistics on health as a strong ally to the processes and research truthful and reliable in that approach.

Keywords: Hypertension, quality of life, EMURB, statistics.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Classificação da Pressão Arterial	21
TABELA 2. Proporção dos Associados por Idade que Participaram da Pesquisa	55
TABELA 3. Total de Associados por Sexo	56
TABELA 4. Associado por Sexo Acima da Normalidade	57
TABELA 5. Proporção de Homens por Idade Acima da Normalidade	58
TABELA 6. Proporção de Mulheres por Idade Acima da Normalidade	59

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE.....	12
2.1 Características da Cidade de Aracaju/SE.....	12
2.1.2 Histórico da Instituição Analizada.....	15
3. CONSIDERAÇÕES PERTINENTES À HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	19
3.1 Conceitos classificação e Diagnóstico.....	19
3.2 Sintomas.....	28
3.3 Tratamento.....	27
3.3.1 Tratamento Não medicamentoso.....	29
3.3.2 Tratamento Medicamentoso.....	29
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA.....	38
4.1 Qualidade de Vida no Trabalho.....	42
4.2 Parâmetro Fundamentais Para Uma Boa Qualidade de Vida... ..	43
5. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	45
5.1 A Importância da Aplicabilidade da Estatística na Área da Saúde.....	45
5.2 Interpretação e Avaliação dos Dados.....	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICE	64
APÊNDICE A – Formulário de Pesquisa Aplicado à População em Estudo’	65

1. INTRODUÇÃO

A revelação de que a saúde, no Brasil, constitui-se em um campo repleto de diversidades e de problemas não é uma novidade, visto que o índice de pessoas com algum tipo de doença é elevadíssimo.

Assim, como forma de contribuir para uma sociedade mais saudável e alerta, tomamos como base o estudo da hipertensão arterial, conceitos e diretrizes na tentativa de minimizar o descaso e a falta de informação que assola o nosso país.

A escolha do tema hipertensão arterial ocorreu de forma espontânea, por se tratar de um assunto cuja identificação pessoal é causa verídica. A partir da escolha do tema, deu-se a preocupação em dissertar sobre o assunto complexo de uma maneira clara, objetiva e que trouxesse frutos sadios para o contexto atual. Dessa forma, tivemos o cuidado de mostrar e registrar a sua relevância junto à sociedade em que vivemos.

Após a percepção de crescente número de pessoas acometidas por essa doença, inclusive o aumento de casos em jovens e crianças, decidimos que essa pesquisa seria baseada na hipertensão arterial, suas causas, seus riscos e tudo que o cerca. Aliado a isso, discutiremos também a importância da qualidade de vida das pessoas no mundo atual e como essa qualidade de vida altera e potencializa ou reduz os riscos de agravos decorrentes de um diagnóstico de hipertensão arterial.

Para que pudéssemos estabelecer um parâmetro possível de se estudado, optamos em fazer a pesquisa numa empresa muito bem conceituada no cenário municipal . A pesquisa foi realizada na EMURB, localizada na Av. Augusto Franco, 113, bairro Ponto Novo, Aracaju/SE.

Verificamos por meio de aferição, alterações na pressão arterial dos funcionários desse local, potenciais portadores de uma das doenças que mais tem tido repercussão no cenário nacional e internacional, a hipertensão arterial. Sendo assim, fica registrado mais uma vez a importância de se discutir um tema tão presente no cotidiano das pessoas, apontar possíveis causas, prováveis conseqüências, relacionar a outras doenças também presentes em nosso dia-a-dia e pontuar como a qualidade de vida de cada ser humano pode estar ligada intimamente à maneira como se adoece e como se envelhece.

O presente trabalho tem seu objeto de estudo analisado sob uma abordagem estatística, dando relevância especial à questão da qualidade de vida. Nele, tentamos compreender de que maneira a pressão arterial pode influenciar na qualidade de vida das pessoas.

Pertinente aos procedimentos metodológicos da pesquisa, a mesma deu-se através da aferição de pressão arterial de alguns funcionários do setor operacional da EMURB, em uma semana do mês de abril de 2008. Em seguida foram montadas tabelas nas quais é possível visualizar, por exemplo, a faixa etária dos sujeitos da pesquisa e a incidência entre homens e mulheres com alterações na pressão arterial.

No primeiro capítulo, caracterizamos o ambiente onde foi realizada a pesquisa, trata-se de apresentar as características econômicas e culturais da cidade de Aracaju e um breve histórico da EMURB.

No segundo capítulo, disertaremos sobre a doença em si, suas causas, suas consequências, seus conceitos, sua classificação, diagnóstico, sintomas e seu tratamento. Aqui são discutidos vários pontos pertinentes à hipertensão arterial.

No terceiro capítulo versamos sobre a qualidade de vida no trabalho e falamos sobre aspectos importantes na manutenção e/ou na obtenção de uma boa qualidade de vida.

No último capítulo fizemos um análise estatística dos dados, mostrando a importância da aplicabilidade da estatística na área da saúde e avaliamos a população estudada.

Por fim, trouxemos as considerações finais como forma de avaliação do trabalho como um todo e damos uma contribuição particular do que foi trabalhar esse tema de tão grandiosa complexidade.

2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE

2.1 Características Econômicas e Culturais da Cidade de Aracaju

Aracaju é um município brasileiro e capital do estado de Sergipe. Localiza-se no litoral, sendo cortada por rios como o Sergipe e o Poxim. De acordo com a contagem populacional realizada pelo IBGE em 2007, a cidade conta com 520.303 habitantes.

¹ Somando-se as populações dos municípios que formam a Grande Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Barra dos Coqueiros, Laranjeiras e São Cristóvão, o número passa para 760 mil habitantes.

O topônimo "Aracaju" deriva da expressão indígena "ará acaiú", que em tupi-guarani significa "cajueiro dos papagaios". O elemento "ará" significa "Papagaio" e "acaiú", "fruto do cajueiro".

A história da cidade de Aracaju está fortemente relacionada à da cidade de São Cristóvão, pois era esta a antiga capital da capitania de Sergipe, atual estado de Sergipe. Foi a partir da decisão de mudança da cidade que abrigaria a capital provincial que Aracaju pôde existir e crescer.

No início da ocupação de povos não-indígenas onde hoje se encontra Aracaju e cidades vizinhas, esta região estava sob a jurisdição da capitania da Baía de Todos os Santos, que hoje é o estado da Bahia. A princípio, essa região era território do cacique Serigi, que dominava desde as margens do rio Serjipe até a do rio Vasa-Barris.

Assim, São Cristóvão torna-se a capital da província. Diferente do que aconteceu nos outros estados da Região Nordeste, a capital de Sergipe ficava a mais de vinte quilômetros de distância do mar. Desta forma seus portos, por onde passavam navios, ficavam nos rios.

Na então capital de Sergipe, São Cristóvão, estava-se tendo dificuldades com relação aos portos. Como a capital ficava no interior do estado, a navegação até os portos era somente fluvial, o que era um inconveniente, uma vez que os maiores navios não tinham passagem por conta da tonelagem, fazendo os portos sergipanos servirem apenas para pequenas embarcações. A partir de 1854, a praia que hoje é de território de Aracaju, perto da foz do Rio Serjipe, despertou grande interesse do governo da província de Sergipe, que transferiu a Alfândega e a Mesa de Rendas Provinciais para aquele local e construiu uma Agência do Correio e uma Sub-Delegacia Policial. Além disso, um porto foi construído na praia, denominada "Atalaia".

Assim, no dia 17 de março de 1855, Inácio Joaquim Barbosa apresentou o projeto de elevação do povoado de Santo Antônio de Aracaju à categoria de cidade e a transferência da capital da província para esta nova cidade, que foi chamada simplesmente de Aracaju. Foi um dos momentos mais importantes e de maior repercussão da história de Sergipe. A nova localização da capital iria beneficiar o escoamento da produção principalmente açucareira da época, além de representar um local mais adequado para a sede do governo para o desenvolvimento futuro.

Pode-se chegar à Aracaju por Terra, Ar ou Mar. As ligações rodoviárias com o resto do país são feitas através das rodovias BR-101 e BR-235, e com várias cidades do interior através de rodovias estaduais. A cidade conta com o Aeroporto de Aracaju que recebe vôos regulares de diversas partes do país. Mais precisamente no município de Barra dos Coqueiros,

na região metropolitana de Aracaju, está o Porto de Sergipe, que está apto a receber embarcações de grande porte.

Aracaju não foi inicialmente a capital de Sergipe. Anteriormente a sede estadual era São Cristóvão. O solo da cidade, inclusive no bairro do Santo Antônio composto por um areial, e em zonas mais próximas ao mar (Bairros Salgado Filho, Grageru, São José) era uma área de manguezal, constantemente inundada. Essa é a área mais urbanizada da cidade, com enorme concentração de prédios, que por muitos anos possuíam altura máxima de 12 andares.

Com a aprovação do "Novo Plano Diretor", essa altura máxima subiu para a cidade tem a leste o Rio Sergipe, onde ficava localizada a praia 13 de Julho (mesmo nome do bairro). Hoje, no lugar da praia, está uma balaustrada e uma zona para atividades relacionadas com o lazer. Em seu curso por dentro da capital sergipana, o rio é considerado salubre. Nas imediações da foz o rio separa a capital da Ilha de Santa Luzia e deságua na praia da "Coroa do Meio", onde também é despejada a maior parte do esgoto doméstico. O abastecimento de água é feito a partir do Rio Poxim e do Rio São Francisco. Na divisa com a cidade de São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro existe o Rio do Sal, de onde a Prefeitura e particulares retiram água para regar os canteiros públicos e outras tarefas onde não há necessidade de se utilizar água potável.

Sobre o Rio Sergipe, foi construída a Ponte Construtor João Alves, ou ponte Aracaju - Barra dos Coqueiros, que liga Aracaju à Barra dos Coqueiros (cidade construída na Ilha de Santa Luzia). O nome da ponte é uma homenagem ao pai do governador que promoveu a construção, João Alves Filho, do PFL. Entretanto, no início da obra, muitas pessoas sugeriram a mudança do nome da ponte para Zé Peixe, uma figura conhecida da cidade por atravessar o rio Sergipe a nado, mesmo depois de idoso.

O clima é quente e úmido, com período chuvoso de março a agosto. A temperatura média anual é de 26°C e precipitação média anual de 1590 mm. 23 andares

Contando com 461.534 habitantes no ano de 2000 (chegando hoje a 520.303, segundo a contagem populacional¹), distribuídos em 174 km², Aracaju tem uma grande densidade demográfica, mais de 2.800 hab/km². A cidade cresceu muito desde 1960, como outras cidades brasileiras. Na época possuía 115.713. Passou a 183.670 em 1970, 293.100 em 1980 e 402.341 em 1991, tendo registrado na década de 1980 crescimento geométrico de quase 5%. A desigualdade é grande: o Coeficiente de Gini é de 0,64.

O produto interno bruto de Aracaju foi de R\$ 5,021 bilhões em 2005², a preços correntes de mercado. Os serviços, a indústria e o turismo são a base da economia aracajuana.

Em Aracaju acontecem grandes festas populares que já fazem parte do calendário nacional, como o Pré-Caju que acontece 15 dias antes do carnaval de Salvador. Essa micareta reúne milhares de foliões que vão atrás do trio de grandes nomes da música baiana, Asa de Águia, Ivete Sangalo, Cheiro de Amor, Banda Eva, dentre outros.

Existem quatro estabelecimentos de saúde públicos com internação e 16 estabelecimentos de saúde privados com internação. São 2.491 leitos, sendo 2.053 disponíveis ao Sistema Único de Saúde (2002, IBGE). A expectativa de vida é de 68,72 anos ³ (IBGE, Censo 2000) e 38,95 em cada mil crianças nascidas vivas morrem antes de 1 ano de idade ⁴ (IBGE, 2002).

2.2 Histórico da Instituição Analizada

A Empresa Municipal de Urbanização – EMURB foi criada em 1975 com o objetivo de administrar e regularizar os Terrenos de Marinha e acrescida, possibilitando seus ocupantes a

realizar edificações . A partir da cessão dessas áreas pelo governo federal, a EMURB teve condições de executar um planejamento para a cidade, desenvolver a sua urbanização e promover a melhoria da qualidade de vida dos aracajuanos.

Em 1977, a EMURB iniciou a implantação de loteamentos nos antigos Terrenos de Marinha. O primeiro deles foi o loteamento Coroa do Meio, desenvolvido em três etapas. Ao mesmo tempo implantava o Loteamento Foz do Tramandai, no atual bairro Jardins. A partir de 1984, a EMURB dá início à urbanização de grandes áreas em diversos bairros da capital, a exemplo do Salgado Filho, 13 de Julho, Índio Palentinm, Conjunto Lourival Fontes, dentre outros.

Até o ano de 1992, a EMURB era responsável pela implantação e recuperação da malha viária e da rede de drenagem. Com a extinção, naquele ano da Secretaria Municipal de Obras, a empresa absorveu uma nova atribuição: construção, reforma e ampliação das escolas, creches, postos de saúde e prédios da administração municipal, como também a urbanização de praças. Hoje, além desses serviços, a EMURB faz a manutenção da iluminação pública na cidade de Aracaju.

Ela é responsável também pelo licenciamento de obras e fornecimento de alvará de habite-se, como também fiscaliza as construções e ocupações irregulares de áreas públicas em toda a capital (*matéria citada no site da empresa*).

Portanto, as atividades da EMURB, que é um órgão da Prefeitura Municipal de Aracaju, são de:

1. Regularizar usos e terrenos do município de Aracaju/SE,
2. Licenciar e fornecer alvarás,
3. Construir, reformar e ampliar escolas, creches, postos de saúde e prédios da administração municipal,
4. Gerenciar a Usina de Asfalto,
5. Urbanizar praças e realizar a manutenção da iluminação pública na cidade de Aracaju,
6. Serviços de pavimentação asfáltico, tapa-bucaco, desobstrução de drenagem pluvial e limpa fossa.

A empresa possui quatro áreas físicas:

1. **A SEDE** – que realiza atividades administrativas, desde atendimento ao público, licenciamento e fiscalização de obras, até análise de projetos, gestão financeiras, de compras, etc., localizada na Av. Augusto Franco, 3340. Bairro Ponto Novo Aracaju/SE.

2. **A UNIDADE OPERACIONAL** – situada na Av Professor José Olino, s/n Bairro América, responsável principalmente pelos serviços de engenharia civil, construções e reformas de edificações, pavimentação, tapa buracos, de instalações elétricas e hidráulicas, montagem de palanques e execução de base, drenagem e terraplanagem, serviços de limpeza e limpa fossa, desobstrução de redes de drenagem e assentamentos de tampas, etc, com os

setores de manutenção de veículos oficinas, almoxarifados, carpintaria, fabrica de pré-moldados de cimento (manilhas), segurança e medicina do trabalho e pátio de veículos.

3. **A UNIDADE DE PRODUÇÃO-** situada na Av João Bebe Água, Km 4, São Cristóvão /SE, possui forno e tanques de superfície para armazenamento de CAP, EMULSÃO RL1C, CM 30, Diesel e Baixo Ponto de Fulgor-BPF.
4. **ARQUIVO GERAL DE DOCUMENTOS E PROJETOS-** situada a rua Itabaiana, 394 bairro Centro, Araçá/SE

3. CONSIDERAÇÕES PERTINENTES À HIPERTENSÃO ARTERIAL

3.1 Conceitos, Classificação e Diagnóstico

Para um melhor entendimento sobre a definição de hipertensão arterial, é preciso saber antes o que vem a ser pressão arterial, que é aquela existente no interior das artérias e comunicada às suas paredes. Pela equação de Poiseuille-Hagen, a PA pode ser calculada pelo produto de resistência vascular periférica total e pelo débito cardíaco.

Assim, devido a esta proporcionalidade, todos os fatores que alteram estas duas variáveis podem alterar a PA. Dentre aqueles que modificam o débito cardíaco, deve-se mencionar as alterações da volemia, da contratilidade do miocárdio e da frequência cardíaca.

Já a regulação da resistência vascular periférica depende do complexo mecanismo de regulação da resistência da arteríola, no qual atuam de modo inter-relacionado: o balanço de eletrólitos, especialmente do potássio e do cálcio; o sistema renina-angiotensina-aldosterona; os barorreceptores do seio carotídeo, do arco aórtico e do átrio direito; neurotransmissores como a epinefrina e a norepinefrina; e hormônios de diversas glândulas (hormônio antidiurético, ACTH, cortisol, prostaglandinas, sistema calcitonina-cinina, hormônio natriurético renal, dentre outros) (PRESSÃO ARTERIAL, 2005).

A Pressão arterial varia entre n um valor máximo durante a sístole (pressão arterial sistólica – PAS) e um mínimo na diástole (pressão arterial diastólica-PAD).

A Organização Mundial da Saúde definiu, em 1978, a hipertensão arterial como sendo uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica.

A definição de hipertensão arterial comporta, por outro lado, uma comparação com um padrão de normalidade. A variável pressão arterial, usualmente medida mmHg é, contudo, uma variável contínua. Excetuando populações primitivas para as quais a PA, quer a sistólica quanto a diastólica, não se eleva com a idade, nas demais populações nota-se uma elevação com a idade, desde o nascimento.

Assim, nos diversos estudos de prevalência a PAS eleva-se continuamente com a idade, mostrando tendência a se estabilizar nos grupos mais jovens e inversamente, maiores nas mulheres mais velhas do que para homens da mesma idade. Por sua vez, a PAD também se eleva com a idade até a quinta década, quando tende a atingir um máximo, depois estabilizando ou vindo declinar.

Assim sendo, não existe um critério de corte que possa ser decorrente da distribuição da variável pressão nas populações. Qualquer definição de “normalidade” ou de “anormalidade” é arbitrária e adota critérios operacionais que dependem do conhecimento do risco de morbimortalidade por complicações da doença por estudos longitudinais e por investigações da eficácia da intervenção médica (farmacológica ou não) sobre o prognóstico.

A classificação utilizada até recente e preconizada pela SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia) através da sua IV Diretriz de HAS, baseada no VI JNC americano, é a descrita na tabela abaixo (GOLDMAN, 2000).

TABELA 1

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Nível da Pressão Arterial	Classificação
< 120 sistólica e < 80 diastólica	Ideal
< 130 sistólica e < 85 diastólica	Normal
130~ 139 sistólica ou 86~89	Normal-alta
140~ 159 sistólica ou 90~99	Hipertensão Estágio 1
160~179 sistólica ou 100~109	Hipertensão Estágio 2
> 180 diastólica ou > 180 sistólica	Hipertensão Estágio 3

Fonte: Associação Brasileira de Cardiologia

O recente trabalho do VII Jornada Nacional de Cardiologia – JNC, levou a uma simplificação das categorias e a categorização de uma situação dita “pré-hipertensão”, onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado hipertensão arterial com o avançar da idade.

As categorias de estágio 2 e 3 foram unificadas, tendo em vista não haver objetivo prático em diferenciar duas situações clínicas que já reservam um prognóstico igualmente ruim. A intenção dessa nova classificação é aumentar a importância da necessidade de se diagnosticar precocemente a hipertensão e mantê-la em nível o mais fisiológico possível tendo em vista o enorme risco cardiovascular que a hipertensão possui.

Hoje em dia qualquer valor da pressão arterial que fuja da normalidade, ou seja, acima de 139 mmHg (sistólica) ou 89 mmHg (diastólica), deve ser levada em consideração.

De acordo com Gomes (2001), o procedimento diagnóstico tem o intuito de: estabelecer cifras de pressão arterial, identificar as causas secundárias de HÁ; estratificar o risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco ou de lesão de órgãos alvo.

Os procedimentos diagnósticos incluem:

1. Medida de pressão arterial;
2. História familiar exame físico;
3. Avaliação laboratorial.

Devem se ter os seguintes cuidados durante a verificação da pressão arterial:

1. Repouso de 15 minutos em ambiente calmo e agradável;
2. A bexiga deve estar vazia (urinar antes)
3. Aguarda 30 minutos para aferir, após exercício, álcool, café ou fumo;

4. O manguito do aparelho de pressão deve estar firme e bem ajustado ao braço e ter a largura de 40% da circunferência do braço, sendo que este deve ser mantido na altura do coração;
5. Não falar durante o procedimento;
6. Esperar 1 a 2 minutos entre as medidas;
7. Manguito especial para crianças e obesos devem ser usados;
8. A posição sentada ou deitada é recomendada na rotina das medidas;
9. Vale a ,medida menor do valor obtido.

De acordo com Goldman (2000), 95% os pacientes hipertensos têm a forma essencial (primária ou idiopática), ou seja, não se consegue descobrir uma causa específica para a condição, é apenas 5% possuem hipertensão secundária onde a causa é identificável

Na hipertensão secundária algumas situações são passíveis de cura pela remoção dos fatores que a motivou. De 5% a 10% das pessoas possuem pressão alta provocada por problemas renais. Entre 1 a 2% das pessoas apresentam pressão alta devido a problemas hormonais ou ao uso de medicamentos como, por exemplo, os anticoncepcionais, glicocorticoides, ciclosporina. A eritropoetina e drogas simpaticomiméticas (contidas em medicamentos "antigripais") usados de forma abusiva, uma causa rara, mais que não pode deixar de ser citada é a feocromocitoma, um tumor na glândula supra-renal que produz os hormônios adrenalina e noradrenalina (GUIMARÃES, 2001).

Na hipertensão primária é preciso distinguir, em primeiro lugar, a importância relativa da hereditariedade e dos fatores ambientais para a gênese da hipertensão primária. Em relação à *Herança* da doença, as evidências apontam para a agregação familiar dos casos, ao menos em parentes de primeiro grau, embora existam vícios de medida (por uma informação mais freqüente dos hipertensos de que seus ascendentes ou descendentes são hipertensos) e vícios de confusão (porque as pessoas podem ter não só em comum o mesmo patrimônio genético, mas também a mesma dieta e o mesmo ambiente de vida) (PRESSÃO ARTERIAL, 2005).

Um outro ponto a considerar em relação à etiologia da HA primária é o que se refere ao *Grupo Étnico* das populações estudadas, no Brasil, a prevalência de hipertensão arterial tem se mostrado maior em negros do que em mulatos, e nestes, maior do que em brancos. A análise desta característica envolve a consideração do patrimônio genético semelhante, e também de condições sociais que podem confundir a análise como o "stress" psíquico-social, a ocorrência de pessoas de menor renda, mais baixa escolaridade formal, maior freqüência de obesidade e acessibilidade à assistência médica, dentre outras.

Quanto à *Idade*, a P A é, na maioria das populações, mais baixa no nascimento, crescendo subsequente durante toda a vida do indivíduo, para a P AS continuamente, e para a P AD subindo até a quinta década para homens, e até a sexta década para mulheres, declinando daí por diante. Em homens a prevalência tende a ser discretamente maior para a população adulta, ao menos nas idades inferiores a 45 anos.

Embora não existam estudos internacionais com metodologia padronizada para a avaliação da influência da *Classe Social*, tem-se notado uma relação inversa da prevalência de hipertensão arterial com a escolaridade, a posição social na ocupação e a renda

familiar. Isto é, quanto mais privilegiado o indivíduo na sociedade, menor a prevalência de hipertensão arterial.

Por outro lado, há outras evidências que estas mesmas variáveis (renda, ocupação, escolaridade) estão associadas de perto com a situação urbana da moradia e ao estresse psicossocial. Outros estudos mostram também que a migração de indivíduos de áreas rurais para a zona urbana do mesmo País ou de outro é fator importante para a ocorrência de elevação da PA e aumento da prevalência de hipertensão arterial.

É extremamente rica a literatura sobre a ingestão de eletrólitos na dieta, sobretudo o Sódio no sal de cozinha. Os dados existentes envolvem considerações antropológicas que indicam que a adição de sal ao alimento é recente na história da humanidade, relacionada à necessidades dietéticas do eletrólito.

Por outro lado, as populações primitivas que não apresentam hipertensão arterial ingerem também baixo conteúdo de sódio na dieta, mostrando-se sempre com PAS baixas para idade e sem ascensão da PA com a idade. Em diversas populações tem-se mostrado a correlação da ingestão de sódio com a prevalência de hipertensão arterial.

Problemas adicionais para estas análises diz respeito à metodologia da avaliação da ingestão diária de sódio. Por outro lado, a forma de atuação do sódio, e também de eletrólitos relacionados como potássio e cálcio, se daria ao nível intracelular, no mecanismo da bomba de sódio. Tem-se descrito, também, que a ingestão grande de sódio esta freqüentemente associada à baixa ingestão de potássio, sendo que este ultimo poderia, eventualmente, ter um efeito protetor sobre a pressão arterial.

Outras evidências a favor do papel fundamental desempenhado pela ingestão de sódio dizem respeito ao benefício das dietas com baixo conteúdo de sódio para o

tratamento da hipertensão já instalada.

Outro corpo de evidências favorece a Obesidade como importante fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão primária no adulto. Os estudos longitudinais e transversais norte-americanos mostram haver correlação entre PA e a massa corpórea.

Quanto ao uso de Álcool, tem-se mostrado que um consumo excessivo de álcool está associado com maior prevalência de hipertensão, tanto em estudos transversais, quanto em estudos de corte.

Em relação ao uso de Fumo, diversos estudos na literatura tem falhado em mostrar associações consistentes entre o habito de fumar e a prevalência de hipertensão arterial, quando se controlam variáveis de confusão como a obesidade, a idade e o sexo. Sabe-se contudo, que os fumantes tem maior de evoluir para formas malignas da doença e, também, de morrerem mais freqüentemente de morte súbita cardíaca e por doença coronariana. Evidentemente, os riscos do uso de fumo e de álcool e aquele da obesidade são sinérgicos.

Com relação ao Diabetes Mellitus a associação destas patologias com a HÁ multiplica o risco de morbidade cardiovascular em relação ao risco de um não diabético em pelo menos duas vezes. A associação de DM chega a 7% da população hipertensa. 50% dos óbitos relacionados a diabetes são de origem cardiovascular. A redução da PA em pacientes diabéticos com alto risco cardiovascular produz redução da mortalidade total, dos óbitos por AVC dos eventos cardiovasculares e do infarto do miocárdio e diminui a progressão da doença renal associada ao diabético.

A prevalência da Hipertensão Arterial na população brasileira se situa na casa de 15% da população geral adulta, variando conforme o estudo e a localidade pesquisada de 9

A prevalência da Hipertensão Arterial na população brasileira se situa na casa de 15% da população geral adulta, variando conforme o estudo e a localidade pesquisada de 9 a 30% de prevalência. A estimativa de prevalência da HÁ na população adulta no Brasil, baseada nos dados estatísticos de 1995, estima-se que existem treze milhões de brasileiros hipertensos com cifras de PA de 160 e ou 95mmHg.

Se considerarmos as cifras entre 140-159 e ou 90-94 estima-se 30 milhões de hipertensos no Brasil em 1995. Provavelmente 50% destes (aproximadamente 15 milhões), desconhecem ser hipertensos.

Ocorreram no Brasil em 1995, 893.877 óbitos segundo registros de mortalidade. Destes 244.605 (27,36%) foram por doenças cardiovasculares. A doença cérebro vascular foi responsável por 81.632 óbitos. As doenças isquêmicas do coração causaram 69.906 óbitos. A hipertensão Arterial foi considerada como responsável direta por 17.880 óbitos (7,8% dos óbitos).

Considerando-se que a HÁ contribui para morbi-mortalidade em 80% dos casos de AVC e por 40% dos casos de Doenças Isquêmicas do Coração em 40%, estima-se que a HÁ esteve evoluindo de forma direta ou indireta em pelo menos 111,148 óbitos no ano de 1995, o que corresponde a 45,44% das mortes por doenças cardiovasculares.

Apesar de devidamente diagnosticada, apenas 50% dos pacientes utilizam medicação de forma regular. Isto se deve principalmente ao caráter assintomático da hipertensão arterial durante seus 15 a 20 primeiros anos de evolução sendo difícil convencer um paciente do perigo em potencial que ocorre e da necessidade de mudar seu estilo de vida e principalmente da necessidade de utilizar as medicações (PRESSAO ARTERIAL, 2005).

3.2 Sintomas

Hipertensão arterial é chamada de “assassina silenciosa” porque geralmente não tem sintomas. Algumas pessoas podem não descobrir que tem pressão alta até que apresentem problemas no coração, cérebro ou rins. Quando a pressão alta não for descoberta e tratada ela pode causar:

1. Aumento do coração, o qual pode ocasionar a falha deste, aneurisma nos vasos sanguíneos, mais comumente na aorta e artérias no cérebro, pernas e intestinos;
2. Estreitamento dos vasos sanguíneos nos rins, o que pode causar a falha destes;
3. “Endurecimento” precoce de artérias pelo corpo, especialmente aquelas no coração, cérebro, rins e pernas. Isso pode causar ataque cardíaco, infarto, falha nos rins ou amputação de parte da perna;
4. Sangramento ou ruptura de vasos sanguíneos nos olhos , o que causa alteração na visão e pode resultar em cegueira (HIPERTENSÃO ARTERIAL,2004).

3.3 Tratamento

O tratamento da Hipertensão arterial vai depender dos fatores de risco, idade, histórico familiar com isso o tratamento pode ser medicamentosos ou não.

3.3.1 Tratamento não medicamentoso

Baseia-se em uma mudança de estilo de vida, que enquadra uma mudança nos hábitos sociais e alimentares, como descrito a seguir: (MANUAL DE TERAPIA, 1998).

1. Redução de peso;
2. Redução dietética de sódio;
3. Redução do consumo de bebida alcoólica;
4. Abandono de tabagismo;
5. Suplementação de potássio, cálcio e magnésio;
6. Exercício físico.

3.3.2 Tratamento Medicamentoso

Quando se fala em tratamento farmacológico deve-se levar em conta o mecanismo de ação dos medicamentos, doses medias, tempo de ação e posologia, é preciso ter pelo em mente que estas informações são um guia geral e que cada paciente deve ser individualizado, sendo a flexibilidade a base do tratamento farmacológico desta condição, cujo entendimento da pressão arterial e do individuo ainda encurra muitos pontos obscuros.

São muitas as drogas anti-hipertensivas de uso habitual e elas podem ser classificadas da seguinte maneira: (KATZUNG, BERTRAM, 2003).

Bloqueadores dos canais de cálcio – os bloqueadores dilatam as artérias periféricas e reduzem a pressão arterial através da inibição do influxo de cálcio na célula muscular lisa, por bloqueio competitivo com o Ca^{+} que entra pelos canais lentos voltagem dependentes. Como exemplo se tem: nifedipina, nirendipina, isradina, amlodipina, felodipina, nisoldipina, lacidipina, lercadipina, verapamil, diltiazem.

São vasodilatadores de primeira escolha no tratamento da HAS. Também possuem ação antianginosa. O verapamil e diltiazem possuem ação anti-arritmica. O verapamil e diltiazem diferem das diidropiridinas pela ação depressora sobre o miocárdio. Boa opção para o tratamento da HAS no paciente idoso. Não causam retenção de sódio e não possuem efeito nocivo e função renal, podendo ser usados sem correção de dose. Também não afetam o metabolismo lipídico e glicídico.

Diuréticos – medicamentos desta classe reduzem a pressão arterial produzindo a depleção das reservas corporais de sódio. Inicialmente, reduzem a pressão arterial ao diminuir o volume sanguíneo e o débito cardíaco.

Os tiazídicos surgiram na tentativa de sintetizar inibidores mais potentes da anidrase carbônica, são absorvidos por via oral, entretanto existem diferenças no seu metabolismo. Eles inibem a reabsorção de NaCl do lado do lúmen das células epiteliais no túbulo contorcido distal. Pode haver um pequeno efeito sobre a reabsorção de NaCl na porção final do túbulo proximal, mas isso não é observado no contexto clínico habitual. O tiazídico clássico é a hidroclorotiazida, mas existem também os derivados das sulfonamidas como a clortalidona e a indapamida.

É a primeira opção de tratamento mais frequente, sendo habitualmente usada em monoterapia. É eficaz em todos os graus de hipertensão. Tem maior eficiência na raça negra. A tendência atual é a de usar a menor dose possível (25 mg/dia para clortadilona e de 25 a 50 mg/dia de hidroclorotiazida), já que doses maiores levam à ocorrência de distúrbios metabólicos sem aumento da eficácia anti-hipertensiva.

Hidralazina e simpatolíticos de ação central e periférica geralmente requerem o uso associado ao diurético, já que estes promovem retenção de Na^+ e água. Os alfa e beta bloqueadores e os inibidores da enzima conversora tem sua ação potencializada pelo diurético. Bloqueadores da Ca^{++} podem ser usados em conjunto, mas sua potencia não é

alterada pelos tiazidicos. Não possui ação na redução da hipertrofia ventricular de forma eficiente, como outras drogas.

Com relação aos poupadores do potássio o principal medicamento desta classe é a espirolactona, onde essa droga liga-se competitivamente a um receptor intra-celular para mineralocorticoides, das células dos túbulos coletores, impedindo seu efeito normal. Em nível de núcleo este receptor ligado ao mineral o corticoide induz a produção de proteínas que estão ligadas a condutância do sódio, produzindo reabsorção do sódio e a perda de K^+ e H^+ . A espirolactona ligada ao receptor impede a formação dessas proteínas. Ocorre inibição dos canais de sódio através do bloqueio direto dos canais de sódio da membrana luminal das células dos túbulos distais e túbulos coletores.

São pouco usados por não serem potentes hipotensores. Usados normalmente em associação com outros diuréticos por sua propriedade de evitar a hipocalemia.

Os diuréticos da alça agem através da depleção do volume, bem como diminuindo o débito cardíaco. Como exemplo tem-se : furosemida, bumetamida, piretanida, ácido etacrinico.

Não são potentes hipotensores para as formas leve e moderada. Só devem ser usados na hipertensão arterial em situações especiais como estados edematosos ou em emergências hipertensivas pela via oral tem início de ação em 30 min. Pico em duas horas e fim da ação após quatro a seis horas. Pela via parenteral tem início de ação em cinco minutos, pico em 30 min e fim de ação após duas horas.

Bloqueadores Alfa adrenergicos – O mecanismo de ação ocorre através do bloqueio alfa pós sináptico, levando a inibição da vasoconstrição induzida pelos receptores alfa levando a uma vasodilatação venosa e arteríola. A ação dos receptores alfa-2 pré

sinápticos fica preservada, inibindo a migração de grânulos de noradrenalina para a fenda simpática. Como exemplo se tem: prazosim, doxazosim, terazosim.

O prazosim tem dose máxima de 10mg/dia em 2 tomadas ou em 1 tomada no caso do uso de comprimido de ação prolongada. Útil na insuficiência cardíaca por diminuir pré e pós carga sem alterar o débito cardíaco. O prazosim tem como limitação à indução de taquifilaxia.

O doxazosim e o terazosim possuem um início de ação mais lento e tempo de ação mais longo, diminuindo a possibilidade de hipotensão de primeira dose, comum no prozosim. São eficazes na redução da pressão arterial, podem ser usados em portadores de insuficiência renal e produzem uma redução da resistência periférica com manutenção do débito cardíaco. No entanto estudos demonstraram um maior risco de AVE e insuficiência cardíaca durante o uso do doxazosim, quando comparado ao uso de diuréticos tiazídicos, durante monoterapia inicial. Dessa forma não se recomenda o uso dos bloqueadores alfa como droga anti-hipertensiva de primeira escolha em monoterapia.

- Drogas simpatoplégicas de ação central- Desta classe se tem duas principais drogas: metildopa, clonidina. Onde a metildopa e a clonidina reduzem descarga simpática dos centros vasopressores no tronco cerebral, mas permitem que esses centros conservem ou até mesmo aumentem a sua sensibilidade ao controle barorreceptor. Por conseguinte a ação anti-hipertensiva e tóxicas dessas drogas geralmente dependem menos da postura do que os efeitos de drogas, como a guanidina, que atuam diretamente sobre neurônios simpáticos periféricos.

A metildopa é útil no tratamento da hipertensão leve a moderadamente grave. Baixa a pressão arterial, principalmente ao diminuir a resistência vascular periférica, com redução variável na frequência cardíaca e no débito cardíaco. Já a redução da pressão arterial pela clonidina é acompanhada da diminuição da resistência vascular renal e manutenção do fluxo sanguíneo renal. À semelhança da metildopa, a clonidina reduz a pressão arterial em decúbito e apenas raramente provoca hipotensão postural!.

- Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) - Agem através do bloqueio da ação da enzima conversora da angiotensina. Menor formação de angiotensina II, potente vasoconstrictor e estimulador da aldosterona. O IECA é inibidor também da degradação da bradicinina, potente vaso dilatador, que, portanto tem sua ação aumentada. Os principais são: captopril, enalapril, lisinopril, benazepril, fosinopril, cilazapril, ramipril, quinapril, perindopril, trandolapril, delapril.

São eficientes em monoterapia ou em associação com diuréticos ou outros anti-hipertensivos. Diminuem a resistência vascular periférica sem causar taquicardia reflexa e sem diminuição do débito cardíaco. Atuam tanto sobre a pré e a pós carga. Aumentam o fluxo renal por ação preferencial de vaso dilatação da arteríola eferente. Desta forma podem piorar a filtração glomerular na estenose renal e na IRC. Ocorre aumento de fluxo coronariano e até mesmo cerebral apesar do efeito hipotensor. Diminuem a HVE e são os únicos que aumentam a sensibilidade a insulina.

São a primeira escolha para o hipertenso diabético, retardam a evolução da nefropatia diabética e a microalbuminúria. Não alteram os lípidos. São úteis nos portadores de insuficiência cardíaca com ou sem hipertensão associada, melhorando inclusive a sobrevida da insuficiência cardíaca.

- Bloqueadores dos receptores de angiotensina - Agem através do Bloqueio dos receptores ATI da angiotensina II, inibindo a ação do eixo da renina. O mensageiro final do eixo renina-angiotensina é a angiotensina II, que ligando-se ao receptor ATI causa vasoconstrição e retenção hídrica, ambos levando ao aumento da pressão arterial.

O bloqueio do receptor ATI resulta na redução da pressão arterial e nos efeitos benéficos na ICC. Portanto os efeitos são similares aos inibidores da enzima conversora, com as vantagens de não atuar sobre a bradicinina e de atuar sobre o ponto final do eixo renina angiotensina, e, portanto sobre a angiotensina II resultante das vias não dependentes da enzima conversora. Como exemplo se tem: Losartan, Vaisartan, Irbesartan, Candesartan.

São eficazes como monoterapia para a RAS, no entanto não são tão eficazes na redução da PA quanto os IECA. Tem indicação atual de substitutos do IECA, nos pacientes com indicação de uso dessa droga, mas com intolerância devido efeitos colaterais. São úteis também no tratamento da insuficiência cardíaca, mas atualmente também tem a mesma indicação de uso como substitutos do IECA, como na hipertensão arterial.

- Bloqueadores das terminações nervosas simpáticas pós-ganglionares - Essas drogas reduzem a pressão arterial, ao impedir a liberação fisiológica normal de noradrenalina dos neurônios simpáticos pós - ganglionares. Como exemplo se tem guanadrel, guanetidina e reserpina.

A guanetidina, em doses suficientemente altas, pode produzir simpatooplegia profunda, em virtude da elevada eficácia máxima dessa droga, ela tomou-se a base da terapia ambulatorial da hipertensão grave, durante muitos anos. Pela mesma razão, a guanetidina pode produzir todos os efeitos tóxicos esperados da "simpatectomia farmacológica", incluindo hipotensão postural pronunciada, diarreia e distúrbio da ejaculação. Em virtude destes efeitos adversos, a guanetidina é, hoje em dia, raramente utilizada.

A resperina foi uma das principais drogas eficazes utilizadas em grande escala no tratamento da hipertensão arterial. Atualmente, é considerada uma droga eficaz e relativamente segura para tratamento de casos de hipertensão leve a moderada.

- Beta- Bloqueadores - Como anti-hipertensivo não é perfeitamente estabelecido.

Ocorre a redução do tônus simpático por menor liberação de noradrenalina na fenda sináptica em decorrência de bloqueio beta pré-sináptico. Outros mecanismos incluem redução na liberação de renina, diminuição do débito cardíaco, modulação da regulação da P A em nível do S.N.C., readaptação dos pressoseptores e diminuição da aferência simpática. Como anti- isquêmicos reduzem o consumo de O₂ miocárdico basicamente pela diminuição da frequência cardíaca. Por sua vez a diástole prolongada aumenta o tempo de perfusão coronariana.

Também atuam reduzindo o aumento da P A induzida pelo exercício e limitando o aumento da contratilidade nessa situação. Como exemplo se tem: propranolol, atenolol, metoprolol, esmolol, timolol, nadolol, pindolol, bucindolol, carvedilol, bisoprolol, sotalol. Inicialmente usados como anti-anginosos, sendo útil também no tratamento de taquiarritmias e da HAS. Promovem também a prevenção secundária do infarto, previnem crises de enxaqueca. O metoprolol e os beta bloqueadores de 3º geração (carvedilol e bucindolol) podem ser usados no tratamento da insuficiência cardíaca.

-Vasodilatadores de ação direta - Todos os vasodilatadores úteis na hipertensão relaxam a musculatura lisa das arteríolas, diminuindo, assim, a resistência vascular sistêmica. Como exemplo se tem: Diazóxido, fenoldopan, hidralazina, minoxidil e nitroprussiato.

A hidralazina age através do relaxamento da musculatura lisa arteriolar. Não possui ação em vasos de capacitância, nem em leito venoso. Seu mecanismo de ação está relacionado com a produção intracelular de inositol, 4, 5 trifosfato (IP3) e como consequência sobre a liberação de cálcio do retículo sarcoplasmático.

O minoxidil é uma pro droga que metabolizada no fígado pela ação dasulfotransferase transforma-se na molécula ativa. Causa relaxamento da musculatura lisa dos vasos por ativação dos canais de potássio, permitindo efluxo intracelular deste ion, causando hiperpolarização celular.

É uma droga reservada para os casos de hipertensão severa que não repondam as demais drogas. Como a hidralazina, produz apenas vaso-dilatação arteriolar, não tendo ação em vasos de capacitancia. Causa ativação simpática reflexa, taquicardia e retenção hidro-salina, devendo também ser usada sempre em conjunto com diuréticos e bloqueadores simpáticos. A dose inicial é de 1,25 mg Idia que deve ser aumentada gradativamente até 40 mg/dia, em uma ou duas tomadas.

Já o nitroprussiato de sódio é um vaso-dilatação arteriolar e venular, reduzindo resistência vascular arterial e aumentando o pool venoso. Possui ação direta sobre o músculo liso vascular, formando óxido nítrico, responsável pela vaso dilatação. A via metabólica de formação de óxido nitro é diferente das dos nitratos, explicando o não surgimento de tolerância e a maior potência desta droga em locais diferentes da vasculatura. Droga de uso venoso de ação extremamente rápida. Substância foto-sensível, exige equipo escuro e frasco protegido. Tóxica em altas doses. Antídoto: hidroxibalamina; tiosulfato de Sódio.

4 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

A palavra "qualidade" refere-se a certos atributos de características consideradas indicadores de superioridade em relação a determinado assunto. A palavra "vida" é definida como um conjunto de propriedades graças às quais os animais se mantêm em contínua atividade (FERREIRA. 2001).

Há indícios de que o termo qualidade de vida surgiu pela primeira vez na literatura na década de 30. segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da qualidade de vida (COSTA NETO. 2002).

As revisões na literatura revelam que, ao lado dos esforços direccionados para a definição e avaliação da qualidade de vida, havia lacunas e desafios teóricos e metodológicos a serem enfrentados. Uma definição clássica é datada de 1974: "qualidade de vida é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados" (BOWLING. 1995. p. 1448).

A noção de que qualidade de vida envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenómeno.

A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida:

subjetividade e multidimensionalidade.

No que se refere à subjetividade, é a maneira como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida.

O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que construto é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias quantitativas e qualitativas.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito "Qualidade de Vida" é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos.

Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um continuum, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

A partir do interesse por resultados cada vez mais positivos é que as informações sobre qualidade de vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde.

Outro interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à qualidade de vida como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas.

Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição.

Nesses casos, a compreensão sobre a qualidade de vida do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde.

Duas tendências quanto à conceituação do termo na área da saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde.

No primeiro caso, qualidade de vida representa uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Ilustra com excelência essa conceituação a que foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida em uma perspectiva internacional e transcultural.

De acordo com essa tendência, qualidade de vida foi definida como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"

(WHOQOL, 1995, p. 1465).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito freqüente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

Dessa forma:

Qualidade de vida é a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde (GUITERAS & BA YES, 1993, p. 179).

Qualidade de vida refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida (CLEARY, 1995, p. 91).

Qualidade de vida é o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde (EBRAHIM, 1995, p. 1384).

Há uma controvérsia associada ao uso de medidas específicas da qualidade de vida relacionada à saúde. Alguns autores defendem os enfoques mais específicos da qualidade de vida, assinalando que esses podem contribuir para melhor identificar as características relacionadas a um determinado agravo.

Outros ressaltam que algumas medidas de qualidade de vida relacionada à saúde têm abordagem eminentemente restrita aos sintomas e às disfunções contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não médicos associados à qualidade de vida (GLADIS, 1999).

No Brasil, tal qual o resto do mundo, vem crescendo o interesse pelo tema qualidade de vida no campo da saúde. Alguns trabalhos publicados no Brasil foram considerados, tendo em vista a sua contribuição para o avanço das pesquisas sobre qualidade de vida no país e por sua consonância com as tendências históricas observadas no contexto internacional

Existem trabalhos sobre qualidade de vida em diferentes especialidades médicas, por exemplo, nas áreas da psiquiatria, neurologia, oftalmologia, oncologia e ginecologia. Na psicologia, destaca-se a construção do Inventário de Qualidade de Vida utilizado em pesquisa e em intervenção relacionadas ao manejo do estresse.

4.1 Qualidade de Vida no Trabalho

O tema qualidade de vida no trabalho era representado, no passado, pela busca de satisfação do trabalhador e pela tentativa de redução do mal estar e do excessivo esforço físico no trabalho.

A qualidade de vida de uma pessoa e de seus familiares depende da qualidade de vida no trabalho da mesma Para fundamentar isso basta lembrar que:

1. Ao menos um terço do dia é gasto no trabalho, além do tempo gasto no trajeto feito para ir ao trabalho e retomar; as condições em que são feitos esses trajetos também têm efeitos sobre a saúde e o bem estar do indivíduo;

2. Espera-se hoje que todos os trabalhadores sejam criativos e dêem sugestões para a melhoria dos processos de trabalho e a diminuição da ineficiência. Nesses casos, as pessoas sentem a pressão e levam os problemas consigo na tentativa de criar soluções. A pressão em excesso leva ao estresse. O indivíduo carrega consigo os seus problemas e suas dificuldades relacionadas com o trabalho, como por exemplo, dificuldades de relacionamento com superiores, colegas, subalternos e, se essas relações são ruins, o desequilíbrio emocional pode ser consequência.

A qualidade de vida do indivíduo também depende da qualidade de vida no trabalho, porque o trabalho assume papel central na vida das pessoas chegando a definir aspectos vitais como status e identidade pessoal.

Assim sendo, o trabalho deve ser realizado em condições que ajudem a promover a saúde, o equilíbrio físico e psicoemocional, e em consequência o bem estar total do indivíduo, refletindo sua importância na vida do mesmo.

Condições de trabalho englobam tudo o que influencia o próprio trabalho. Isso inclui: posto de trabalho, ambiente de trabalho, os meios de trabalho, a tarefa de trabalho, a jornada de trabalho, alimentação, transporte, relações entre patrões e empregados, relações entre funcionários e relação entre produção e salário.

4.2 Parâmetros Fundamentais Para Uma Boa Qualidade de Vida

1. Atividade física: a atividade física regular e na quantidade certa ajuda a desenvolver ossos mais fortes, uma atividade mental mais positiva, melhor circulação sanguínea e maior proteção contra doenças cardíacas;

2. Equilíbrio emocional: as pessoas expressam a necessidade de livrar-se da ansiedade e achar soluções para seus problemas emocionais, por isso os indivíduos devem sentir-se descontraídos e felizes em relação à vida e não desperdiçar energia com coisas negativas;

3. Hábitos alimentares: uma alimentação saudável além de ajudar na promoção da saúde e na redução do risco de certas doenças, promove uma melhor qualidade de vida.

4. Drogas: É preciso salientar que as drogas lícitas e ilícitas (álcool, cigarro, maconha, cocaína, etc) são inimigas do bem estar total do ser humano. São fontes infinitas de doenças que degeneram o indivíduo.

5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

5.1 A Importância da Aplicabilidade da Estatística na Área da Saúde

A palavra Estatística é derivada do latim status e significa, em sua origem, o "estudo do estado".

Podemos entender Estatística como um conjunto de métodos e procedimentos para o tratamento, com fins descritivos e/ou inferências, de um conjunto de dados onde a incerteza, inerente à variabilidade aleatória, se faz presente. Assim, podemos verificar que a Estatística é de fundamental importância na produção de conhecimento numa imensa variedade de áreas.

Historicamente, operações de contagem de pessoas e avaliação de bens pessoais, isto é, atividades que hoje fazem parte de um censo populacional e econômico, já eram realizadas, de modo incipiente, no Egito do tempo dos faraós, na Grécia antiga e no Império Romano como atividades de interesses do Estado, seja com enfoque econômico associado à cobrança de taxas e impostos, seja para o controle da produção e distribuição de alimentos ou outros tipos de riquezas, seja por questões de segurança, no sentido de detectar quantos eram e onde estavam os potenciais inimigos representados pelos povos subjugados.

Desse papel histórico, origina-se a sua função de caracterização numérica de uma série de informações populacionais. Com essa abordagem, o termo é utilizado no plural, como as "estatísticas de saúde", as "estatísticas de mortalidade", as "estatísticas do registro civil", entre outras.

Os estudos desenvolvidos por Pierre-Simon de Laplace e Carl Friedrich Gauss, no início do século XIX, transformaram a concepção da Estatística. Com a visão de uma teoria dos erros, passa a ser amplamente aplicada a dados experimentais. Sistematiza-se a análise dos desvios em relação à média em medidas repetidas de uma quantidade. São elaborados conceitos da teoria da estimação, como o método de mínimos quadrados por Gauss, e o primeiro intervalo de confiança, em 1812, em um trabalho de Laplace.

Na segunda metade do século XIX, a teoria estatística passa a ser enunciada a partir de generalizações das propriedades observadas em amostras grandes. São pesquisadas famílias de funções matemáticas que se aproximem das distribuições de frequências empíricas

Na Alemanha, prioriza-se o estudo pelo coletivo, originando-se os princípios da Estatística Descritiva, ramo da Estatística que tem a função de organizar os dados, resumindo-os numa série de medidas, gráficos e tabelas para enfatizar as características essenciais do conjunto.

Por outro lado, problemas conceituais apresentados pelo matemático alemão Wilhelm Lexis colocam em questionamento, na mesma época, o interesse apenas pelo coletivo. Ao estudar anualmente a razão de sexo no nascimento, através de estatísticas vitais, Lexis mostra, por meio de resultados empíricos, a consistência da suposição de que a determinação do sexo é governada por um simples mecanismo de chance, como o procedimento cara-coroa.

O objeto da Estatística move-se do estudo do coletivo à construção dos mecanismos de chance, ou dos modelos estocásticos dos fenômenos. Esta idéia é explicitamente expressa por Emile Borel: "O problema básico da estatística matemática é inventar um sistema de simples mecanismos de chance, tais que as probabilidades determinadas por este sistema concordem com as frequências relativas observadas por vários detalhes do fenômeno estudado" (RANKIN, 1966).

A partir do início deste século, a demanda por pesquisas com um maior embasamento científico-metodológico, principalmente nas áreas de genética, de agronomia e de antropologia, levou à criação de novos procedimentos de planejamento de investigação e de análise de dados na presença da variabilidade aleatória.

Surge com destaque o trabalho do matemático inglês Sir Ronald A. Fischer, a partir da década de 20, junto a pesquisadores em agronomia, na estação experimental de Rothamstead. Foi o verdadeiro trabalho de construção da estatística, ao qual estão fortemente associados, também, os nomes de J.Neyman e E.S. Pearson. Também, na década de 30, o matemático probabilista russo A. N. Kolmogorov formaliza a teoria moderna de probabilidades como urna teoria axiomática.

Todo esse instrumental se consolida durante as décadas de 40 e 50, colocando-se à disposição da investigação científica na área das chamadas soft sciences, onde a variabilidade aleatória é a característica dominante. Problemas específicos nos vários campos da ciência passam a exigir procedimentos específicos de desenho e análise de dados.

Nas chamadas ciências da vida, se tem, a partir da Segunda Guerra Mundial, o início de uma revolução científica, por exemplo, na Farmacologia, onde tivemos um enorme progresso com a introdução de um conjunto de métodos estatísticos denominados Ensaios Biológicos, para testes de potência de drogas e investigações do tipo dose-resposta, métodos estes calcados na teoria da regressão e na análise de variância.

Na área dos ensaios Clínicos Controlados, o trabalho do pioneiro inglês Sir Austin Bradford Hill sobre quantificação e aleatorização permitiu o desenvolvimento de dois grandes ensaios de campo realizados, respectivamente, na Inglaterra, sobre o uso da estreptomicina no combate à tuberculose, e nos Estados Unidos, sobre o efeito protetivo da gamaglobulina nos ataques da poliomielite.

Paralelamente ao desenvolvimento dos Ensaios Clínicos Controlados, desenvolveu-se uma metodologia específica de Análise de Sobrevivência, aplicada aos ensaios clínicos terapêuticos, desde aqueles em pequena escala, nos laboratórios, até aos grandes ensaios multiclínicos.

É também no desenvolvimento da moderna metodologia estatística que a Epidemiologia Teórica e Quantitativa vai encontrar os fundamentos para o seu desenvolvimento. Uma investigação científica mais rigorosamente fundamentada, na área das doenças transmissíveis, passa a exigir a criação de procedimentos específicos na área de processos estocásticos.

A partir dos anos 40, a pesquisa estatística se volta para solucionar problemas envolvendo variados aspectos da inferência, cada um tendo a sua aplicação a situações

específicas. Os testes de hipóteses para médias, variâncias e proporções, a teoria dos testes uniformemente mais poderosos, o processo de inclusão (exclusão) de variáveis nos modelos de regressão são algumas das formas de inferência de uso consagrado.

Nessa mesma linha, encontram-se os métodos não paramétricos, mais apropriadamente denominados livres de distribuição. Constituem-se em testes de hipóteses cuja aplicação independe dos pressupostos teóricos da estatística paramétrica, inclusive no que diz respeito à distribuição da variável aleatória em estudo.

Apesar de apresentarem as vantagens de suposições teóricas mais flexíveis, os testes não paramétricos podem, por vezes, ser pouco sensíveis, deixando passar despercebidas características quantitativas importantes das informações.

A criação do National Institute for Health, na década de 40, nos Estados Unidos, pode ser considerado um exemplo da notável contribuição de elementos com forte background matemático e estatístico a áreas que envolvem os estudos de caso-controle, estudos de corte e estudos transversais; a análise de dados discretos e dados categóricos; análise multivariada, ensaios biológicos e testes de segurança no uso de drogas, etc.

A influência da inferência estatística extravasa o plano teórico. A união da velha estatística à nova teoria probabilística amplia sobre maneira a sua aplicação à análise de dados empíricos. Agora é possível responder a questionamentos relativos a parâmetros populacionais através de um pequeno subconjunto, a amostra. Em procedimento tipicamente indutivo~ chegando-se a conclusões sobre uma população a partir do estudo de uma amostra~ a técnica de amostragem torna-se essencial.

Surge o problema de selecionar uma amostra mais representativa da população total, diante das limitações de custos e das possibilidades de perda de precisão na estimativa dos parâmetros. As técnicas de amostragem estão indissimuladamente vinculadas ao nome de W.G. Cochran que as sistematizou em 1953.

Embora de freqüente emprego em investigações populacionais, nem sempre o tratamento analítico dos dados é adequado ao tipo de procedimento utilizado para a seleção das unidades experimentais, resultando em sérios vieses de interpretação.

Com essa perspectiva, um seguro objeto de estudo da estatística aplicada nos próximos anos será o desenvolvimento de métodos de estimação e inferência compatíveis com as diferenças técnicas da amostragem. Vale insistir que esta questão não vem recebendo a devida consideração e são inúmeros os exemplos de inferências incorretas, conseqüentes ao corriqueiro tratamento de que sempre se está diante de amostras aleatórias simples.

A evolução das idéias no campo das ciências da vida levou à necessidade da criação de procedimentos estatísticos específicos. O conjunto desses procedimentos e métodos associados convencionou-se denominar Bioestatística.

O termo Bioestatística aparece primeiramente em 1923, em substituição à expressão "estatísticas vitais". Tem hoje significado mais abrangente e é considerada como a disciplina que trata da aplicação dos procedimentos estatísticos, descritivos e inferenciais aos problemas biológicos.

Sua aplicação às ciências médicas é particularmente é particularmente impulsionada por influência da publicação de Bradford RiU, *Principles of Medical Statistics*, em 1937. No que se refere à análise de dados epidemiológicos, a história da utilização do método indutivo quantitativo é estreitamente relacionada à questão da causalidade e à forma com que esta é tratada ao longo do tempo.

Embora seja atualmente uma das grandes fomentadoras da Bioestatística, a epidemiologia só vem a adotá-la como metodologia analítica em meados do presente século, a partir da consagração da teoria de multicausalidade. A abordagem de associações entre fatores ambientais e doença aparece desde o século XIX.

Vários pesquisadores, naquela época, além da caracterização quantitativa da situação de saúde de populações selecionadas, analisavam comunidades quanto às suas condições de saneamento, moradia, ocupação e nutrição. Mas as investigações em populações tiveram seu desenvolvimento enfraquecido nas primeiras décadas do século XX.

A teoria do germe que se impôs sobre a teoria miasmática adotou o critério laboratorial como o único válido para a verificação das hipóteses de unicausalidade. A quantificação adquire novamente papel importante a partir dos progressos obtidos na concepção da multicausalidade para doenças infecciosas.

Surgem os modelos matemáticos contemplando o agente causal e os fatores ambientais relacionados à sua transmissão. Procurando novos caminhos para ampliar sua capacidade explicativa na determinação das enfermidades, a epidemiologia encontra na inferência estatística o instrumental adequado para o teste de suas hipóteses.

A teoria da decisão enquadra-se perfeitamente no espírito positivista do raciocínio epidemiológico da época apresentando meios de provar empiricamente relações causais conjecturadas teoricamente. Nos anos 60~ os avanços da informática permitem 'O processamento de grandes massas de dados, estimulando a realização de investigações populacionais.

Surgem softwares ditos próprios para o tratamento de informações quantitativas das ciências sociais. Intensifica-se a aplicação dos modelos lineares à interpretação das associações epidemiológicas. Fortalecem-se os laços interdisciplinares, ocorre a chamada matematização da epidemiologia.

No decorrer das últimas décadas, os paradigmas da pesquisa epidemiológica têm sido expostos a intensos debates. O estabelecimento da causalidade através dos modelos tradicionais vem sendo colocado em questionamento, principalmente no que diz respeito à compreensão dos problemas de saúde cujos determinantes estão no interior das organizações sociais.

Um rápido exame de periódicos na área das ciências da vida nos dá uma idéia substancial da importância que é atribuída aos procedimentos estatísticos nessa área. Tomando como exemplo dois periódicos brasileiros da área da Saúde Pública, a Revista de Saúde Pública e os Cadernos de Saúde Pública, temos: 15 artigos publicados nos Cadernos de

Saúde Pública no ano de 1990/1 o semestre, dos quais 11 utilizaram algum tipo de procedimento estatístico e 17 artigos publicados na Revista de Saúde Pública no ano de 1990/2º semestre, dos quais 14 utilizaram procedimentos estatísticos.

Vale ressaltar, no entanto que o importante não é usar qualquer procedimento estatístico~ mas sim, quando couber, usar o procedimento estatístico adequado. Poucas universidades e/ou centros de pesquisa têm tido a preocupação de assegurar que seus esforços de pesquisa empreguem a estatística de uma maneira apropriada. Especificamente, muitas dessas instituições não possuem qualquer estrutura formal que ofereça a possibilidade de assessoria estatística a seus pesquisadores.

A assessoria estatística deve representar um esforço para qualificar a pesquisa, melhorando os aspectos estatísticos da mesma no que diz respeito ao desenho, à coleta, descrição, análise e interpretação dos dados. Ao mesmo tempo, dependendo da natureza do problema, a assessoria dá oportunidade ao estatístico de estabelecer idéias e propostas de novas metodologias e procedimentos.

A partir de tudo o que foi exposto acima, podemos concluir que a Estatística, bem como a matemática está imensamente ligada às questões típicas da área da Saúde Pública com um todo. Como foi descrito, desde os tempos mais remotos se tem notícias do uso dos números para quantificar, separar, medir, enfim, uma gama de procedimentos que vem evoluindo com a civilização humana.

Cabe também enfatizar, ainda que repetidamente, que a Estatística tem sido um ponto de apoio das ciências da saúde, pois condensa uma enorme quantidade de informações que antes ficavam soltas e espalhadas num compacto sistema onde é possível e rápido o seu acesso.

Para finalizar, queremos deixar claro que a Estatística só veio a somar, ou melhor, multiplicar as benfeitorias na Saúde e em todas as áreas de conhecimento existentes.

5.2 Interpretação e avaliação dos dados

TABELA 2

PROPORÇÃO DOS ASSOCIADOS POR IDADE QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA

Clase	fi	fri(%)	Fi	Fri(%)	Xi	fixi
221- 32	81	42,9	81	42,9	27	2187
321- 42	69	36,5	150	79,4	37	2553
421- 52	26	13,7	176	93,1	47	1222
521- 62	09	4,8	185	97,9	57	513
621- 72	04	2,1	189	100	67	268
	E= 189					E=6743

Fonte: EMURB, dados coletados pelas autoras.

Dos associados que participaram da pesquisa 42,9% se encontravam na faixa etária entre 22 e 31 anos e 36~% se encontravam na faixa etária entre 32 e 41 anos, assim analisando a média como medida de posição central percebemos que a idade predominante entre os entrevistados é de 35 anos.

TABELA 3

TOTAL DE ASSOCIADOS POR SEXO

Classe	Fi	fri(%)	Fi	Fi(%)
Homem	92	48,7	92	48,7
Mulher	97	51,3	97	100
	E= 189			

Fonte: EMURB/ SE, dados coletados pelas autoras.

Dos 189 entrevistados, 48,7 % são do sexo feminino e 51,3% são do sexo masculino. Onde houve praticamente um equilíbrio entre os sexos. O que nos dá uma melhor visão entre a prevalência da hipertensão no sexo masculino e feminino.

TABELA 4**ASSOCIAÇÃO POR SEXO ACIMA DA NORMALIDADE**

Classe	fi	fri(%)	Fi	Fri(%)
Homem	35	72,9	35	72,9
Mulher	13	27,1	48	100
	E= 48			

Fonte: EMURB/ SE, dados coletados pelas autoras.

Dos 189 participantes 48 se encontravam com a pressão arterial fora dos padrões da normalidade (139mmHg por 89mmHg), sendo que deste total 35 eram homens, ou seja, 72,9% e 13 eram mulheres o que representou 27,1%. A prevalência neste caso foi do sexo

masculino, pois a quantidade de associados entrevistados por sexo como pode ser percebido

na tabela 03, praticamente se equipara.

TABELA 5

PROPORÇÃO DE HOMENS POR IDADE ACIMA DA NORMALIDADE

Classe	fi	fri(%)	Fi	Fri(%)	Xi	fixi
22 I -	05	14,3	05	14,3	27	135
32 I- 42	13	37,1	18	51,4	37	481
42 I -	10	28,6	28	80,0	47	470
521- 62	05	14,6	33	94,3	57	285
621- 72	02	5,7	35	100	67	134
	E=35	100				E=1555

Fonte: EMURB/ SE, dados coletados pelas autoras.

Dos 35 homens com pressão arterial fora da normalidade 37,1 % se encontravam na faixa etária entre 32 e 41 anos e 28,6% se encontravam na faixa etária entre 42 e 51 anos. Mas se levarmos em consideração que apenas 04 associados se encontravam na faixa etária entre 62 e 71 anos e que destes 04, 02 se encontravam com a pressão arterial fora da normalidade, isso comprova que a pressão arterial tende a se elevar com a idade, o mesmo ocorre com a faixa etária dos 52 a 61 anos, onde só 09 entrevistados se encontravam nesta faixa etária e desses 09 associados 05 se encontravam com a pressão alterada.

TABELA 6

PROPORÇÃO DE MULHERES POR IDADE ACIMA DA NORMALIDADE

Classe	f _i	f _{ri} (%)	F _i	F _{ri} (%)	X _i	f _{ixi}
22 I -32	04	30,8	04	30,8	27	108
32 I -42	05	38,5	09	69,3	37	185
42 I -52	04	30,8	13	100	47	188
	E= 13	100				E=481

Fonte: EMURB/ SE, dados coletados pelas autoras.

Das 13 mulheres com pressão arterial fora da normalidade 30,8% se encontra na faixa etária entre 22 e 31 anos, 38,5% na faixa entre 32 e 41 e 30,8% na faixa entre 42 e 51.

Ao contrario do sexo masculino, houve um equilíbrio entre a idade das entrevistadas com pressão arterial alterada, isso comprova que apesar da pressão arterial tender a se elevar com a idade as mulheres são mais cuidadosas e disciplinadas com a saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da elaboração e execução do referido trabalho, constatamos que no universo pesquisado, um número significativo encontrava-se com a pressão arterial fora do limite da normalidade, considerando que a prevalência da hipertensão na população brasileira se situa

na casa de 15%, ou seja, existem 13 (treze) milhões de brasileiros hipertensos e, principalmente pelo fato da mesma não manifestar sintomas clínicos.

A hipertensão por ser uma doença silenciosa, onde o hipertenso normalmente não desenvolve sintomas, quando não é tratada a tempo poderá levar o indivíduo ao infarto agudo do miocárdio, bem com através dela é comum desenvolver outras patologias como, por exemplo: o acidente vascular cerebral, doenças isquêmicas, aneurismas nos vasos sanguíneos, aumento do coração, estreitamento dos vasos, endurecimento precoce das artérias, ruptura dos vasos sanguíneos, entre outras.

Percebemos ainda que as mulheres tendem a ser mais disciplinadas com a saúde, principalmente no que diz respeito a dieta e a adesão ao tratamento medicamentoso. Os dados, por sua vez, revelam também que a pressão arterial tende a ser discretamente maior para a população masculina adulta, o mesmo não é observado no sexo feminino, onde a pressão arterial das mulheres também tende a ser elevar com o passar dos anos, mas em menor frequência.

Assim diante dos dados analisados, que serão divulgados entre as pessoas que participaram da pesquisa, esperamos conscientizá-los da importância do diagnóstico precoce e diante de um quadro de hipertensão a importância da dieta, mudança do estilo de vida e da adesão ao tratamento, pois por se tratar de uma doença crônica, é preciso antes de qualquer coisa a aceitação e adesão do paciente, para se obter sucesso no tratamento.

REFERÊNCIAS

- BOWLING A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41 :1447-6.
- CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, vol. 6, nO L Rio de Janeiro, 1990.
- CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, vol. 8, nO L Rio de Janeiro, 1992.
- CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, v. 16, n° 1, Rio de Janeiro jan/mar, 2000. CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, v. 20, fi. 2, Rio de Janeiro mar/abr, 2004.
- CLEARY PD, WILSON PD, FLOWLER FI Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavior medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 191-204.
- COSTA NETO SB. **Qualidade de Vida dos Portadores de Câncer de Cabeça e Pescoço** [Tese de doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2002.
- EBRAHIM S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med* 1995;41:1383-94.
- GLADIS MM, GOSCH EA, DISHUK NM, CRITS-CRISTOPH P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:320-31.
- GOMES, M.aM. Diagnóstico e Classificação. **Revista Brasileira de Hipertensão** Vol. 09, nO 4, outubro 2002.

GOODMAN, LS. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 10º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2003.

GUIMARÃES. **Sobrepeso e Obesidade Fatores de Risco Cardiovascular**. Revista da sociedade brasileira de hipertensão. Vol. 04 nO 03 Rio de Janeiro 2001.

GUI TERAS AF, BAYÉS R. Desarrollo de un instrumento para la medida de da calidad de vida en enfermedades crônicas. In: Foros M, Anguera MT, organizadores. Aportaciones recientes a la evaluación psicológica. Barcelona: Universitas; 1993. p. 175-95.

INFORMATIVO 2006. **Informativo Interno de Comunicação da EMUB**.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia Básica e Clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2003.

MANUAL DE TERAPIA. **Manual de Cardiologia**. ano 0&. Disponível em: www.manuaisdecardiologia.med.br

NOBRE, Fernando; LIMA, Kilza - **Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critério diagnóstico**. IV Manula de Cardilogia SOCESP. 3. ed. Editora Atheneu, 2005.

PRESSÃO ARTERIAL 2005. **Pressão Arterial, Conceito, Variações da Pressã& Arterial**. Disponível em: [http:// www.seielosp.org/seielo.php?pid=50034](http://www.seielosp.org/seielo.php?pid=50034).

REV. LATINO-AM. ENFERMAGEM, vol. 6, n° 1. Ribeirão Preto,jan 1998.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization Soe Sei Med 1995; 41:1403-10.

Cadernos@ensp.fiocruz.br

revseol@fiocruz.br

www.biosaude.com.br

www.comciencia.br

www.google.eom.br

www.hipertensaoarterial.eom.

br

www.saudevidaonline.eom.

br

APÊNDICE

APÊNDICE A - Formulário de Pesquisa Aplicado à População em Estudo

HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA ABORDAGEM ESTATÍSTICA**FORMULÁRIO DE PESQUISA APLICADO À POPULAÇÃO EM ESTUDO**

Nº	Nome	Sexo	Nº Matricula	Idade	Pa	Obs

P.A – Pressão Arterial