



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

DIEGO FELIPE DE OLIVEIRA ASSIS

ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA:

Estudo entre pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica

**MACAPÁ
2019**

DIEGO FELIPE DE OLIVEIRA ASSIS

ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA:

Estudo entre pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, na área de concentração Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Adolfo Duarte Alberto.
Coorientadora: Profa. Dra. Francineide Pereira da Silva Pena.

**MACAPÁ
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborada por Cristina Fernandes – CRB-2/1569

Assis, Diego Felipe de Oliveira.

Atividade física e qualidade de vida: estudo entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica / Diego Felipe de Oliveira Assis ; Orientador, Álvaro Adolfo Duarte Alberto ; Coorientadora, Francineide Pereira da Silva Pena – Macapá, 2019.

80 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Hipertensão arterial sistêmica. 2. Qualidade de vida. 3. Atividade física. I. Alberto, Álvaro Adolfo Duarte, orientador. II. Pena, Francineide Pereira da Silva, coorientadora. III. Fundação Universidade Federal do Amapá. IV. Título.

616.132 A848a
CDD. 22 ed.

DIEGO FELIPE DE OLIVEIRA ASSIS

ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA:

Estudo entre pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, na área de concentração Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Adolfo Duarte Alberto.
Coorientadora: Profa. Dra. Francineide Pereira da Silva Pena.

DATA DE APROVAÇÃO 12/06/19

Demilto Y. da S.

Examinador: Prof. Dr. Demilto Yamaguchi Pureza
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ- UNIFAP

Anneli Mercedes Celis de Cardenas

Examinador(a): Prof.(a) Dr(a). Anneli Mercedes Celis de Cardenas
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ- UNIFAP

Érika Tatiane de A. Fernandes Rodrigues

Examinador(a): Prof.(a) Dr(a). Érika Tatiane de Almeida Fernandes
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ- UNIFAP

Álvaro Duarte

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Adolfo Duarte Alberto
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ- UNIFAP

**MACAPÁ
2019**

AGRADECIMENTOS

À Deus – o autor da vida e o maior Mestre.

À minha mãe, Edna de Oliveira, por todos os incentivos e inspiração.

Ao meu Pai, Roberto Assis, pelos ensinamentos da vida.

À minha esposa, Edinelma Assis, pelo apoio incondicional, nessa jornada e pela paciência em minhas ausências.... E pelo ainda falta muito?

À minha filha, Sarah Assis, que veio como presente de Deus durante o mestrado.

Ao meu Orientador Álvaro Alberto, pela sua aceitação e pelas experiências compartilhadas.

À minha coorientadora Francineide Pena, por toda sua dedicação e atenção destinada a mim, e pelo exemplo de profissional de excelência que és... na qual tive a oportunidade de conhecer.

Às minhas irmãs de orientação Sarah Lamarão e Andreia Carvalho pelos momentos de angústias compartilhados e pelas vitórias a cada etapa comemoradas.

À minha amiga Aline Ramos pelas parceria profissional da Universidade do Estado do Amapá (UEAP) e pela contribuição durante a minha licença.

À UEAP, pela oportunidade.

Ao professor Demilto Yamaguchi e Anneli Cardenas pelas valiosas críticas no exame de qualificação do projeto.

Aos participantes da pesquisa que gentilmente aceitaram em participar.

A equipe de profissionais da UBS-UNIFAP, pelo apoio e auxílio na coleta de dados.

E aos colegas da turma 2017.

RESUMO

A atividade física é estudada como um mecanismo não farmacológico de prevenção e de controle dos níveis de pressóricos, e contribui para promoção da qualidade de vida. Objetivo: Avaliar a relação entre os níveis de atividade física e os domínios da qualidade de vida em pessoas com hipertensão arterial sistêmica ativas fisicamente e as insuficientemente ativas. Material e Método: Estudo do tipo transversal, descritivo, exploratório. Foi aplicado um formulário para identificar o perfil demográfico, socioeconômico e estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial sistêmica; o questionário internacional de atividade Física – versão curta, para classificação do nível de atividade física (NAF) e Health Organization Quality of Life- versão abreviada (WHOQOL-bref), para avaliação da qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, em seguimento na Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá em uma amostra de 185 pessoas. Resultados: Cerca de 57,8% dos participantes atingem as recomendações de atividade física e 42,2% não atingem. Participantes que atingem as recomendações de prática de atividade física, apresentaram melhores resultados de qualidade de vida. Considerações Finais: Infere-se que nem sempre os bons níveis de atividade física estão relacionados a prática de uma atividade física sistematizada (exercício físico), em virtude do nível de atividade física englobar outros domínios da atividade física como por exemplo, as atividades domésticas.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Qualidade de Vida. Atividade Física.

ABSTRACT

The physical activity is studied as a nonpharmacological mechanism which avoids and controls the pressure and, also, contributes to quality of life. Aim: To evaluate the relationship between the levels of physical activity and the domains of quality of life in people with systemic hypertension physically active and the ones insufficiently active. Method and Material: Transverse, descriptive and exploratory study. There was a form to identify the demographic and socioeconomic profile and the lifestyle of people with systemic hypertension; the international questionnaire of physical activity - short version, to classify the level of physical activity and Health Organization Quality of Life, to evaluate the quality of life of the people with systemic hypertension, in the Basic Health Center of Federal University of Amapá with a sample of 185 people. Results: Approximately 57.8% of the participants achieve the recommendations of physical activity and 42.2% does not achieve. The ones who achieve the recommendations demonstrate better results of quality of life. Final Considerations: The levels of physical activity are not always related to the practice of an exercise, because this level covers other domains of physical activity as the domestic activities.

Keywords: Systemic Hypertension. Quality of Life. Physical Activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Síntese das principais recomendações mundiais para atividade física	17
Quadro 2 -	Classificação dos níveis de pressão arterial	18
Quadro 3 -	Classificação do nível de atividade física IPAQ.	25
Gráfico 1 -	Frequências de respostas às questões Q1 “Como você avaliaria a sua qualidade de vida?” (à esquerda) e Q2 “Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?”* (à direita) (N = 185).	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica, econômica e estilo de vida. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	30
Tabela 2 -	Caracterização quanto à hipertensão arterial. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	31
Tabela 3 -	Caracterização quanto à atividade física avaliação pelo IPAQ. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	32
Tabela 4 -	Confiabilidade das dimensões do WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	33
Tabela 5-	Caracterização das dimensões do WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	34
Tabela 6 -	Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a atividade física - IPAQ. Macapá, Amapá, Brasil, 2019 (N= 185).	35
Tabela 7 -	Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – Domínio Físico WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	37
Tabela 8 -	Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – Domínio Psicológico WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	38
Tabela 9 -	Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – Domínio Relações Sociais WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	39
Tabela 10 -	Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – Domínio Meio Ambiente WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	40
Tabela 11 -	Associação da qualidade de vida com a atividade física - IPAQ. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidentes Vasculares Encefálicos
ACSM	<i>American College of Sports Medicine</i>
AF	Atividade Física
CID	Código Internacional de Doença
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio-padrão
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
<i>IOM</i>	<i>Institute of Medicine</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M	Média
NAF	Nível de Atividade Física
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionado à Saúde
GPAQ	Questionário Global de Atividade Física
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality Of Life</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1. ATIVIDADE FÍSICA E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	16
3.2 QUALIDADE DE VIDA E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	20
3.3 ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA.....	21
4 MATERIAL E MÉTODO	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 LOCAL DO ESTUDO	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	24
4.4 PERÍODO DE ESTUDO	24
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	24
4.5.1 Critérios de Inclusão	24
4.5.2 Critérios de Exclusão	25
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	25
4.6.1 Procedimento para Coleta de Dados	27
4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.7.1 Siglas da análise dos dados	29
4.8 ÉTICA EM PESQUISA	29
5 RESULTADOS	30
5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICA E ESTILO DE VIDA DA AMOSTRA ESTUDADA.....	30
5.2 ATIVIDADE FÍSICA.....	32
5.3 QUALIDADE DE VIDA	32
5.3.1 Confiabilidade da escala WHOQOL-bref	32
5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE OS DADOS.....	35
5.4.1 Associação entre variáveis sociodemográficas, econômicas e estilo vida com atividade física	35

5.4.2 Associação entre variáveis sociodemográficas, econômicas e estilo de vida com os domínios de qualidade de vida.....	36
5.5 ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM A ATIVIDADE FÍSICA.....	41
6 DISCUSSÃO	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXO A- Questionário Internacional De Atividade Física – Versão Curta.....	69
ANEXO B - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida	71
ANEXO C- Certificado Cep	75
ANEXO D-Termo de Autorização para Realização de Pesquisa	76
APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido.....	77
APÊNDICE B- Questionário- Perfil da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica	79

1 INTRODUÇÃO

Ao final do século XX países desenvolvidos e emergentes apresentam o mesmo problema de saúde pública: altas prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis, que apresentam entre os fatores de risco, comportamentos específicos que podem ser reversíveis. A inatividade física é um desses comportamentos. A urbanização, o conforto e automação das cidades que foi determinante para o aumento da expectativa de vida, acabou favorecendo um comportamento sedentário (TURI, 2015).

As doenças crônicas não transmissíveis podem ser controladas pelo estímulo da prática de atividade física, que acaba tendo um papel importante nesse processo (MIELKE *et al.*, 2015). A atividade física apresenta papel importante no processo de prevenção e de controle de doenças crônicas não transmissíveis, portanto, tem sido associada como fator de proteção para a saúde desde a década de 50. Dentre os seus benefícios pode-se citar à redução de doenças crônicas e à diminuição do peso em adultos praticantes de atividade aeróbica durante a vida (SHIROMA; LEE, 2010; HARATI *et al.*, 2010; DONNELLY *et al.*, 2009).

A partir da compreensão que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para a mortalidade no mundo, é possível compreender que a prática da atividade física é uma ferramenta fundamental para políticas de promoção da saúde (MALTA *et al.*, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível que tem como característica a elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, com frequência é associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Também é associada às modificações metabólicas, ocasionando riscos de acidentes cardiovasculares, que podem ser fatais ou não. Nos Estados Unidos a hipertensão arterial responde por 51% dos Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e por 45% das mortes cardíacas (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Nos últimos 40 anos houve aumento de pessoas acometidas por níveis mais elevados de pressão arterial, observa-se que este perfil passa dos países ricos para países de baixa renda no sul da Ásia e na África subsaariana. Entretanto, a Europa central e ocidental ainda apresenta alarmantes quantitativos de pessoas com níveis elevados de pressão arterial, enquanto a Coreia do Sul e Canadá apresentam níveis

mais baixos. Em 1975, cerca de 594 milhões de pessoas tinham hipertensão arterial sistêmica. Estima-se que em 2015 o número de adultos com hipertensão arterial sistêmica tenha sido de 1,1 bilhão de pessoas, sendo a Ásia responsável pelo número de 590 milhões de hipertensos, destes 226 milhões estão na China e 199 milhões na Índia. O Canadá, Grã-Bretanha, Peru e Cingapura, foram os países que menos apresentaram pessoas com hipertensão (ZHOU *et al.*, 2017)

No Brasil, cerca de 32,5% dos adultos e mais de 60% dos idosos, apresentam hipertensão arterial sistêmica, o que equivale a 36 milhões de pessoas (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A região Norte do Brasil apresenta uma proporção de 14,5% de pessoas de 18 anos ou mais com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito de base populacional realizado em 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A investigação realizada pelo Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis pelo inquérito telefônico (VIGITEL) realizado nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, em 2016, constatou que o percentual de pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial, cresceu de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016. Em Macapá, capital do estado do Amapá, esse percentual em 2006 era de 15,6% e em 2016 foi 17,6% (BRASIL, 2017).

Sabe-se que a presença de alguns fatores de risco de doenças crônicas causa impacto significativo na qualidade de vida das pessoas (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2013). O termo qualidade de vida (QV) é amplo, podendo variar de significados, devido ser uma percepção acima de tudo humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental até mesmo a própria estética existencial (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Por ser um conceito amplo, qualidade de vida, pode ser aplicado de diferentes maneiras, de acordo com o interlocutor, o local e a época. Podendo estar ligada à política, à economia, à ergonomia, relacionada à saúde e ao trabalho, pois suas diversas vertentes estão distribuídas em múltiplas áreas de estudo. Na medicina o termo é empregado para se referir a experiências individuais que tenham relação com a saúde e aos cuidados em saúde. Desta forma o termo qualidade de vida relacionado à saúde (QVRS), é usado como sinônimo da QV (SANTOS *et al.*, 2015).

Santos *et al.* (2015) afirmam que os dados gerados de uma pesquisa de QVRS, em uma população homogênea, podem ser usados para identificação da necessidade saúde das pessoas. Pressupondo que ao conhecer as necessidades de um grupo populacional, é possível estabelecer estratégias de promoção de saúde de forma mais objetiva.

O tema qualidade de vida no âmbito da saúde tem o seu foco mais importante no conceito de promoção da saúde. Pois, acredita-se que os profissionais que atuam na área podem ter uma influência direta, seja aliviando a dor, o mal-estar, as doenças. Ou intervindo nos agravos que podem gerar desconfortos e dependências (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A prática de uma atividade física regular e sistematizada apresenta benefícios para a manutenção da qualidade de vida das pessoas, no entanto, a quantidade de pessoas insuficientemente ativas e hipertensas vem aumentando. A prática de atividade física traz benefícios na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Qual a relação entre os níveis de atividade física e os domínios de qualidade de vida em pessoas com hipertensão arterial sistêmica ativas fisicamente e as insuficientemente ativas?

O tema pesquisado decorre de questionamentos levantados durante a prática profissional de orientação de atividades físicas nos momentos de lazer, quando se passou a refletir sobre a melhora da qualidade de vida das pessoas com hipertensão arterial sistêmica ao praticarem atividades físicas, o que despertou o interesse e evidenciou a relevância de pesquisar sobre o construto qualidade de vida nas pessoas com HAS, procurando no referido construto parâmetro para ajudar na avaliação clínica e análise do impacto que a HAS pode causar nas pessoas acometidas.

Com isso, em virtude dos altos índices da prevalência da hipertensão arterial no Amapá, e por ser uma doença silenciosa que traz sérios riscos físicos a saúde, e graves problemas sociais e ainda altos gastos econômicos, afetando inclusive a qualidade de vida dessas pessoas, se justifica estudos sobre a relação entre atividade física e qualidade de vida em pessoas com HAS, haja vista que a atividade física é um recurso não farmacológico importante para o controle da pressão arterial e para a manutenção da qualidade de vida.

Percebe-se que existem poucas publicações na literatura, sobre os hábitos de atividade física de pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Apesar de que, possa se especular que uma quantidade significativa de hipertensos não pratica uma atividade física sistematizada no tempo livre.

Estudos sobre a qualidade de vida em pessoas com HAS ativas e insuficiente ativas são escassos na literatura. Por isso, pesquisas que apresentem resultados encontrados pela comunidade científica, podem ser usados como suporte para o planejamento e implementação de políticas públicas no enfrentamento da inatividade física e também da hipertensão arterial, pois, é necessário conhecer o perfil desse público, o nível da atividade física entre outros fatores.

Assim a os resultados advindos do estudo ora proposto poderá produzir dados que apresentem resultados significativos para a população amapaense, contribuindo para melhorar a prestação de serviço às pessoas com HAS e para a prevenção de surgimento de novos casos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação entre os níveis de atividade física e os domínios da qualidade de vida em pessoas com hipertensão arterial sistêmica ativas fisicamente e as insuficientemente ativas, por meio do questionário internacional de atividade física (IPAQ) e através do questionário *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL-bref).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil demográfico, social, econômico e estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial sistêmica;
- Identificar o nível de atividade física (NAF) da população que foi investigada;
- Identificar os domínios de qualidade de vida em pessoas com hipertensão arterial sistêmica;
- Relacionar os níveis de atividade física e a percepção de qualidade de vida com os dados demográficos, sociais, econômicos e de estilo de vida da amostra;
- Comparar os domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiental da qualidade de vida em pessoas com hipertensão arterial consideradas ativas e insuficientemente ativas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1. ATIVIDADE FÍSICA E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A frequência com que o termo atividade física é encontrado em publicações especializadas, permite conferir a consolidação da atividade física enquanto área da saúde no Brasil. Ao se comparar as publicações relacionadas ao tema da atividade física e saúde entre 2003 e 2013 observou-se um aumento de 313% quando comparado às demais áreas da Educação Física (KIENTEKA *et al.*, 2014). Evidenciando assim a importância dessa temática para os profissionais da área de Educação Física.

As atividades corporais que geram o dispêndio de energia ou gasto calórico, pode ser definida como atividade física. São classificadas de dois tipos: não estruturada e a estruturada. A não estruturada são as atividades do cotidiano, sem a necessidade de organização dessa atividade ou planejamento. Desta forma, pode-se incluir o andar na rua, subir escadas, realizar os trabalhos domésticos, caminhar para o trabalho, passear com o cachorro e etc. Já atividade física estruturada é planejada e organizada com exercícios físicos sistematizados com um objetivo específico, sendo estes, ginástica, musculação, natação e hidroginástica e outros (ARENA, 2009; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Neste sentido, o termo sedentário geralmente tem sido definido como aquele indivíduo que gasta menos de 150 minutos por semana em atividade física, sendo associado a falta de exercício. Entretanto, a origem da palavra vem do latim *sedere* (sentar), assim, este termo deveria ser usado para enfatizar a característica daquele que senta muito e o termo comportamento sedentário para caracterizar aquele indivíduo que não consegue atender as recomendações de saúde para a prática de atividade física. Como formas de ilustrar o comportamento sedentário, tem-se o ato de usar o computador, andar de carro, jogar videogame, assistir televisão e etc. As pesquisas sugerem que o tempo exposto ao comportamento sedentário, é um importante indicador dos níveis de atividades físicas no tempo disponível para o lazer (AMORIM; FARIA, 2012).

Desta forma, quando se referir ao termo “exercitar-se pouco” é recomendável o uso do termo inatividade física, que se refere a circunstância de não alcançar os

níveis mínimos recomendados de atividade física de intensidade moderada ou vigorosa pelas diretrizes de saúde pública (MENEGUCI *et al.*, 2015).

Os mesmos autores, afirmam que o termo sedentário não deve ser utilizado para caracterizar os indivíduos que não cumprem as recomendações de prática de atividade física, e sim propõe o uso do termo insuficientemente ativo para caracterizar as pessoas que não atendem as recomendações (MENEGUCI *et al.*, 2015).

De acordo com o estudo de Lima, Levy e Luiz (2014), sobre as recomendações para atividade física e saúde, para comparar o resultado da classificação de atividade física segundo as diretrizes internacionais, foram encontradas as seguintes metas disposta no Quadro 1:

Quadro 1 – Síntese das principais recomendações mundiais para atividade física.

Entidade/Grupo	Metas recomendadas
<i>Institute of Medicine (IOM)/2004</i>	60 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
<i>Advisory Committee on International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)/2005</i>	30 minutos de atividade física moderada 5 ou mais dias por semana; 20 minutos de atividade física vigorosa 3 ou mais dias por semana; ou qualquer combinação de intensidade, desde que atinja o mínimo de 600 MET-minutos/semana
<i>American College of Sports Medicine (ACSM)/2007</i>	30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana; ou 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 dias por semana, em sessões de pelo menos de 10 minutos de duração
União Europeia/2008	30 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
Organização Mundial da Saúde (OMS)/2010	150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana em sessões de pelo menos 10 minutos de duração
Inativo: para todas as recomendações, foram consideradas inativas as pessoas que não praticam nenhuma quantidade de atividade física. Ativo insuficiente: quando realiza atividade física abaixo do nível recomendado. Ativo: quando alcança as metas recomendadas. Muito ativo: quando ultrapassa as metas recomendadas.	

Fonte: Lima, Levy e Luiz (2014).

A mensuração da atividade física se faz necessária, por apresentar estudos com dados que demonstram que pode auxiliar na promoção da qualidade de vida. O gasto energético pode ser avaliado por informações fornecidas pelas pessoas (questionários), por dados fisiológicos e por sensores de movimento. Os questionários

são mais utilizados tendo em vista o menor custo, agilidade na aplicação e facilidade na coleta de informações (SHIROMA; LEE, 2010).

O questionário internacional de atividade física (IPAQ) é um instrumento de medida de atividade física, foi inicialmente proposto por um grupo de trabalho de pesquisadores durante uma reunião científica na Suíça em 1998. Foram desenvolvidas oito formas de classificação do questionário (MATSUDO *et al.*, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolveu em 2002, o questionário global de atividade física (GPAQ), com o objetivo de monitorar os fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, observando os níveis de atividade física (CLELAND *et al.*, 2014).

Sabe-se que a atividade física é um mecanismo de prevenção e controle dos níveis de pressão arterial, contribuindo para melhoria da qualidade de vida. A atividade física traz benefícios bastante significativos, mesmo se for realizada em intensidades relativamente baixas, à medida que essa atividade aumenta os riscos de adquirir alguma patologia diminui (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A hipertensão arterial é um dos problemas de saúde pública que exige maior atenção, pois apresenta número elevado de casos e baixas taxas de controle. A detecção, o tratamento e o controle da hipertensão arterial são fundamentais para a redução de riscos cardiovasculares (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A pressão arterial possui limites normais considerados arbitrários, mas existem valores que classificam o comportamento da pressão arterial em pessoas maiores de 18 anos, através de medidas em consultórios ou casuais, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação dos níveis de pressão arterial

Classificação	Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica
Normal	≤120 (mmHg)	≤ 80 (mmHg)
Pré-Hipertensão	121-139 (mmHg)	81-89(mmHg)
Hipertensão Estágio 1	140-159 (mmHg)	90-99 (mmHg)
Hipertensão Estágio 2	160-179 (mmHg)	100-109 (mmHg)
Hipertensão Estágio 3	≥180 (mmHg)	≥ 110 (mmHg)
Quando a Pressão Arterial Sistólica e a Pressão Arterial Diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da Pressão Arterial.		

Fonte: Malachias *et al.* (2016).

Malachias *et al.* (2016) na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial recomenda a prática de atividade física de 5 a 7 dias na semana para todas as pessoas com hipertensão arterial. Sendo 30 minutos de atividade física moderada, praticados em 30 minutos seguidos ou acumulados em 2 períodos de 15 minutos ou 3 períodos de 10 minutos por dia.

O exercício físico caracterizado por um treinamento individualizado, que é uma atividade física estruturada, pode trazer benefícios adicionais no tratamento da hipertensão arterial, na melhora dos níveis pressóricos. Os exercícios aeróbicos é o mais recomendado para a prevenção e para o tratamento da hipertensão arterial. Estudos sobre os exercícios de treinamento resistido dinâmico e estáticos, apresentam certas limitações, recomendando-se o treinamento resistido dinâmico em complementação aos exercícios aeróbicos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em relação aos exercícios físicos aeróbicos Malachias *et al.* (2016) recomenda a prática de modalidades como: caminhada, corrida, dança, natação e etc. pelos menos 3 vezes na semana, sendo o ideal 5 vezes na semana. Durante pelo menos 30 minutos seguidos, sendo o ideal entre 40 e 50 minutos de duração por dia, em uma intensidade considerada moderada.

O treinamento resistido é recomendável em complemento ao exercício aeróbico para pessoas com hipertensão arterial. A frequência semanal seria de 2 a 3 vezes. Com a prática de 8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares, prioritariamente executado de maneira unilateral. De 1 a 3 séries, com 10 a 15 repetições, com pausas longas de 90 a 120 segundos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A prática de atividade física sistematizada traz inúmeros benefícios a saúde. Cunha *et al.* (2012) relataram que o treinamento resistido moderado e leve, promoveram benefícios cardiovasculares em idosas hipertensas. Paulo Carvalho *et al.* (2013), afirmam que após o término de sessões de treinamentos de exercícios aeróbicos e resistidos, foi observada a redução da pressão arterial.

Em seus estudos Zaar, Reis e Sbardelotto (2014) constataram que um programa de condicionamento físico realizado durante 24 meses, contribuiu para a redução da pressão arterial, do índice de adiposidade e do perímetro da cintura em pessoas pré-hipertensas, demonstrando que o programa de atividade física sistematizada é uma estratégia segura e de baixo custo na prevenção e controle de doenças cardiovasculares.

3.2 QUALIDADE DE VIDA E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Por ser percepção humana, a qualidade de vida se apresenta diferente de pessoa para pessoa, e também é alterado conforme o cotidiano vivenciado associado ao ciclo vital. Entretanto, na literatura é possível perceber pontos em comum entre os estudiosos da temática, como os vários fatores que influencia a qualidade de vida de uma pessoa ou de uma comunidade. Como por exemplo: estado de saúde, longevidade, satisfação, prazer e até mesmo o aspecto espiritual (NAHAS, 2001).

Neste contexto, como forma de mensurar e sistematizar a percepção de qualidade de vida, diversos instrumentos têm sido elaborados na tentativa de apreender melhor e analisar a qualidade de vida como medida quantitativa, pois QV é componente essencial para os serviços de saúde na atenção a ser elaborada e implementada, para melhor atendimento e seguimento da pessoa com HAS. Esses instrumentos podem ser classificados em genéricos ou específicos.

Os genéricos são multidimensionais com o objetivo analisar o impacto causado por uma doença, através de vários aspectos (capacidade funcional, dor, aspectos físicos, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos sociais e emocionais e saúde mental). Podem ainda serem utilizados para verificar a eficácia de políticas públicas e programas de saúde ou para comparar duas enfermidades distintas. Os instrumentos específicos também são multidimensionais e conseguem avaliar a percepção geral de qualidade de vida, porém, dão ênfase aos sintomas, incapacidades ou limitações relacionados a determinada doença (AGUIAR *et al.*, 2008).

Ao avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, Silva (2014) constatou que mulheres possuem uma pior qualidade de vida relacionada à saúde em relação ao domínio do estado mental do instrumento MINICHAL, observou que os hipertensos classificados como sedentários pelo estudo, quando comparados com aqueles que praticam atividade física possuem uma qualidade de vida relacionada à saúde inferior. Foi encontrada uma prevalência de 35,5% de obesidade entre os hipertensos, sendo que do domínio de manifestações somáticas observou-se uma qualidade de vida inferior nos hipertensos obesos.

Em estudo realizado por Virginia de Carvalho *et al.* (2013), avaliaram a qualidade de vida em pacientes hipertensos comparando com a população em geral. Em seus resultados observou-se que os indivíduos normotensos apresentaram melhor qualidade de vida relacionada à saúde quando foram comparados com hipertensos.

Portanto, a hipertensão arterial influencia negativamente a qualidade de vida de seus portadores.

A pesquisa para avaliar o efeito do tratamento exclusivo com exercício físico na pressão arterial e qualidade de vida de hipertensos, realizada por Bundchen *et al.* (2013), concluíram que o tratamento exclusivamente por meio de exercício físico na comparação com tratamento farmacológico convencional, possibilitou idêntico controle de pressão arterial e melhora de percepção de qualidade de vida.

3.3 ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida abriga diversos significados, sendo formado por conhecimentos, vivências, valores, que ligam a diversas épocas, espaços e histórias. Sendo desta forma uma construção social marcada pela relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Na contemporaneidade vem ganhando destaque o estudo da qualidade de vida das pessoas. Porém, deve-se levar em consideração a complexidade e a multidimensionalidade desse tema que envolve aspectos objetivos e subjetivos. (SANTOS; SIMÕES, 2012).

O conceito de atividade física segundo Santos e Simões (2012) é complexo e multidimensional, sendo plausível entender que todo esporte é uma atividade física, mas nem toda atividade física é um esporte, o mesmo raciocínio pode-se ter em relação ao exercício físico.

Atualmente existe uma concepção fomentada que a atividade física, o exercício físico e práticas esportivas influenciam de maneira positiva a qualidade de vida de seus praticantes. Desta forma, percebe-se que medir e avaliar a qualidade de vida das pessoas é trabalho bastante intenso. Porém não tem como evitar de refletir sobre a relação entre atividade física e qualidade de vida dos indivíduos (SANTOS; SIMÕES, 2012).

Em uma revisão sistemática nas bases Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) foram encontrados 38 estudos que fizeram associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. Entre os anos 1980 e 2010. Destes 5% apresentaram a hipertensão arterial sistêmica como uma condição clínica estudada. A maior parte dos estudos foram publicados a partir de 2003. O domínio mais investigado da

atividade física foi o lazer, convergindo com a literatura, demonstrando assim que esse domínio contribui positivamente para a promoção da saúde (PUCCI *et al.*, 2012).

Ainda na mesma revisão, verificou-se que o maior nível de atividade física foi associado à melhor percepção de qualidade de vida em idosos, adultos aparentemente saudáveis ou em diferentes condições de saúde. Existe carência de estudos voltados para essa temática na América Latina; O questionário internacional de atividade física (IPAQ) foi a escala mais utilizada para avaliar o nível de atividade física. O WHOQOL-bref foi o terceiro instrumento mais utilizado para avaliar a qualidade de vida (PUCCI *et al.*, 2012).

Omorou *et al.* (2013) realizaram um estudo para verificar a contribuição do esporte para a associação entre atividade física e qualidade de vida. Eles verificaram o esporte estava quase sempre associado a melhor qualidade de vida.

Em 2006, o Ministério da Saúde, criou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), objetivando proporcionar a qualidade de vida e diminuir os riscos relacionados à saúde aos seus determinantes e condicionantes. A prática corporal/atividade física foi escolhida como um dos eixos prioritários dessa política (MALTA *et al.*, 2014).

Em 2011 foi criado o programa academia da saúde, apresentando a prática corporal/atividade física como eixo central de suas ações. Em 2012, no plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a inatividade física foi destacada como um dos principais fatores de riscos modificáveis de DCNT. Em relação a mobilização social e divulgação, o Ministério da Saúde procura divulgar os resultados de suas pesquisas em massa e promovido ações em prol do dia da atividade física, que é comemorado no dia 05 de abril (MALTA *et al.*, 2014).

Houve um avanço em relação a promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com a institucionalização da prática da promoção da atividade física. Deixando claro que o processo ainda não se consolidou, mas, expressa uma tendência na gestão em saúde. Pois, o campo da promoção ainda tem um longo caminho a percorrer, mas, pelo fato de haver uma programação orçamentária, financiamento, vigilância de fatores de risco de DCNT, aumentos de parcerias, capacitação de profissionais e uma mobilização social, o Brasil já mostra um avanço (MALTA *et al.*, 2014).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo do tipo transversal descritivo, exploratório. O estudo em questão se caracteriza por coleta de dados em um determinado momento em uma população definida para o estudo, com proposição de análise de diferentes variáveis simultaneamente em determinado período, caracterizando assim um estudo transversal (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A necessidade de caracterizar a população de pessoas com HAS e os domínios de qualidade de vida e os níveis de atividade física, buscando estabelecer relações entre as variáveis (GIL, 2008), levou a escolha do estudo descritivo. Entretanto, para desenvolver e esclarecer conceitos, ideias e favorecer maior proximidade do tema ora proposto e assim tornar o problema do estudo mais explícito (GIL, 2008), foi utilizado o estudo exploratório.

Através da delimitação do tema e objetivo geral do estudo, associados aos instrumentos que foram utilizados na coleta dos dados, pode-se estabelecer a abordagem do tipo quantitativa, pois se buscou trabalhar e apontar numericamente a frequência e a intensidade dos fenômenos pesquisados de um determinado grupo de pessoas com HAS, ou seja, subsidiou-se na linguagem matemática para fazer a análise e descrição dos resultados, as ferramentas estatísticas foram aplicadas com rigor para que houvesse a sustentabilidade científica.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Macapá, capital do Estado do Amapá, mais precisamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). A escolha da referida UBS se deu devido ser referência no atendimento e seguimento de pessoas com doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, dentre as quais está a HAS, cumprindo o que recomenda o Ministério da Saúde no programa Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) atualmente e-SUS, destinado atender pessoas com HAS e Diabetes Mellitus, bem como todos os eventos de saúde/doença na atenção primária a saúde.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir do cadastro constituído de 68 pessoas em seguimento na UBS e 190 pessoas em seguimento nas duas equipes Estratégia da Saúde da Família (ESF), vinculadas a UBS, todas com diagnóstico de HAS.

A amostra foi do tipo probabilística por alocação do tipo aleatória simples. Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado a calculadora amostral, onde se definiu o valor de nível de confiança desejado em 95% e o erro máximo desejado em 5%.

O tamanho da população de estudo estabelecido foi finito e conhecido no valor de 258, a amostra corrigida com base na população do estudo, foi de 185 pessoas com HAS. Deste modo, a amostra foi definida em que $n=185$ pessoas com HAS, que por seleção aleatória simples foram convidadas a participar do estudo ora proposto.

Como margem de segurança, na eventualidade de perda por qualquer motivo de pessoas para participar do estudo, foi acrescentado mais 10% na amostra, acrescentando 18 pessoas a mais, somando 203 pessoas. Esse acréscimo se fez necessário por garantir que, mesmo na ocorrência de possíveis perdas, o nível de confiança se mantivesse em 95%.

4.4 PERÍODO DE ESTUDO

O período do estudo foi no decorrer do ano de 2018, em que a coleta de dados foi realizada nos meses de março a dezembro do referido ano.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.5.1 Critérios de Inclusão

- Pessoas cadastradas e em seguimento na UBS e ESF;
- Apresentou diagnóstico médico-clínico com código internacional de doença (CID) de hipertensão arterial;
- Idade igual ou maior a 18 anos;
- E aceitou participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

4.5.2 Critérios de Exclusão

- Pessoas que apresentaram diagnóstico médico-clínico com código internacional de doença (CID) de transtorno mental.
- Apresentaram dificuldades de manter comunicação verbal impossibilitando a coleta de dados fidedigna;
- Apresentou avaliação médica que restringe a prática de atividades físicas;
- Ter dificuldades de locomoção;
- Acamados em seguimento pela ESF.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados:

1. Questionário Perfil da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): para caracterizar o perfil da população estudada, foram considerados os seguintes dados: demográficos, sociais, econômicos, estilo de vida, dados da hipertensão (APÊNDICE B).

2. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), Versão Curta: para classificação do (NAF), (ANEXO A). Este instrumento, investiga o tempo das atividades cotidianas durante 7 dias. Na versão curta envolve comportamento sedentário, caminhadas, atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa.

O padrão de atividade definido pelo comitê consultivo do IPAQ é composto por: No mínimo 20 minutos de atividade física vigorosa por dia durante 3 ou mais dias por semana; ou pelo menos 30 minutos de atividade física moderada por dia, durante 5 ou mais dias por semana (LIMA; LEVY; LUIZ, 2014).

Quadro 3 – Classificação do nível de atividade física IPAQ.

(Continua)

Classificação	Recomendações
Muito Ativo	a) ATIVIDADE FÍSICA (AF) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.
	b) AF VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + AF MODERADA e/ou
	c) CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

Quadro 3 – Classificação do nível de atividade física IPAQ.

(Conclusão)

Classificação	Recomendações
Ativo	a) AF VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou
	b) AF MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou
	c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).
Irregularmente ativo: aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação.	Irregularmente Ativo A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade: a) Frequência: 5 dias /semana ou b) Duração: 150 min / semana
	Irregularmente Ativo B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.
Sedentário	Aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Fonte: Centro coordenador do IPAQ no Brasil (2001).

3. Questionário *World Health Organization Quality of Life 1996* (WHOQOL-bref) é um instrumento classificado como genérico, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja finalidade é a avaliação da percepção das pessoas sobre qualidade de vida (ANEXO B), a partir de construção subjetiva multidimensional (física, psicológica, relacionamento social e percepção sobre o ambiente), compostos por elementos positivos e negativos. Esse questionário foi validado no Brasil e em mais de 25 países, apresenta boa capacidade de mensurar a qualidade de vida além de ser um questionário transcultural, pois, foi construído em grupos focais de diferentes culturas.

O WHOQOL-bref considera as duas últimas semanas vividas pelo respondente e está composto por 26 facetas, sendo as primeiras estão relacionadas a questões gerais de qualidade de vida e as demais compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK *et al.*, 2000).

Cada domínio tem um número de facetas que tem por objetivo avaliar as percepções de cada domínio para a QV, assim, o domínio físico (sete facetas), o domínio psicológico (seis facetas), as relações sociais (três facetas) e o meio ambiente onde a pessoa está inserida (oito facetas), totalizando 24 facetas (FLECK *et al.*, 2000).

As respostas seguem uma avaliação por escala de *Likert* com escores, que variam de 1 a 5, sendo quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Os domínios apresentam uma variação de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação melhores os resultados de percepção, que traduz melhor a QV (GUIMARÃES *et al.*, 2012; FLECK, 2000).

4.6.1 Procedimento para Coleta de Dados

A escolha das pessoas que foram selecionadas foi por catalogação dos prontuários, em que todas que foram incluídas foram questionadas se queriam participar da pesquisa.

A UBS da UNIFAP apresenta dois seguimentos de pessoas com hipertensão, um em que os pacientes fazem seguimento pelas equipes de Estratégia Saúde da Família. E outro da UBS que são pacientes que não estão incluídos na ESF, que fazem seguimento da hipertensão em consultas com médicos e/ou enfermeiros da UBS.

A coleta com as pessoas com HAS da ESF foi realizada através de aplicação dos questionários individualizados, o convite foi feito para os pacientes através de visitas domiciliares que eram realizadas pelo pesquisador na companhia dos agentes comunitários de saúde das unidades da ESF. Na primeira visita era agendada uma posterior a ser realizada somente pelo pesquisador para aplicação dos questionários para as pessoas com HAS que apresentaram grau de escolaridade baixo, o que dificultou a leitura dos questionários ou para recolhimento dos questionários que foram respondidos pelas pessoas com HAS que apresentaram grau de escolaridade bom e que conseguiram ler e responder sozinhos, com a presença do pesquisador, para esclarecer dúvidas que surgissem em algum item de resposta de algum dos questionários.

Já as pessoas com HAS cadastradas na UBS foram abordadas no momento em que foram para consultas de rotina com médicos ou enfermeiros, ou nos dias que frequentavam o grupo de apoio a doenças crônicas da UBS. Caso não houvesse disponibilidade de tempo para a entrevista naquele mesmo dia, o pesquisador fazia um agendamento para outro dia, a fim de realizar uma visita domiciliar com a finalidade de realizar a coleta de dados.

Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitado a assinatura ou coleta da digital no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando

o pesquisador de posse de uma via e outra sendo entregue para o participante da pesquisa.

4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, de análise exploratória de dados, que consiste em resumir e descrever os dados, através de construção de gráficos ou tabelas, buscando um padrão ou modelo para orientação em análises posteriores. Como forma complementar para descrever e explorar os dados como medidas de tendência central foram utilizadas a média aritmética e a medida de desvio padrão, que oferece informações sobre a dispersão de valores, fornecendo assim informações mais complementares (BARBETTA, 2014).

Foi utilizada a estatísticas inferencial, cujo objetivo foi obter uma afirmação com base em uma amostra de uma determinada população, generalizando resultados da parte para o todo (BARBETTA, 2014).

O tratamento e análise de dados foram realizados com o programa de análise estatística IBM SPSS, versão 22 para *Windows*.

A caracterização das variáveis em estudo foi feita através da média e do desvio-padrão (variáveis quantitativas) e de frequências absolutas (n) e relativas (%) (variáveis qualitativas).

A confiabilidade dos domínios da qualidade de vida (Escala WHOQOL-bref) foi avaliada através do Alpha de Cronbach. Foram seguidas as recomendações propostas por Hair Junior *et al.* (2010): o Alpha de Cronbach deve ser superior a 0.70, sendo aceitável acima de 0.60.

A normalidade dos dados foi avaliada através do Teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados indicaram que as variáveis em estudo não têm distribuição normal. Assim, para avaliar a significância das relações entre variáveis foram utilizados testes estatísticos não paramétricos. Foram utilizados os seguintes testes estatísticos:

- Teste de Mann-Whitney – para comparar os escores dos domínios da QV entre dois grupos independentes;
- Teste de Kruskal-Wallis – para comparar os escores dos domínios da QV entre três ou mais grupos independentes;
- Coeficiente de Correlação de Spearman – para estudar a correlação dos domínios da QV com os dados sociodemográficos.

Foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, as relações e diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0.05 ($p < 0.05$). Foram ainda destacados os casos com significância estatística ao nível de 10% ($p < 0.10$).

4.7.1 Siglas da análise dos dados

- M – Média;
- DP – Desvio-padrão;
- p – valor de significância dos testes estatísticos;
- R – Coeficiente de Correlação de Spearman;
- QV – Qualidade de Vida
- AF – Atividade Física.

4.8 ÉTICA EM PESQUISA

O projeto foi submetido a Plataforma Brasil, como recomenda a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a qual trata de pesquisas envolvendo seres humanos, para apreciação e emissão de parecer consubstanciado pelo comitê de ética em pesquisa da UNIFAP. O estudo foi autorizado através do parecer de número 2.497.664 e CAAE: 8277.3818.20000-0003 (ANEXO C).

Foi solicitada anuência da instituição para a realização do estudo, concretizada através do termo de autorização para realização da pesquisa (ANEXO D).

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICA E ESTILO DE VIDA DA AMOSTRA ESTUDADA.

A idade variou de 26 a 94 anos, média de 60,2 ($\pm 13,2$ anos). Predominando os participantes com idades entre 50 a 59 anos (29,7%) e de 60 a 69 anos (27,6%). A maioria foi do sexo feminino (71,4%), não têm companheiro (a) (55,1%) e de etnia parda (67,9%). Aproximadamente 3 em cada 4 participantes da pesquisa têm a Educação Básica (76,4%), existindo (15,2%) analfabetos e (8,4%) com Educação Superior. Quanto à situação trabalhista (18,5%) estão empregados, (2,2%) desempregados e a maior parte encontra-se em outra situação (79,3%). A maioria possui renda familiar até 3 salários mínimos (85,9%), existindo (14,1%) que têm renda superior a 3 salários mínimos. Em relação à moradia, a maior parte possui moradia própria (93,0%) e moram com até 5 pessoas (83,2%). Existem (20,5%) que fumam e/ou ingerem bebida alcoólica. A maioria não fuma nem ingere bebida alcoólica (79,5%) - Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, econômica e estilo de vida. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	132	71,4%
	Masculino	53	28,6%
Idade Mínimo = 26 Máximo = 94 Média = 60.2 Desvio-padrão = 13.2	Até 29 anos	3	1,6%
	30-39 anos	7	3,8%
	40-49 anos	27	14,6%
	50-59 anos	55	29,7%
	60-69 anos	51	27,6%
	70-79 anos	25	13,5%
	80-89 anos	15	8,1%
	90 ou mais anos	2	1,1%
Estado civil	Sem companheiro(a)	102	55,1%
	Com companheiro(a)	83	44,9%
Etnia (1 Perda – N = 184)	Não Parda	59	32,1%
	Parda	125	67,9%
Escolaridade (7 Perda – N = 178)	Analfabeto	27	15,2%
	Educação Básica	136	76,4%
	Educação Superior	15	8,4%
Situação trabalhista (1 Perda – N = 184)	Empregado (a)	34	18,5%

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, econômica e estilo de vida. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Variáveis	Categorias	n	(Conclusão)
			%
Situação trabalhista (1 Perda – N = 184)	Desempregado (a)	4	2,2%
	Outro (Autôn/do lar/ Apose/ Pensi/ Bene/ Doméstica)	146	79,3%
Renda familiar	Até 3 Salário mínimo (R\$2.862)	159	85,9%
	Mais de 3 salários mínimo	26	14,1%
Moradia	Não Própria	13	7,0%
	Própria	172	93,0%
Número de pessoas com quem vive	Até 5	154	83,2%
	Mais de 5	31	16,8%
Estilo de vida	Não fuma e nem ingere bebida alcoólica	147	79,5%
	Fuma e/ou ingere bebida alcoólica	38	20,5%

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

A Tabela 2 apresenta a caracterização quanto a hipertensão arterial sistêmica, parcela significativa da amostra possuía até 4 anos de diagnóstico de HAS (29,9%), seguido de (27,2%) com diagnóstico de 5 a 9 anos. Os valores do tempo de diagnóstico da HAS, corresponderam mínimo de 1 ano, máximo 34 anos, com média (9,2 anos) e desvio padrão (6,8).

Quase todos realizam práticas de controle da HAS (98,9%), apenas 2 participantes que não realizam. Os valores de pressão arterial diastólica-PAD variaram de 60 mmHg a 190 mmHg, com média (87,8 ±16,4). Os valores de pressão arterial sistólica - PAS variaram de 90 mmHg a 270 mmHg, com média de (138,2 ± 23,0).

Tabela 2 - Caracterização quanto à hipertensão arterial. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Variáveis	Categorias	n	%	
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 4 anos	55	29,9%	
	Mínimo = 1.0	De 5 a 9 anos	50	27,2%
	Máximo = 34.0	De 10 a 14 anos	35	19,0%
	Média = 9.2	De 14 a 19 anos	25	13,6%
	Desvio-padrão = 6.8	20 ou mais anos	19	10,3%
Práticas de controle HAS	Não	2	1,1%	
	Sim	183	98,9%	
PAD: Mínimo = 60,0, Máximo = 190,0, Média = 87,7, Desvio-padrão = 16,4				
PAS: Mínimo = 90,0, Máximo = 270,0, Média = 138,2, Desvio-padrão = 23,0				

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

5.2 ATIVIDADE FÍSICA

Relacionado aos resultados do IPAQ (Tabela 3) mostram que (57,8%) atingem as recomendações de atividade física e (42,2%) não atingem. Registrou-se a existência de 10 (5,4%) participantes sedentários, 24 (13,0%) insuficiente ativo B, 44 (23,8%) insuficiente ativo A, 104 (56,2%) ativos e 3 (1,6%) muito ativos. Quanto ao tempo sentado, (43,8%) passam mais de 180 minutos sentados durante os dias de semana e (53,5%) passam mais de 180 minutos sentados durante os dias do final de semana.

Tabela 3 - Caracterização quanto à atividade física avaliação pelo IPAQ. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Variáveis	Categorias	n	%
Classificação quanto à atividade física	Sedentário	10	5,4%
	Insuficiente ativo B	24	13,0%
	Insuficiente ativo A	44	23,8%
	Ativo	104	56,2%
	Muito ativo	3	1,6%
Atinge as recomendações de atividade física	Não atinge	78	42,2%
	Atinge	107	57,8%
Tempo sentado semana	≤ 180 minutos por dia	104	56,2%
	> 180 minutos por dia	81	43,8%
Tempo sentado final de semana	≤ 180 minutos por dia	86	46,5%
	> 180 minutos por dia	99	53,5%

Fontes: Dados da Pesquisa (2019)

5.3 QUALIDADE DE VIDA

5.3.1 Confiabilidade da escala WHOQOL-bref

A confiabilidade do WHOQOL-BREF, fora mensurada pelos valores do Alpha de Cronbach das dimensões que compõe o WHOQOL-bref. Neste estudo, o alfa apresentou variação entre 0,60 a 0,78 sendo indicadores de confiabilidade (ou consistência interna) aceitável. No Domínio Físico - Alpha de Cronbach = 0,78; Domínio Psicológico - Alpha de Cronbach = 0,66; Domínio Relações Sociais - Alpha de Cronbach = 0,60; Domínio Meio Ambiente - Alpha de Cronbach = 0,69.

A pontuação de cada domínio foi convertida numa pontuação de zero a 100 pontos, seguindo as instruções no manual do WHOQOL-bref (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 1996). Desta forma, a pontuação de cada domínio do WHOQOL-bref pode variar de zero a 100 pontos, correspondendo valores elevados de cada domínio a uma melhor qualidade de vida.

As questões 1 (percepção geral sobre a qualidade de vida) e 2 (satisfação geral sobre a saúde) foram analisadas separadamente mantendo as escalas de resposta de 1 a 5 pontos - Tabela 4.

Tabela 4 - Confiabilidade das dimensões do WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Domínios WHOQOL-bref	Itens	Alpha de Cronbach
Domínio Físico (7 itens)	3*, 4*, 10, 15, 16, 17, 18	0,78
Domínio Psicológico (6 itens)	5, 6, 7, 11, 19, 26*	0,66
Domínio Relações Sociais (3 itens)	20, 21, 22	0,60
Domínio Meio Ambiente (8 itens)	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	0,69

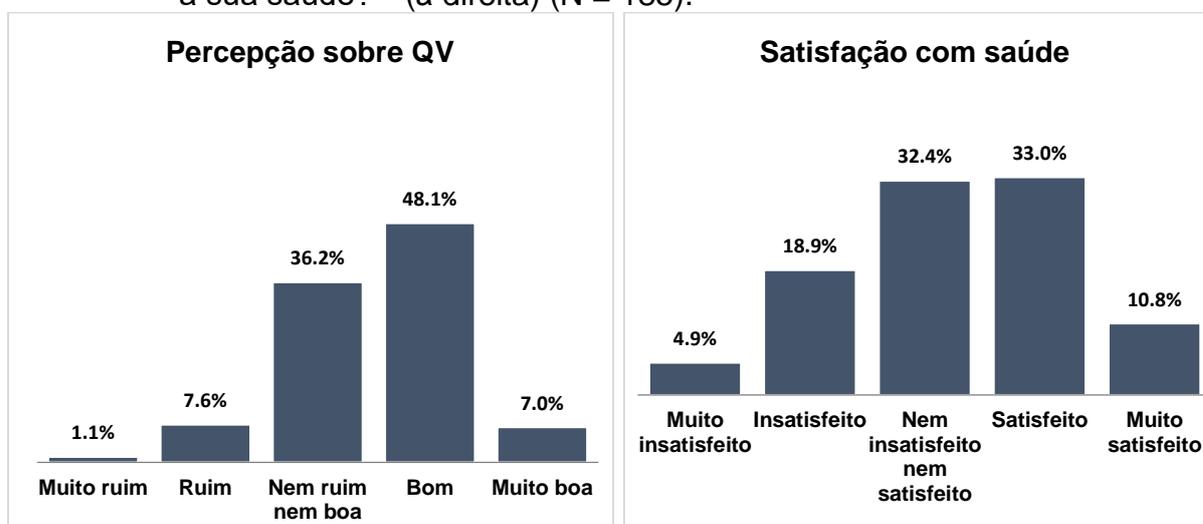
* Itens com pontuação invertida.

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

5.3.2 Caracterização da Qualidade de Vida

Quase metade dos participantes considera que a sua qualidade de vida é boa (48,1%). Existem (7,0%) que afirmaram ter qualidade de vida muito boa e (36,2%) nem ruim nem boa. Apenas (7,6%) responderam “ruim” e (1,1%) “muito ruim”. A média das respostas a esta questão foi de 3,52 (\pm 0,78). Quanto à satisfação com a saúde, (33,0%) dos participantes afirmaram estarem satisfeitos (32,4%) nem insatisfeitos nem satisfeitos. Existiram (10,8%) que estão muito satisfeitos. Por outro lado, (18,9%) estão insatisfeitos e (4,9%) muito insatisfeitos. A média das respostas a esta questão foi de 3,26 (\pm 1,04) - Gráfico1.

Gráfico 1 - Frequências de respostas às questões Q1 “Como você avaliaria a sua qualidade de vida?” (à esquerda) e Q2 “Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?”* (à direita) (N = 185).



* WHOQOL- bref 1996

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Quanto às quatro dimensões da escala WHOQOL-bref, os resultados estão apresentados na Tabela 5. As médias dos escores de cada dimensão mostram melhor qualidade de vida nos domínios Psicológico ($68,5 \pm 15,1$) e Relações Sociais ($69,7 \pm 15,7$). Os resultados mostram pior qualidade de vida nos domínios Físico ($58,8 \pm 17,7$) e Meio Ambiente ($54,2 \pm 13,9$).

Os testes de Kolmogorov-Smirnov para o estudo da normalidade dos dados mostram que existem desvios significativos à normalidade das quatro variáveis dos domínios da qualidade de vida ($p < 0,05$). Assim, foram utilizados testes não paramétricos para dar resposta aos objetivos da pesquisa.

Tabela 5 - Caracterização das dimensões do WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Domínios WHOQOL-bref	Mínimo - máximo	Média (DP)	Teste de Kolmogorov-Smirnov
Domínio Físico	19 – 94	58,8 (17,7)	$p = 0,003$
Domínio Psicológico	18 – 100	68,5 (15,1)	$p < 0,001$
Domínio Relações Sociais	19 – 100	69,7 (15,7)	$p < 0,001$
Domínio Meio Ambiente	19 – 100	54,2 (13,9)	$p = 0,003$

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE OS DADOS

5.4.1 Associação entre variáveis sociodemográficas, econômicas e estilo vida com atividade física

Os resultados do estudo da associação da atividade física (atinge/não atinge as recomendações de AF – IPAQ) com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida é apresentado na Tabela 6. Os resultados evidenciam que apenas existe associação estatisticamente significativa com a idade ($p = 0,047$) e com o estado civil ($p = 0,036$). Verificou-se que a média de idade dos que atingem as recomendações de AF ($M = 58,6$; $DP = 12,2$) é mais baixa do que os que não atingem ($M = 62,5$; $DP = 14,1$). Quanto ao estado civil, a percentagem de participantes que atingem as recomendações de AF é mais alta entre os que vivem sem companheiro(a) (64,7%) do que entre os que vivem com companheiro(a) (49,4%) - Tabela 6.

Tabela 6 - Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a atividade física - IPAQ. Macapá, Amapá, Brasil, 2019 (N= 185).

(Continua)

Variáveis	Atinge as recomendações de AF (IPAQ)		p-valor
	Não atinge (N=78)	Atinge (N=107)	
Sexo			
Feminino	54 (40,9%)	78 (59,1%)	0,351 ⁽¹⁾
Masculino	24 (45,3%)	29 (54,7%)	
Idade – média (DP)	62,5 (14,1)	58,6 (12,2)	0,047⁽²⁾
Estado civil			
Sem companheiro(a)	36 (35,3%)	66 (64,7%)	0,036⁽¹⁾
Com companheiro(a)	42 (50,6%)	41 (49,4%)	
Etnia			
Não Parda	23 (39,0%)	36 (61,0%)	0,520 ⁽¹⁾
Parda	55 (44,0%)	70 (56,0%)	
Escolaridade			
Analfabeto	15 (55,6%)	12 (44,4%)	0,247 ⁽¹⁾
Educação Básica	52 (38,2%)	84 (61,8%)	
Educação Superior	6 (40,0%)	9 (60,0%)	
Situação trabalhista			
Empregado (a)	11 (32,4%)	23 (67,6%)	0,413 ⁽¹⁾
Desempregado (a)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Outro	65 (44,5%)	81 (55,5%)	

Tabela 6 - Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a atividade física - IPAQ. Macapá, Amapá, Brasil, 2019 (N= 185).

(Conclusão)

Variáveis	Atinge as recomendações de AF (IPAQ)		p-valor
	Não atinge (N=78)	Atinge (N= 107)	
Renda familiar			
Até 3 Salário mínimo (R\$2.862)	67 (42,1%)	92 (57,9%)	0,987 ⁽¹⁾
Mais de 3 salários mínimo	11 (42,3%)	15 (57,7%)	
Moradia			
Não Própria	3 (23,1%)	10 (76,9%)	0,148 ⁽¹⁾
Própria	75 (43,6%)	97 (56,4%)	
Número de pessoas com quem vive			
Até 5	63 (40,9%)	91 (59,1%)	0,442 ⁽¹⁾
Mais de 5	15 (48,4%)	16 (51,6%)	
Estilo de vida			
Não fuma e nem ingere bebida alcoólica	62 (42,2%)	85 (57,8%)	0,994 ⁽¹⁾
Fuma e/ou ingere bebida alcoólica	16 (42,1%)	22 (57,9%)	

(1) p-valor do Teste do Qui-Quadrado; (2) p-valor do Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

5.4.2 Associação entre variáveis sociodemográficas, econômicas e estilo de vida com os domínios de qualidade de vida.

Os resultados do estudo da associação das variáveis demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida com os 4 domínios do WHOQOL-bref são apresentados nas tabelas 7 a 10. Registrou-se associação estatisticamente significativa, ou próxima da significância estatística, do Domínio Físico com a idade ($p = 0,033$), com o estado civil ($p = 0,083$), com a situação trabalhista ($p = 0,024$) e com a renda familiar ($p = 0,054$).

O coeficiente de correlação com a idade foi negativo, mas de baixa intensidade, indicando uma leve tendência de diminuição da QV do Domínio Físico com o aumento da idade. A análise das médias dos escores leva a concluir que, quanto ao Domínio Físico: os participantes que vivem com companheiro(a) tem melhor qualidade de vida do que os que vivem sem companheiro(a); os que estão empregados são os que têm melhor qualidade de vida e os desempregados pior qualidade de vida; os que têm renda familiar mais alta (mais de 3 salários mínimos) têm melhor qualidade de vida - Tabela 7.

Tabela 7 - Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – Domínio Físico WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Variáveis	WHOQOL-bref - Domínio Físico	p-valor
Sexo		
Feminino	58,1 (17,6)	0,307 ⁽¹⁾
Masculino	60,6 (18,1)	
Idade	R = -0,157	0,033 ⁽²⁾
Estado civil		
Sem companheiro(a)	56,8 (18,0)	0,083 ⁽¹⁾
Com companheiro(a)	61,3 (17,2)	
Etnia		
Não Parda	61,0 (17,3)	0,230 ⁽¹⁾
Parda	58,0 (17,8)	
Escolaridade		
Analfabeto	53,8 (15,6)	0,105 ⁽³⁾
Educação Básica	59,3 (18,5)	
Educação Superior	63,9 (15,6)	
Situação trabalhista		
Empregado (a)	68,8 (13,7)	0,024 ⁽³⁾
Desempregado (a)	48,5 (15,8)	
Outro	56,9 (17,8)	
Renda familiar		
Até 3 Salário mínimo (R\$2.862)	57,9 (18,0)	0,054 ⁽¹⁾
Mais de 3 salários mínimo	64,5 (14,8)	
Moradia		
Não Própria	54,1 (17,8)	0,312 ⁽¹⁾
Própria	59,2 (17,7)	
Número de pessoas com quem vive		
Até 5	58,5 (17,3)	0,619 ⁽¹⁾
Mais de 5	60,5 (20,0)	
Estilo de vida		
Não fuma e nem ingere bebida alcoólica	58,3 (18,1)	0,498 ⁽¹⁾
Fuma e/ou ingere bebida alcoólica	60,8 (16,2)	

⁽¹⁾ p-valor do Teste de Mann-Whitney; ⁽²⁾ p-valor do Coeficiente de Correlação de Spearman; ⁽³⁾ p-valor do Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Quanto às relações com o Domínio Psicológico (Tabela 8), observam-se relações estatisticamente significativas com o sexo ($p = 0,043$), com o estado civil ($p = 0,041$), com a situação trabalhista ($p = 0,009$) e com a renda familiar ($p = 0,012$). A análise das médias dos escores leva a concluir que, no Domínio Psicológico, os homens têm melhor qualidade de vida do que as mulheres; os que vivem com

companheiro(a) tem melhor qualidade de vida do que os que vivem sem companheiro(a); os que estão empregados são os que têm melhor qualidade de vida e os desempregados pior qualidade de vida; os que têm renda familiar superior a 3 salários mínimos têm melhor qualidade de vida do que os que têm até 3 salários mínimos.

Tabela 8 - Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – Domínio Psicológico WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Variáveis	WHOQOL-bref - Domínio Psicológico	p-valor
Sexo		
Feminino	67,2 (15,8)	0,043 ⁽¹⁾
Masculino	71,9 (13,0)	
Idade – Coef. Correlação Spearman	R = 0,005	0,951 ⁽²⁾
Estado civil		
Sem companheiro(a)	66,7 (14,8)	0,041 ⁽¹⁾
Com companheiro(a)	70,8 (15,3)	
Etnia		
Não Parda	70,3 (14,2)	0,248 ⁽¹⁾
Parda	67,8 (15,6)	
Escolaridade		
Analfabeto	67,7 (11,5)	0,783 ⁽³⁾
Educação Básica	69,2 (15,5)	
Educação Superior	68,1 (19,2)	
Situação trabalhista		
Empregado (a)	74,3 (12,3)	0,009 ⁽³⁾
Desempregado (a)	53,3 (11,9)	
Outro	67,7 (15,4)	
Renda familiar		
Até 3 Salário mínimo (R\$2.862)	67,5 (15,4)	0,012 ⁽¹⁾
Mais de 3 salários mínimo	75,2 (11,2)	
Moradia		
Não Própria	69,3 (15,7)	0,704 ⁽¹⁾
Própria	68,5 (15,1)	
Número de pessoas com quem vive		
Até 5	67,9 (14,9)	0,219 ⁽¹⁾
Mais de 5	71,9 (16,3)	
Estilo de vida		
Não fuma e nem ingere bebida alcoólica	69,2 (15,4)	0,142 ⁽¹⁾
Fuma e/ou ingere bebida alcoólica	66,1 (14,1)	

⁽¹⁾ p-valor do Teste de Mann-Whitney; ⁽²⁾ p-valor do Coeficiente de Correlação de Spearman; ⁽³⁾ p-valor do Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Registaram-se associações estatisticamente significativas (ou próxima da significância estatística) do Domínio Relações Sociais com o estado civil ($p = 0,081$), com a etnia ($p = 0,019$) e com a renda familiar ($p = 0,032$). Também neste domínio, os participantes que vivem com companheiro(a) e os que têm rendas acima de 3 salários têm melhor qualidade de vida comparativamente com os que sem companheiro(a) e os que têm rendas acima até 3 salários mínimos, respectivamente. Quanto à etnia, os de etnia não parda têm melhor qualidade de vida no Domínio Relações Sociais do que os de etnia parda - Tabela 9.

Tabela 9 - Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – **Domínio Relações Sociais** WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Variáveis	WHOQOL-bref - Domínio Relações Sociais		p-valor
	Média (desvio-padrão)		
(Continua)			
Sexo			
Feminino	70,1	(15,2)	0,816 ⁽¹⁾
Masculino	68,7	(17,0)	
Idade – Coef. Correlação Spearman	R =	-0,040	0,587 ⁽²⁾
Estado civil			
Sem companheiro(a)	67,5	(16,5)	0,081 ⁽¹⁾
Com companheiro(a)	72,5	(14,2)	
Etnia			
Não Parda	73,2	(13,6)	0,019⁽¹⁾
Parda	68,3	(16,3)	
Escolaridade			
Analfabeto	67,1	(18,8)	0,361 ⁽³⁾
Educação Básica	69,5	(15,4)	
Educação Superior	73,7	(10,9)	
Situação trabalhista			
Empregado (a)	75,1	(14,4)	0,148 ⁽³⁾
Desempregado (a)	62,5	(15,2)	
Outro	68,8	(15,7)	
Renda familiar			
Até 3 Salário mínimo (R\$2.862)	68,9	(16,0)	0,032⁽¹⁾
Mais de 3 salários mínimo	74,7	(12,8)	
Moradia			
Não Própria	70,1	(13,8)	0,688 ⁽¹⁾
Própria	69,7	(15,9)	

Tabela 9 - Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – **Domínio Relações Sociais** WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

(Conclusão)

Variáveis	WHOQOL-bref - Domínio Relações Sociais		p-valor
	Média (desvio-padrão)		
Número de pessoas com quem vive			
Até 5	69,8 (15,4)		0,930 ⁽¹⁾
Mais de 5	69,4 (17,3)		
Estilo de vida			
Não fuma nem ingere bebida alcoólica	70,1 (15,5)		0,456 ⁽¹⁾
Fuma e/ou ingere bebida alcoólica	68,3 (16,4)		

⁽¹⁾ p-valor do Teste de Mann-Whitney; ⁽²⁾ p-valor do Coeficiente de Correlação de Spearman; ⁽³⁾ p-valor do Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

O Domínio Meio Ambiente está significativamente associado com a situação trabalhista ($p = 0,010$) e com a renda familiar ($p = 0,002$). Tal como nos domínios Físico e Psicológico, também no Domínio Meio Ambiente os participantes que estão empregados são os que têm melhor qualidade de vida e os desempregados pior qualidade de vida. A relação com a renda familiar é semelhante à dos outros 3 domínios: participantes com rendas mais altas têm melhor qualidade de vida - Tabela 10.

Tabela 10 - Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – **Domínio Meio Ambiente** WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

(Continua)

Variáveis	WHOQOL-bref - Domínio Meio Ambiente		p-valor
Sexo			
Feminino	53,3 (14,4)		0,117 ⁽¹⁾
Masculino	56,5 (12,4)		
Idade – Coef. Correlação Spearman	R = 0,090		0,224 ⁽²⁾
Estado civil			
Sem companheiro(a)	52,9 (13,9)		0,102 ⁽¹⁾
Com companheiro(a)	55,8 (13,8)		
Etnia			
Não Parda	53,1 (12,5)		0,435 ⁽¹⁾
Parda	54,9 (14,5)		

Tabela 10 - Associação dos dados sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a qualidade de vida – Domínio Meio Ambiente WHOQOL-bref. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Variáveis	WHOQOL-bref - Domínio Meio Ambiente	(Conclusão) <i>p</i> -valor
Escolaridade		
Analfabeto	51,9 (10,5)	0,240 ⁽³⁾
Educação Básica	53,9 (14,3)	
Educação Superior	60,1 (17,7)	
Situação trabalhista		
Empregado (a)	59,7 (15,5)	0,010⁽³⁾
Desempregado (a)	37,5 (9,0)	
Outro	53,5 (13,1)	
Renda familiar		
Até 3 Salário mínimo (R\$2.862)	52,9 (12,7)	0,002⁽¹⁾
Mais de 3 salários mínimo	62,4 (17,9)	
Moradia		
Não Própria	53,0 (17,1)	0,567 ⁽¹⁾
Própria	54,3 (13,7)	
Número de pessoas com quem vive		
Até 5	53,8 (13,5)	0,290 ⁽¹⁾
Mais de 5	56,1 (15,9)	
Estilo de vida		
Não fuma nem ingere bebida alcoólica	54,5 (13,7)	0,646 ⁽¹⁾
Fuma e/ou ingere bebida alcoólica	53,1 (15,0)	

(1) p-valor do Teste de Mann-Whitney; (2) p-valor do Coeficiente de Correlação de Spearman; (3) p-valor do Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

5.5 ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM A ATIVIDADE FÍSICA

Para estudar a associação entre a qualidade de vida e a atividade física, foram comparados os escores dos 4 domínios do WHOQOL-BREF entre os que atingem as recomendações de atividade física (IPAQ) e os que não atingem. Os resultados da Tabela 11 mostram que os participantes que atingem as recomendações de AF têm qualidade de vida significativamente melhor no domínio Físico do que os que não atingem ($p < 0,001$). Têm também melhor qualidade de vida no domínio Psicológico, com diferenças próximas da significância estatística ($p = 0,080$). Não existem diferenças significativas no domínio Relações Sociais ($p = 0,405$) nem no domínio Meio Ambiente ($p = 0,209$) - Tabela 11.

Tabela 11 - Associação da qualidade de vida com a atividade física - IPAQ. Macapá, Amapá, Brasil, 2019. (N = 185).

Domínios WHOQOL-BREF	Atinge as recomendações de AF (IPAQ)		Teste de Mann-Whitney
	Não atinge (N = 78)	Atinge (N = 107)	
Domínio Físico	52,8 (17,7)	63,2 (16,4)	$p < 0,001$
Domínio Psicológico	66,6 (14,5)	70,0 (15,5)	$p = 0,080$
Domínio Relações Sociais	68,4 (15,2)	70,7 (16,0)	$p = 0,405$
Domínio Meio Ambiente	52,7 (12,6)	55,3 (14,7)	$p = 0,209$

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

6 DISCUSSÃO

Respeitando os critérios de inclusão, o número total da população deste estudo foi de 185 pessoas com HAS (tabela 1). Destes, 132 (71,4%) eram do sexo feminino, 53 (28,6%) eram do sexo masculino, de acordo com esses resultados, constatou-se que no perfil demográfico, a variável sexo apresenta resultado semelhante ao que foi encontrado em estudos com pessoas com HAS atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em Alfenas (Minas Gerais) onde (69,92%) eram do sexo feminino (30,08%) do sexo masculino (FRANCELI; FIGUEIREDO; FAVA, 2008), e na cidade Cuiabá, em uma UBS, em que (74,8%) dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino (REINERS *et al.*, 2012).

O estudo com hipertensos em seguimento nas UBS de Maringá, cujo objetivo foi de identificar os fatores sociodemográficos associados a não utilização de consultas médicas de rotina foi constatado que (59,5%) da população investigada eram do sexo feminino (BARRETO *et al.*, 2018). Outro estudo com 134 participantes, que identificou o perfil socioeconômico e estilo de vida de hipertensos cadastrados em unidade da ESF, (57%) eram do sexo feminino (ALMEIDA *et al.*, 2017).

A predominância do sexo feminino (71,4%) descrita na Tabela 1, pode estar relacionada à maior tendência de preocupação com os aspectos de saúde e do autocuidado, assim, a maior procura pelos serviços de saúde quando comparado ao sexo masculino (DUTRA *et al.*, 2016). Entretanto, existem estudiosos que afirmam que esses achados estão relacionados à maior longevidade do sexo feminino quando comparado ao sexo masculino. Fortalecendo assim, o panorama da feminilização do envelhecimento, que pode ser atribuído à menor exposição a determinados fatores de risco do que o sexo masculino, relacionados a ocupação e a menor relação quanto ao hábito do tabagismo e da ingestão de bebidas alcoólicas (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Aproximadamente (15,2%) são analfabetos, (76,4%) cursaram completamente ou parte da educação básica geralmente os anos iniciais do ensino fundamental e apenas (8,5%) cursaram o ensino superior. Esses dados corroboram com outros estudos em pessoas com HAS. Os estudos de Andrade *et al.* (2014) e Almeida *et al.* (2017) revelaram que (45,9%) da amostra era analfabeta e (56,25%) tinha escolaridade entre quatro a seis anos, respectivamente

A escolaridade é uma variável importante no estudo com pessoa com HAS, como afirma a literatura, que pessoas com menor grau de escolaridade, tem menos frequência de adesão ao tratamento para hipertensão, precisamente pela dificuldade em compreender a doença, pois há campanhas realizadas por meio de folders explicativos, apresentado dificuldades para leitura das informações contidas nos folders, o que contribui para tratamento eficaz (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Dos participantes da pesquisa (93%) possuem moradia própria, quantitativos semelhantes foram encontrados no estudo de Melchioris (2008) no qual (91,1%) possuíam casa própria. Ainda sobre moradia, (83,2%) da amostra moram com até 5 pessoas e (16,8%) com mais de 5 pessoas. Resultados aproximados foram encontrados na literatura em que (65,5%) dos participantes do estudo de Silva (2014) declararam morar com 1 a 3 pessoas, e Almeida *et al.* (2017) revelaram que (56%) dos participantes de sua pesquisa moravam com 2 pessoas.

Cerca de (20,5%) dos participantes declararam que fumam e/ou ingerem bebida alcoólica, e a maioria (79,5%) não fuma e nem ingere bebida alcoólica. Na investigação de Almeida *et al.* (2017), identificaram que (5%) têm o hábito do tabagismo e (9%) o do consumo de bebidas alcoólicas.

O consumo crônico de álcool contribui para o aumento da pressão arterial de forma congruente. A cessação do tabagismo faz parte do tratamento não medicamentoso da HAS, há evidências científicas na literatura que o mesmo, aumenta o risco para mais de 25 doenças incluindo riscos cardiovasculares (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em relação ao tempo de diagnóstico a média encontrada foi de (9,2±6,8) anos. Observa-se em relação a variável tempo de diagnóstico que existe uma variação entre os estudos identificados na literatura científica, entre nove a dezessete anos de diagnóstico. O estudo de Melchioris (2008) com pessoas que frequentavam as reuniões dos grupos de hipertensos na unidade de saúde Shangri-lá no município de Araucária, no Paraná, encontrou pessoas com HAS cujo tempo de diagnóstico em média foi (9,9±9,1) anos, resultado que se assemelha ao deste estudo. Já o estudo de Bundchen *et al.* (2010) em relação ao tempo de diagnóstico investigaram pessoas com HAS sedentárias e fisicamente ativas. A média identificada foi (10,5±7,7) para as sedentárias e (10,4±6,3) anos para as fisicamente ativas. O estudo de Silva (2014), sobre qualidade de vida entre pessoas com HAS em uma unidade de ESF no sul de Minas, a média de tempo de diagnóstico encontrada foi de (12,1±9,8). Observa-se uma

discreta elevação das médias nos estudos citados, diferenciando-se discretamente do estudo em questão.

Neste contexto, a literatura aponta que esta variável apresenta importância clínica, pois influencia na qualidade de vida advinda do tempo de diagnóstico da doença (BRITO *et al.*, 2008). Entretanto, o resultado encontrado no estudo de Virginia de Carvalho *et al.* (2013) em um centro de referência de um hospital universitário federal em Goiás, em tratamento de pessoas HAS, observaram que o tempo de diagnóstico foi de 17,26 anos, dados estes que se distanciam dos dados dos estudos anteriormente citados. Desta forma, o tempo de diagnóstico deve ter seguimento que permita monitorar o controle pressórico para postergar e/ou diminuir danos orgânicos.

Neste estudo, quando investigado sobre a realização de práticas para o controle da HAS, a Tabela 2 mostra que a maioria dos participantes relataram que realizam pelo menos uma prática para controle da HAS, apenas dois não realizam nenhuma prática de controle da HAS. A adesão à prescrição médica foi investigada por Magnabosco (2007), que buscou avaliar o seguimento correto da prescrição por pessoas com HAS, (54,2%) relataram seguir a prescrição, entretanto, quantitativo expressivo de (45,8%) relataram não seguir. A não adesão do seguimento da prescrição médica no cuidado de pessoas HAS, sob o olhar dessas pessoas, evidenciou que (45%) dos investigados faziam uso de medicação de modo regular, irregular ou esporádico e (60%) delas informaram que faziam alguma restrição no consumo de sal de cozinha (DUARTE *et al.*, 2010). Diante dos dados citados, observa-se que há lacunas negativas no cuidado e no comportamento de adesão das pessoas com HAS, o que contribui para evolução da doença e instalação de comorbidades advindas do mau controle pressórico.

Ainda sobre a realização de práticas para o controle da doença, estudo sobre HA autorreferida com 139 adultos residentes em Campinas, São Paulo, relacionado à alimentação e medicamentos, evidenciou que (22,2%) cumpriam dieta sem sal, (9,0%) cumpriam dieta para perder ou manter o peso, (73,9%) em uso da medicação de rotina e (10,0%) em uso da medicação quando tinham problemas, (11,6%) relataram que não fazem nenhuma ação para o controle (ZANGIROLANI *et al.*, 2018).

Em investigação sobre a prática de comportamentos saudáveis em pessoas com diagnósticos de hipertensão, foi evidenciado que as pessoas hipertensas priorizam prática de hábitos saudáveis em detrimento de realizar práticas que lhe trarão benefícios (SZWARCOWALD *et al.*, 2015).

No entanto, na atualização clínica realizada por Pinho e Pierin (2013), cujo objetivo foi descrever o panorama das publicações brasileiras sobre o controle da hipertensão arterial, perceberam que cerca de (50%) das pessoas hipertensas tratadas estariam expostas às complicações da doença, devido ao mau controle dos níveis pressóricos.

Os níveis pressóricos deste estudo foram registrados através da declaração dos participantes no momento da aplicação dos questionários, os resultados são descritos na Tabela 2 caracterização quanto à hipertensão arterial. A pressão arterial diastólica (PAD) declarada apresentou média de (87.8). A pressão arterial sistólica (PAS) declarada apresentou média de (138.2).

Em revisão sistemática em que foi estimado a prevalência mundial da HAS entre 1975 e 2015, foi constatado que a PAS apresentou média global padronizada por idade de (127 mmHg) em homens e (122,3 mmHg) em mulheres; e a PAD apresentou média de (78,7 mmHg) para homens e (76,7 mmHg) para mulheres (ZHOU *et al.*, 2017), dados que demonstram que a população investigada neste estudo se mantém acima da média mundial,

Sobre o registro de autorreferência de níveis pressóricos, quando não se pode aferir, estudos científicos afirmam que este constitui um meio de pesquisa que apresenta menor custo, acessibilidade e rapidez para estimar prevalência, e ainda é válido para monitorar a HAS (CHRESTANI; SANTOS; MATIJASEVICH, 2009; SELEM *et al.*, 2013).

No presente estudo quando aplicado o IPAQ os resultados (Tabela 3) revelaram que (57,8%) atingem as recomendações de atividade física e (42,2%) não atingem. Estes dados do estudo de Magnabosco (2007), ao avaliar a qualidade de vida de pessoas com HAS no município de Sacramento (MG), evidenciou nos resultados que (62,6%) dos participantes não realizavam atividades físicas. Bernardes (2016), ao questionar sobre a realização de hábitos de vida após o diagnóstico de hipertensão, identificou na amostra da pesquisa, (81,6%) não praticavam atividade física. E no estudo de Ribeiro *et al.* (2015), (66,4%) dos participantes do estudo relataram que não praticavam atividade física. Reiners *et al.* (2012) relatam que em seus achados (46,2%) não aderem e que (40,7%) aderem parcialmente à prática atividade física por pelo menos 30 minutos por dia como medida não farmacológica no tratamento da hipertensão arterial por usuários da atenção básica de saúde.

Em relação ao tratamento não medicamentoso, a prática regular de atividade física foi o item mais comprometido, uma vez que os participantes de diferentes estudos não faziam uso desta ferramenta (HANUS *et al.*, 2015).

Embora o cenário desfavorável a prática de exercícios físicos, ainda apresente predomínio, contribuindo para o não controle dos níveis pressóricos, o estudo de Franceli, Figueiredo e Fava (2008), verificou a prática de atividade física em pessoas com HAS atendidas Programa de Saúde da Família, (41,50%) declararam praticar atividades físicas. A prática do exercício físico se constitui como componente não farmacológico essencial para o tratamento da HAS. Exercícios físicos de intensidade moderada, monitorizado e sistematizado, tem sido relacionado para redução de riscos associados a doença, independente do peso corporal.

Estudos que utilizaram o IPAQ relatam que (92%) dos participantes com HAS foram classificados como sedentários e apenas 1% como ativos (ALMEIDA *et al.*, 2017). O outro estudo revelou (10,3%) das pessoas com HAS foram classificadas como muito ativas; (41,1%) como ativas; (12,6%) como irregularmente ativas A; (8,1%) como irregularmente ativas B e (27,9%) como sedentárias (SILVA, 2014).

Na revisão sistemática de Bento *et al.* (2015) que avaliou o efeito da atividade física sobre a pressão arterial de brasileiros, os resultados apresentados foram homogêneos e significativos, na redução em (-10,09) na pressão arterial sistólica e (-7,47) na pressão arterial diastólica.

A revisão sistemática realizada por Nogueira *et al.* (2012), sobre os efeitos dos exercícios físicos no controle da HA em idosos, constataram que os exercícios aeróbicos associados aos resistidos, reduziram de maneira significativa a pressão arterial e a frequência cardíaca em repouso.

Como anteriormente recomendado a atividade física como uma ferramenta no tratamento da hipertensão arterial; a literatura afirma que atividade física aeróbica, diminui a pressão arterial em vigília e nas situações de estresse reduz a pressão arterial sistólica/diastólica em pessoas com HAS cerca de (7/5 mmHg) (MEDINA *et al.*, 2010).

Em estudo relacionado aos efeitos dos exercícios físico realizados por oito anos, sobre a pressão arterial e mortalidade de pessoas com hipertensão arterial, foi identificado que a mortalidade entre os ativos foi (29,4%) menor, assim como, o número de consultas médicas e os valores de pressão arterial também foram inferiores para as pessoas ativas (TURI *et al.*, 2017).

A atividade física sistematizada é recomendada como opção para o tratamento da hipertensão arterial, desta forma a sua prescrição para o tratamento já está estabelecida por diferentes instituições ao redor do mundo (MANCIA *et al.*, 2013; WHELTON *et al.*, 2018).

No Brasil, o plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem como uma de suas metas de monitoramento até 2022, a diminuição do sedentarismo em (10%) logo o aumento dos níveis de atividade física em (10%). O plano está articulado com a política nacional de promoção da saúde (PNPS) que tem como um de seus eixos a atividade física/ práticas corporais (MALTA *et al.*, 2014).

Através das respostas do IPAQ (56,2%) dos participantes foram classificados como ativo e (1,6%) como muito ativo como demonstra a tabela 3, infere-se que os resultados encontrados, estão muito mais ligados a prática da atividade física no domínio deslocamento e principalmente no domínio de atividades domésticas.

A literatura afirma que culturalmente o sexo feminino pratica mais atividade física doméstica do que o sexo masculino, resultados semelhantes foram encontrados no Brasil, Austrália e Inglaterra (MASSA *et al.*, 2012). Fato este que pode ter influenciado nos resultados encontrados neste estudo, haja visto que mais de 70% dos participantes são do sexo feminino e no momento da coleta de dados, muitos se referiam a prática de atividade doméstica semanal como um tempo acumulado considerável em relação aos outros domínios de atividades físicas

Porém, alguns autores afirmam que apesar da alta prevalência da atividade física doméstica, ela não foi associada a melhorias nos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Sugerindo assim que as recomendações, de prática de atividade física, se concentrem mais nas atividades físicas fora do ambiente doméstico (STAMATAKIS *et al.*, 2007).

No que se refere a confiabilidade das dimensões do WHOQOL-bref, os valores do Alpha de Cronbach, demonstraram confiabilidade (ou consistência interna) aceitável em todos os domínios de qualidade de vida (Tabela 4). Cabe destacar os valores do domínio físico que foi de 0,78 e domínio ambiental de 0,69 foram os maiores, seguidos do domínio psicológico de 0,66 e do domínio relações sociais de 0,60. Demonstrando assim a confiabilidade do questionário aplicado nesta pesquisa.

Ha *et al.* (2014) encontraram em seu estudo sobre qualidade de vida entre pessoas com hipertensão em uma comunidade rural no Vietnã uma consistência boa variando de 0,65 a 0,88, dados próximos dos resultados do estudo em questão.

O gráfico 1 que apresenta a primeira faceta sobre a percepção de qualidade de vida geral, demonstra que uma parcela significativa dos participantes considerou como boa sua qualidade de vida, o segundo item mais mencionado infere a qualidade de vida como nem ruim e nem boa. Pessoas com HAS e Diabete Mellitus que participaram do estudo de Miranzi *et al.* (2008) sobre qualidade de vida, e obtiveram resultados semelhantes aos deste estudo, em que a maior parcela também declarou boa percepção de qualidade de vida, seguida de parcela significativa que responderam de forma intermediária nem boa e nem ruim.

Na segunda faceta (Gráfico 1) sobre a satisfação com a saúde cerca de 1/3 dos participantes responderam que estavam satisfeitos, seguido da resposta nem insatisfeito e nem satisfeito. O estudo de Miranzi *et al.* (2008) obtiveram resposta em sua maioria no item declarado que estavam satisfeitos com a sua saúde, seguida de parcela significativa que responderam que não estavam nem satisfeito nem insatisfeito.

O conhecimento sobre a qualidade de vida das pessoas com HAS atendidas pela UBS-UNIFAP, possibilita melhor planejamento de programas e políticas para este público. No que se refere aos resultados dos domínios do WHOQOL-bref (Tabela 5), os escores mais baixos foram nos domínios meio ambiente e no domínio físico. Já escores mais altos foram encontrados no domínio psicológico e relações sociais.

Sabe-se que diversos fatores como por exemplo a presença de comorbidades, níveis pressóricos e o tipo de tratamento podem influenciar negativamente a QV de pessoas com HAS, especialmente no aspecto físico e ao comparar a QV com pessoas saudáveis, percebe-se pior QV entre as pessoas com HAS (ZYGUNTOWICZ *et al.*, 2012). Acredita-se que estes fatores em questão podem ter influenciado os valores no domínio físico dos participantes da pesquisa. Percebe-se também que a amostra apresenta média de idade de 60 anos e apresenta a consciência de declínio físico que surge com o envelhecimento, fato este que pode ter influenciado os resultados no aspecto físico.

Os resultados demonstram que a amostra não se sente bem em relação a questão ambiental, demonstrando insatisfação com o apoio ambiental, pois o resultado do escore de 54,2 está bem próximo ao valor médio, infere-se que estes resultados sejam justificáveis em virtude de boa parte da amostra está em áreas de vulnerabilidade social. Muitos participantes relataram dificuldades financeiras, falta de

participação em atividades de lazer, insegurança física e insatisfação com os serviços de saúde pública e de transporte público.

Os resultados do domínio psicológico acima da média, demonstram que os participantes da pesquisa percebem de forma positiva aspectos como imagem corporal, autoestima, espiritualidade, memória e sentimentos. Desta forma estes aspectos favorecem percepção para boa QV da amostra.

Esse resultado se assemelha aos resultados do estudo realizado em um município no sul do Brasil, em que foi identificado também os domínios físico e meio ambiente com menores escores e os domínios psicológico e relações sociais com os maiores escores (HANUS *et al.*, 2015). Já estudo realizado em Minas Gerais somente o domínio relações sociais obteve escore elevado (71,38) os domínios físico, meio ambiente e psicológico obtiveram escores considerados médios, variando entre 53,75, 55,55 e 56,42 respectivamente (MIRANZI *et al.*, 2008). Esses resultados evidenciam que o domínio relações sociais é o domínio que contribui de forma positiva para qualidade de vida das pessoas com HAS.

A associação entre atividade física no quesito atinge e não atingem as recomendações do IPAQ e dados demográficos (Tabela 6). As variáveis idade ($p = 0,047$) e o estado civil ($p = 0,036$) se destacaram entre os demais dados.

As características encontradas entre os participantes desta pesquisa são similares ao que geralmente é encontrado como perfil desse público, a idade avançada, é uma característica importante de pessoas com HAS, haja vista, que há evidências científicas da relação entre aumento da idade com o aumento da PA (MARTINS *et al.*, 2009). Possuir uma idade menor e não ter companheiro se apresentaram como características favorecedoras para atingir as recomendações do IPAQ.

Verificou-se que a média de idade das pessoas com HAS que atingem as recomendações de AF é menor do que os que não atingem o que sugere que a idade pode ser fator de influência para a inatividade física. Ou seja, quanto mais avançada a idade menor a possibilidade de a pessoa atingir as recomendações de prática de atividade física, como informa o estudo de Martins *et al.* (2009), que identificaram resultado semelhante, em que pessoas com nível de atividade física como muito ativo, eram mais jovens do que os menos ativos ($p < 0,001$). Estes resultados corroboram com a pesquisa de Alves *et al.* (2005) que afirmam que atividade física geralmente declina 1% a 20% por ano.

Já no estudo de Bundchen *et al.* (2010), ao avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com HAS consideradas ativas fisicamente e insuficientemente ativas, identificaram que os participantes ativos apresentaram uma média de idade mais elevada que os sujeitos insuficientemente ativos.

Estudo institucional procurou avaliar a prática da atividade física no tempo livre nas capitais dos estados brasileiros e no distrito federal. Cerca de 37% dos participantes declararam que praticam atividades físicas. Ao separar os resultados do gênero percebe-se que (43,4%) dos homens praticam atividades físicas e entre as mulheres cerca (31,5%) são praticantes de atividade física. Ao analisar os resultados encontrados pelos pesquisadores percebe-se que a frequência da prática de atividade física no lazer diminuiu com o aumento da idade em ambos os gêneros (BRASIL, 2018).

Para almejar longevidade ativa e saudável é necessário a relação de diversos fatores influenciadores, como por exemplo: a forma positiva de enfrentar o envelhecimento, estar com o outro, atitudes positivas perante a prática de atividade física, a metodologia da atividade física, a família e suas atribuições (AMORIM *et al.*, 2014).

No que se refere ao estado civil, Martins *et al.* (2009) ao realizarem associação da variável presença de companheiro com a variável nível de atividade física, não encontrou associação estatisticamente significativa em um estudo com pessoas com HAS, corroborando com os resultados deste estudo.

Em um estudo sobre a prática de atividade física em quatro domínios com idosos com HAS, encontrou-se uma associação positiva com a prática de no mínimo 150 minutos de atividade física no domínio doméstico com a situação conjugal de viuvez (MASSA *et al.*, 2012).

Polisseni e Ribeiro (2014), ao analisarem o efeito do exercício físico como fator de proteção para saúde de servidores públicos, identificaram que houve diferenças do nível de atividade física quanto ao estado civil. Cerca de 58,1% dos solteiros, viúvos, separados ou divorciados foram considerados ativos ou muito ativos. E (54,9%) dos casados ou com união estável, foram classificados como ativos ou muito ativos.

Rech *et al.* (2018), afirmam que um número crescente de compromissos familiares e tarefas domésticas contribuem para atribuir ao fator, falta de tempo, uma dificuldade para a prática de atividades físicas durante o tempo livre em adultos. Fato este que se acredita que pode ter contribuído para uma frequência menor de pessoas

ativas entre os participantes da pesquisa com companheiros, já que (50,6%) dos participantes com companheiro não atingem as recomendações de prática de atividade física.

Ao analisar os resultados das associações das variáveis demográficas, socioeconômicas e estilo de vida com a qualidade de vida (Tabelas 7 a 10), verificou-se que a variável situação trabalhista se apresenta estatisticamente significativa em três dos quatro domínios de qualidade de vida, associada a esta variável está a renda familiar, a evidência da associação entre essas variáveis, se dá na relação de proporção direta entre elas, uma vez que a situação trabalhista responde pela renda.

Os resultados sugerem que as variáveis acima mencionadas influenciam na qualidade de vida de pessoas HAS. Diferenças estatisticamente significantes em todos os domínios de qualidade de vida em pessoas HAS foram encontradas nos resultados de um estudo realizado em Minas Gerais, com instrumento SF-36, exceto no domínio dor, em que as pessoas que possuíam melhor renda apresentaram melhores escores para melhor qualidade de vida (MAGNABOSCO, 2007). A baixa renda é, portanto, uma variável em potencial que pode afetar as condições de saúde e, conseqüentemente, a QV das pessoas (TAVARES *et al.*, 2010). Observa-se que a afirmativa de Tavares corrobora com estudo realizado com pessoas que fizeram transplante de medula óssea, relacionado renda, trabalho e QV, os resultados evidenciaram que as pessoas com renda superior a dois salários mínimos apresentavam maiores escores nos domínios de qualidade de vida (MASTROPIETRO *et al.*, 2010).

Autores afirmam que a QV, relacionada com os fatores de saúde, relações sociais e da renda, consecutivamente baixa com o envelhecimento e que modificações circunstanciais positivas na saúde, na sociabilidade e na renda, minimizam este declínio (WEBB *et al.*, 2011). Entretanto, há estudo como o de Andrade *et al.* (2014), que não identificou, associações estatisticamente significativas entre fatores socioeconômicos e qualidade de vida, para as variáveis sexo, idade, trabalho e renda.

Contudo, as variáveis em questão tiveram menor escore no domínio meio ambiente (Tabela 10), em que a significância estatística demonstra a sua importância para a percepção da QV, em especial no que se refere ao acesso à renda para o contentamento de necessidades. O estudo de Maciel *et al.* (2013) corrobora com os resultados em questão, pois a variável renda se correlacionou com todas as facetas que compõe o domínio meio ambiente ($p \leq 0,001$).

Importante registrar a lacuna identificada nas produções científica, no que diz respeito a estudos que se debruçam nos resultados de associação de variáveis sociodemográficas e domínios de QV, em especial no domínio meio ambiente, deixando carente a possibilidade de melhor avaliação desta possível associação, o que sinaliza a importância de estudos neste contexto.

A escassez de pesquisas referentes a aspectos ambientais diretamente relacionados à QV, especificamente utilizando a escala do WHOQOL, dificulta a comparação dos resultados obtidos no presente estudo. Entretanto, é importante considerar que as diferenças geográficas e da economia regional podem interferir na percepção da QV (MACIEL *et al.*, 2013).

Neste estudo, assim como em outros envolvendo pessoas com HAS identificou-se um maior percentual de mulheres acometidas por hipertensão. As variáveis sexo e estado civil mostraram no domínio psicológico uma relação estatisticamente significativa (Tabela 8), o que contrapõe o estudo de Côrtes *et al.* (2016), em que identificou que não houve diferença significativa nas variáveis clínicas e sociais entre os sexos, mas as mulheres apresentaram escore mais elevado indicando pior qualidade de vida, o que sugere que a variável sexo foi determinante para a modificação do resultado do estudo de Côrtes *et al.* (2016). Esses achados revelam que existe uma relação que expressa que os homens têm uma melhor percepção de QV do que as mulheres, o que se confirma na literatura (PENA, 2017).

O estado civil além do domínio psicológico (Tabela 8) também apresentou associação significativa no domínio relações sociais, dada a importância desta variável, uma vez que é importante conhecê-la, pois, a vida familiar de pessoas com HAS faz-se necessário na atenção em saúde.

No domínio físico (Tabela 7) foi identificada uma relação estatística significativa entre idade e QV, sendo a média de idade dos entrevistados foi de (60,2±13.2) anos, esta se comporta como uma variável de risco e de elevada contribuição para o perfil epidemiológico da HAS, pois de acordo com as Malachias *et al.* (2016) há relação direta e linear entre a Pressão Arterial e idade.

Registaram-se associações estatisticamente significativas do domínio das relações sociais com a variável etnia (Tabela 9). Alguns fatores biológicos intrínsecos influenciam no predomínio e no agravamento da hipertensão, sendo estas predominantes na etnia negra, o que pode ser relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos.

Esta variável tem valor clínica na esfera da QV, o fato da população investigada ter apresentado maior percentual de pessoas que se dizem pardas, sugere ser resultado da miscigenação histórica na população brasileira, com fortes indícios na região norte, em especial no estado do Amapá.

De maneira semelhante ao descrito na produção científica, o maior percentual de participantes deste estudo foi da etnia parda (67,9%). Na análise de dependência entre as variáveis Ribeiro *et al.* (2015) evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre QV e raça/cor ($p=0,0002$).

Na tabela 11 quando associados qualidade de vida e prática de atividade física constatou-se que as médias de todos os domínios de QV dos participantes que atingem as recomendações de prática de atividade física, se apresentaram superiores quando comparadas aos que não atingem as recomendações. Neste contexto, domínio físico apresentou expressiva significância estatística e o psicológico apresentou diferenças próximas da significância estatística.

Estes resultados podem estar relacionados com o impacto que prática da atividade física no controle dos níveis pressóricos, o que pode gerar uma percepção melhor de qualidade de vida.

Cabe destacar a importância da uma equipe multiprofissional atuante nas ações que promovam a prevenção dos agravos da saúde de pessoas com HAS, que são atendidas pela atenção básica, em especial nas unidades de ESF.

É necessário que os gestores públicos façam uma análise desta condição, uma vez a HAS e outras doenças poderiam ser melhor controladas, com prática de atividade física sistematizada, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida deste público.

A orientação da atividade física sistematizada por professores de Educação Física, associada a um atendimento multiprofissional pode contribuir para prevenção de agravos da HAS. Desta forma, a inclusão do professor de Educação Física na ESF, precisa ser analisada, bem como a realização de estudos sobre este prisma.

Ressalta-se a importância de facilitar a prática da atividade física em especial nas pessoas HAS, pois, percebe-se que há uma melhora da qualidade de vida em indivíduos que alcançam as recomendações de prática de AF, em especial nos aspectos físicos e psicológicos.

No entanto percebeu-se que na UBS não tem professores de Educação Física concursados e nem terceirizados para contribuírem com a promoção da atividade

física sistematizada da comunidade. Infelizmente não existe previsão legal para que este profissional integre as equipes de ESF.

Essa população só tem o devido acompanhamento de um professor de Educação Física para a prática de atividade física sistematizada no momento em que o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) faz ações na UBS. Sabe-se que a composição do NASF deve ser definida pelos gestores municipais segundo dados epidemiológicos e das necessidades locais.

Segundo relatos dos entrevistados as ações são quinzenais ou mensais. Mas, segundo os participantes essas ações já foram realizadas com uma maior frequência em anos anteriores. Inclusive alguns relatam que sentem faltam de ações que promovam a prática de atividade física sistematizadas.

Cabe ressaltar que alguns dos participantes de pesquisa só recebem acompanhamentos e orientação para a prática de atividades físicas sistematizados por professores de Educação Física somente em um grupo de apoio para diabéticos - que recebe algumas pessoas com HAS, justamente pela sensibilização da coordenação do projeto com esta população, pela falta de atendimentos de serviços nesse sentido – O grupo é coordenado pela professora Francineide Pereira da Silva Pena em um projeto de extensão do curso de enfermagem em conjunto com UBS-UNIFAP.

Na pesquisa sobre qualidade de vida em adultos de meia idade e em idosos praticantes e não praticantes de atividade física, no estudo de Guimarães *et al.* (2012), notou-se que os praticantes de atividade física apresentaram uma qualidade de vida mais positiva quando comparados com os que não praticavam atividade física. Desta forma a literatura afirma que a prática da atividade física contribuí para diminuição dos impactos do envelhecimento e para o controle do avanço das doenças crônicas.

Percebeu-se nos achados desta pesquisa, uma média de idade de 60 anos, demonstrando assim a necessidade da prática de atividade física orientada nesta fase da vida, já que de acordo com a literatura, a AF pode trazer diversos benefícios para idosos.

Uma relação positiva entre atividade física (especialmente no nível moderado) e qualidade de vida em todos os quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental) foi evidenciada por Ha *et al.* (2014) que inferiram que o impacto da atividade física no controle da pressão arterial, tenha contribuído para melhor qualidade de vida dos participantes da pesquisa.

Corroborando assim com os resultados da atual pesquisa, pois, foi possível identificar que as pessoas com HAS que atingem as recomendações de prática de atividade física, apresentam resultados melhores de QV, contribuindo mais uma vez, para reforçar a necessidade da prática da AF estruturada e orientada por professores de educação física.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico e hábitos de vida dos participantes são apresentados, com predomínio do sexo feminino, média de idade de 60,2 anos, não tem companheiro, etnia parda, grau de escolaridade educação básica, tendo situação trabalhista em outras atividades como autônomo, do lar, ou seja, sem vínculo com o mercado formal de trabalho, com isso tem renda familiar em até três salários mínimos. Pode-se considerar que apresentam bons hábitos de vida, pois em sua maioria não são tabagistas e nem usuários de álcool, sem história de uso do tabaco ou álcool.

A análise pelo IPAQ constatou que a maioria foi classificada como ativo, atingindo as recomendações de atividade física como orienta o referido instrumento.

Sobre a percepção de qualidade de vida constata-se que cerca de (48,1%) da população estudada apresenta percepção de qualidade de vida boa, e (36,2%) nem ruim e nem boa. Em relação a satisfação com saúde (33%) estão satisfeitos e (32,4%) nem insatisfeito e nem satisfeito.

O perfil da percepção da população estudada justifica a média e a significância dos domínios de QV psicológico e relações sociais identificados, no entanto, algumas variáveis apresentaram influência e foram identificadas pelo estudo da associação entre elas.

Ao relacionar a percepção de QV com os dados demográficos, sociais, econômicos e de estilo de vida. Percebe-se que neste contexto, as variáveis situação trabalhista e renda familiar se destacam por ter apresentado associação nos quatro domínios de QV, tendo no domínio meio ambiente a significância de maior representatividade desta associação.

Outras variáveis como idade no domínio físico da QV dos participantes se apresentou com significativo estatístico, indicando que é uma varável de importância clínica para qualidade de vida em pessoas com HAS, pois, o avanço da idade responde por limitações orgânicas, que podem ser postergadas e/ou prevenidas com a prática cotidiana AF.

O sexo e o estado civil também se mostraram com significância estatística no domínio psicológico para o contexto da QV das pessoas com HAS, o que sugere que as mulheres apresentam uma percepção negativa de QV quando associado aos dados dos homens. A etnia também foi variável de destaque neste estudo, no domínio relações sociais de QV.

Ao relacionar os níveis de AF com os dados demográficos, sociais, econômicos e de estilo de vida. Percebeu-se que o estado civil sem companheiro responde por um comportamento de resposta a atividade física melhor do que os que têm companheiro o que leva a inferir, que há uma tendência que ter companheiro dificulta a realização da AF sistematizada, acredita-se que haja relação com as negociações de atividades domésticas que incide no tempo disponível para AF sistematizada, que contribuem sobremaneira para o controle da PA.

Pôde-se identificar que idade e estado civil, influenciam o nível de AF em pessoas HAS, e também é possível inferir que nem sempre os bons níveis de atividade física estão relacionados a prática de uma AF sistematizada, em virtude do nível da AF englobar outros domínios como por exemplo, as atividades domésticas. Nesta pesquisa pessoas com HAS, apresentaram bons níveis de AF e aqueles que atingem as recomendações de prática de AF, apresentaram melhores resultados de qualidade de vida.

Durante a realização do estudo foram encontradas algumas limitações. Dentre elas pode-se citar à menor proporção de homens avaliados, quando comparados ao total de mulheres; dificuldades em encontrar os participantes da pesquisa em atendimento nas UBS e em suas residências, o que ocasionou atraso na coleta de dados; a escolha de amostra por conveniência, o que pode maximizar a chance de viés nos resultados.

Conclui-se que a oportunidade de investigar sobre a QV de pessoas com HAS, evidencia a importância do planejamento de ações com base em informações científicas, que devem ser desenvolvidas através de políticas públicas para melhorar a QV desta população e reestruturar, ampliar e reconhecer os servidores atendem a este público.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Carlos Clayton Torres *et al.* Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivo brasileiro de endocrinologia e metabolismo**, Botucatu, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427302008000600004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 set. 2017.
- ALMEIDA, Amanda Santos de *et al.* Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 4826-4837, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22299>. Acesso em: 20 mar. 2019.
- ALVES, João Guilherme Bezerra *et al.* Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 291-294, set./out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922005000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 abr. 2019.
- AMORIM, Marize *et al.* Fatores influenciadores para adoção de prática de atividades físicas percebidos por pessoas longevas. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 273-283, abr./jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-30832014000200273&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 mar. 2019.
- AMORIM, P. R. S.; FARIA, F. R. Dispêndio energético das atividades humanas e sua repercussão para a saúde. **Motricidade**, Vila Real, v.8 n.2, p.295–302, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023568036.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- ANDRADE, João Marcus Oliveira *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803497&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 30 abr. 2019.
- ARENA, Simone Sagres. **Exercício físico e qualidade de vida: avaliação, prescrição e planejamento**. São Paulo: Phorte, 2009. 240p.
- BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 9 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2014.
- BARRETO, Mayckel da Silva *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 795-804, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300795&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 maio 2019.

BENTO, Vivian Freitas Rezende *et al.* Impact of Physical Activity Interventions on Blood Pressure in Brazilian Populations. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 105, n. 3, p. 301-308, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015002200301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2019.

BERNARDES, Carla de Paula. **Qualidade de vida e letramento funcional de portadores de hipertensão arterial residentes na zona rural**. 2016. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6580> Acesso em: 07 set. 2017

BRASIL. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde: Brasília, 2017. 162p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2018.

_____. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde: Brasília, 2018. 132 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em: 24 mar. 2018.

BRITO, Daniele Mary Silva *et al.* Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, abr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2019.

BUNDCHEN, Daiana Cristine *et al.* Qualidade de Vida de Hipertensos em Tratamento Ambulatorial e em Programas de Exercício Físico. **Revista Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v.23, n.6, p. 344-350. 2010. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/23/pdf/v23n6a06.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

_____. Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 91-95, mar./abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000200003. Acesso em: 23 jun. 2017.

CENTRO COORDENADOR DO IPAQ NO BRASIL. **Classificação do nível de atividade física IPAQ**. São Paulo: Centro Coordenador do IPAQ no Brasil 2007. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3343547/mod_resource/content/1/IPAQ.pdf Acesso em: 23 fev. 2018.

CHRESTANI, Maria Aurora Dropa; SANTOS, Iná da Silva dos; MATIJASEVICH, Alcía M. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2395-2406, nov. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100010&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 06 mar. 2019.

CLELAND, Clarie L. *et al.*: Validity of the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) in assessing levels and change in moderate/vigorous physical activity and sedentary behaviour. **BioMed Central Public Health**, [s. l.], v.14, n.1255, p.1-11, dez. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25492375> . Acesso em: 05 dez. 2017.

CÔRTEZ, Denise de Castro Souza *et al.* Qualidade de Vida e Hipertensão Arterial. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, [s. l.], v. 29, n.6, p:512-516, nov. 2016. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n6a12.pdf>. Acesso em: 23 maio 2019

CUNHA, Eliane Silva *et al.* Intensidades de treinamento resistido e pressão arterial de idosas hipertensas – um estudo piloto. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo**, v.18. n. 6, p.373-376, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v18n6/05.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

DONNELLY, Joseph *et al.* American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, [s. l.], v. 41n. 2 p.459-471, fev. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19127177>. Acesso em: 16 jun. 2017.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo *et al.* Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141381232010000500034&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 21 fev. 2019.

DUTRA, Dariele Dias *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Curitiba, v. 8, n. 2. p.4501-4509, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787/pdf1906>. Acesso em: 19 mar. 2019

FLECK, Marcelo P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-bref). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34 n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012. Acesso em: 23 jun 2017.

FRANCELI, Amanda Bonamichi; FIGUEIREDO, Aretuza Silva de; FAVA, Silvana Maria Coelho Leite. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão do tratamento. **Revista mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.12, n.3, p.303-312, nov. 2008. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/270> Acesso em: 14 mar. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2008. 249p.

GUIMARÃES, Adriana Coutinho de Azevedo *et al.* Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idosos praticantes e não praticantes de atividade física. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 661-670, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 abr. 2019.

HA, NinhThi *et al.* Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. **BioMed Central Public Health**, [s. l.], v.14, n.833, p.1-12, ago. 2014. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-833>. Acesso em: 03 abr. 2019.

HAIR JUNIOR, Joseph F. *et al.* **Multivariate Data Analysis**. 7. ed. New Jersey: Pearson Education, 2010. 560p.

HANUS, Juliét Silveira *et al.* Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 381-387, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000400015&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 03 abr. 2019.

HARATI, Hadi *et al.* Reduction in incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention in a middle eastern community. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 38, n. 6, p. 628-636, jun. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20494239>. Acesso em: 16 jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. 181p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 24 maio 2017.

KIENTEKA, Marilson *et al.* Atividade física e saúde: produção científica em periódicos da Educação Física no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 19, n.4, p. 410-416, ago. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/3786>. Acesso em: 16 jun. 2017.

LIMA, Dartel Ferrari de; LEVY, Renata Bertazzi; LUIZ, Olinda do Carmo. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.36, n.3, p.164–170, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n3/04.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017.

MACIEL, Erika da Silva *et al.* Correlação entre nível de renda e os domínios da qualidade de vida de população universitária brasileira. **Revista Brasileira de Qualidade de vida**, Ponta Grossa, v. 5, n. 1 p. 54-62, 2013. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1458/957>. Acesso em: 21 maio 2019.

MAGNABOSCO, Patrícia. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05102007-095321/pt-br.php>. Acesso em: 22 fev. 2019.

MALACHIAS, Marcus Vinicius Bolívar *et al.* IIV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, VII. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 3, p.01-83, set. 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 10 jun. 2017.

MALTA, Deborah *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade Física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 286-299, maio. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/3427>. Acesso em: 30 nov. 2017.

MANCIA, Giuseppe *et al.* 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, [s. l.], v.34, n.28. p.2159-2219, jul. 2013. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/34/28/2159/451304#89306921>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MARTINS, Larissa Castelo Guedes *et al.* Nível de atividade física em pessoas com pressão alta. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 462-467, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2019.

MASSA Kaio Henrique Correa *et al.* Atividade física e hipertensão em idosos no Município de São Paulo. Pelotas/RS. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 7-13, ago. 2012. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/538>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MASTROPIETRO, Ana Paula *et al.* Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia Hemoter**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 102-107, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019.

MATSUDO, Sandra *et al.* Questionário internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 6, n.2, p. 5-18, out. 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/931>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MELCHIORS Ana Carolina. **Hipertensão arterial**: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. 2008. 155f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/14482/Ana;jsessionid=C3A46577505783CD024526CC6216BEF6?sequence=1>. Acesso em: 05 ago. 2018.

MENEGUCI, Joilson *et al.* Comportamento Sedentário: conceito, implicações fisiológicas e procedimentos de avaliação. **Motricidade**, Ribeira da Penha, v. 11, n.1, p.160-174, 2015. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/3178>. Acesso em: 18 jun. 2017.

MEDINA, Fábio Leandro *et al.* Atividade Física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.17, n. 2, p. 103-106, maio. 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/10-atividade.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

MIELKE, Grégore Iven *et al.* Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 277-286, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222015000200277&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2019.

MINAYO, Marília Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 15 ago. 2018.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2019.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NOGUEIRA, Ingrid Correia *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 587-601, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2019.

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane *et al.* Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & 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: 19 fev. 2019.

OMOROU, Yacoubou Abdou *et al.* Contribution of taking part in sport to the association between physical activity and quality of life. **Quality of Life Research**, [s. l.], v.22, n. 8, p. 2021-2029, out. 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-013-0355-3#citeas>. Acesso em: 17 fev. 2019.

PAULO CARVALHO *et al.* Efeito dos treinamentos aeróbio, resistido e concorrente na pressão arterial e morfologia de idosos normotensos e hipertensos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 363-370, set. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/2643>. Acesso em: 18 Jun. 2017.

PENA, Fracineide Pereira da Silva. **Resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus à luz da promoção da saúde**. 2017. 190f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-07092017-124429/pt-br.php>. Acesso em: 21 maio 2019.

PILGER, Calíope; MENON, Mario Humberto; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 maio 2019.

PINHO, Natália de Alencar; PIERIN, Angela Maria Geraldo. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 3, p. 65-73, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013002900020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2019.

POLISSENI, Maria Lucia de Castro; RIBEIRO, Luiz Cláudio. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 340-344, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922014000500340&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2019.

PUCCI, Gabrielle Cristine Moura Fernandes *et al.* Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 166-179, fev. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2018.

RECH, Cassiano Ricardo *et al.* Perceived Barriers To Leisure-Time Physical Activity In The Brazilian Population. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 303-309, ago. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922018000400303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2019.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n.3, p. 581-587, 2012. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16511>. Acesso em: 18 mar. 2019

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, jun. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200432&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2019.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 520p.

SANTOS, Andrea Hirt *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde em servidores públicos. **Revista brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 7, n. 1, p. 27-38, jan./mar. 2015. Disponível em:

<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/2409>. Acesso em: 08 set. 2017.

SANTOS, Ana Lucia Padrão; SIMOES, Antônio Carlos. Educação Física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 181-192, mar. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2019.

SELEM, Soraya Sant'Ana de Castro *et al.* Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 1, p. 52-59, dez. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2013000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 24 mar. 2018.

SHIROMA, Erick; LEE, I-min. Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity.

Circulation, [s. l.], v.122, n.7, p.743-752, ago. 2010. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20713909>. Acesso em: 16 jun 2017

SILVA, Patrícias Costa dos Santos. **Qualidade de vida relacionada à saúde entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica em uma unidade de estratégia de saúde da família do sul de Minas Gerais**. 2014. 164 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08052015-135817/pt-br.php>. Acesso em: 05 mar. 2017.

STAMATAKIS, Emmanuel *et al.* Domestic Physical Activity in Relationship to Multiple CVD Risk Factors. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v.32, n.4, p. 320-327, abr. 2007. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(06\)00563-0/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(06)00563-0/fulltext). Acesso em: 28 mar. 2019.

SZWARCWALD, Celia Landmann *et al.* Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 132-145, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000600132&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 22 fev. 2019.

TAVARES, Telma Braga *et al.* Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n.3, p. 359-366, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>. Acesso em: 20 maio 2019.

TURI, Bruna Camilo. **Prática de atividades físicas, doenças crônicas não transmissíveis e mortalidade entre adultos usuários da atenção primária do sistema público de saúde de Bauru, São Paulo: estudo longitudinal**. 2015.115f. Tese (Doutorado em Ciência da Motricidade) - Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Rio Claro, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/132863>. Acesso em: 30 out. 2017.

TURI, Bruna Camilo *et al.* Exercício, pressão arterial e mortalidade: achados de oito anos de seguimento. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 133-136, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922017000200133&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2019.

WEBB, Elizabeth *et al.* Proximal predictors of change in quality of life at older ages. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [s. l.], v. 65, n. 6, p. 542-547, jun. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20693492>. Acesso em: 10 maio 2019.

WHELTON, Paul K. *et al.* 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Hypertension**, [s. l.], v.71, n.6, p.13-115, 2018. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYP.000000000000065>. Acesso em: 25 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL-bref – Introduction, administration, scoring, and generic version of assessment**. Geneva: World Health Organization, 1996. 18p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. Acesso em: 24 jun. 2017

VIRGINIA DE CARVALHO, Maria *et al*/ A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.100, n.2, p.164-174, 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013000200009&script=sci_abstract&lng=en. Acesso em: 08 jun. 2017.

ZAAR, Andriago; REIS, Victor Machado; SBARDELOTTO, Mari Lucia. Efeitos de um programa de exercícios físicos sobre a pressão arterial e medidas antropométricas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.20, n 1, p.13-16, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n1/1517-8692-rbme-20-01-00013.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

ZANGIROLANI, Lia Thieme Oikawa. *et al*. Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2019.

ZHOU, Bin *et al*. Tendências mundiais da pressão arterial de 1975 a 2015: uma análise conjunta de 1479 estudos de medição baseados na população com 19,1 milhões de participantes. **The Lancet**, [s. l.], v. 389, n. 10064, p. 37 – 55, 2017. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31919-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31919-5.pdf). Acesso em: 17 nov. 2017.

ZYGMUNTOWICZ, Monika *et al*. Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. **Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej**, [s. l.], v. 122, n. 8, p. 333-340, jul. 2012. Disponível em: http://pamw.pl/sites/default/files/PAMW_2012-7-8_Zygmuntowicz.pdf. Acesso em: 18 jul. 2018.

ANEXO A- Questionário Internacional De Atividade Física – Versão Curta

Número: _____

Data: _____ / _____ / _____

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

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: _____

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 livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

Horas: _____ Minutos: _____

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

Horas: _____ Minutos: _____

ANEXO B - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Mais Ou Menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		 muito ruim	 ruim	 nem ruim nem bom	 Bom	 muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C- Certificado Cep

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIFICADO

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: um estudo entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica
Pesquisador Responsável: DIEGO FELIPE DE OLIVEIRA ASSIS
CAAE: 82773818.2.0000.0003
Submetido em: 12/01/2018
Instituição Proponente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Situação da Versão do Projeto: Parecer Consubstanciado Emitido (Aprovado)
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Número do Parecer: 2.497.664

Certificamos que o Projeto cadastrado está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em reunião realizada em 16/02/2018.

Macapá, 16 de fevereiro de 2018

Prof.^a Msc. Raphaelle Souza Borges
Coordenadora - CEP-UNIFAP
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa/PROPESPG
Portaria nº 051/2015

Raphaelle Souza Borges
Comitê de Ética em Pesquisa
Portaria 051/2015

ANEXO D-Termo de Autorização para Realização de Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Fundação Universidade Federal do Amapá
Pró-Reitoria de Extensão e Ações Comunitárias
Unidade Básica de Saúde – Policlínica UNIFAP
Rua Amadeu Gama nº 1373 – Universidade, CEP. 68.903-230. Fone: 3217-5606

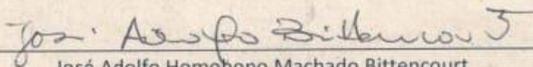
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, José Adolfo Homobono Machado Bittencourt, Diretor da Unidade Básica de Saúde da UNIFAP, RG Nº 123127, CPF Nº 777.054.672-91, AUTORIZO, o pós-graduando Diego Felipe de Oliveira Assis – matrícula 2017100560 seu orientador Professor Dr. Álvaro Adolfo Duarte Alberto e co-orientadora Dra. Francineide Pereira da Silva Pena a realizar a pesquisa referente ao projeto intitulado **“QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: UM ESTUDO ENTRE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.**

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

1. Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
2. Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
3. Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contactadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.
4. Em caso de desrespeito ao Item 3 (supracitado), em qualquer momento da pesquisa, esta Instituição pode revogar este Termo:

Macapá, 18 de Dezembro de 2017.


José Adolfo Homobono Machado Bittencourt
Diretor Interino da UBS-UNIFAP
Portaria 808/2013

APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

De acordo com a Resolução 466/2012, através deste termo convidamos o Senhor (a) para participar do projeto de pesquisa intitulada: **“QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: um estudo entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica”**, que tem como objetivo geral: “Avaliar a relação entre percepção da qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial sistêmica consideradas ativas fisicamente e insuficientemente ativas. O local da pesquisa será a UBS/UNIFAP, localizado no município de Macapá-AP. A coleta de dados será por meio 03 questionários, o primeiro será para identificar o perfil socioeconômico do participante. O segundo será o questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), para a classificação do nível de atividade física. E o terceiro será o questionário World Health Organization Quality of Life - bref (WHOQOL-bref), para avaliação da qualidade de vida. As informações serão tratadas de forma sigilosa e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do projeto. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade será assegurada uma vez que será utilizado apenas um código numérico para identificar seus dados. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTE estudo e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) Sr (a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que é atendido.

O (a) Sr (a), não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Haverá riscos mínimos relacionados vergonha ou constrangimento em responder alguns questionamentos relacionados a dimensão da qualidade de vida e atividade física, isso poderá causar desconforto, entretanto, caso venha ocorrer terá a sua disposição um profissional de saúde (enfermeiro ou psicólogo da ESF) acompanhando a coleta de dados e poderão auxiliar para amenizar o desconforto, conversando e acalmando o estado de tensão apresentado. O conhecimento sobre a realidade da população estudada, ofertará argumentos para a melhora dos atendimentos e contribuirão para melhorar o serviço e por conseguinte a promoção da qualidade de vida e atividade física. Para os serviços de saúde, espera-se que os

resultados da pesquisa subsidiem a estimulação da prática de atividade física estruturada orientada por professores de Educação Física.

O Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar as suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Eu, _____ RG _____
 _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O pesquisador Diego Felipe de Oliveira Assis e seu orientador Prof. Dr. Álvaro Adolfo Duarte Alberto e sua co-orientadora Profa Dra. Francineide Pena, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador responsável pela pesquisa Diego Assis, através do número 99111-7876 e 98112-9172.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Participante da Pesquisa: _____
 Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário (a) ou responsável legal.

 Diego Felipe de Oliveira Assis UNIFAP
 Cel: (96) 99111-7876/ 981129172
 diego.auroradoequador@gmail.com

 Álvaro Adolfo Duarte Alberto-UNIFAP
 Cel: (96) 98118-2730
 alvaroduarte@unifap.br

 Francineide P. da Silva Pena - UNIFAP
 Cel: (96) 99902-0121
 franci.pena@unifap.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá
 Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador – Macapá/AP.
 Fones (96) 4009-2804/2805

Macapá-Ap, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B- Questionário- Perfil da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica

I –DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Número_____
2. Sexo: () M () F
3. Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ anos.
4. Estado civil:_____
5. Cor/Etnia: _____
6. Profissão / Ocupação: _____
7. Telefone para contato: _____
8. E-mail:_____

II – DADOS SOCIAIS E ECONOMICOS

9. Qual a sua renda familiar?

10. Número de pessoas que residem em sua casa? _____
11. Quantos anos você estudou?

12. Moradia: () Própria () Alugada () Cedida

III – ESTILO DE VIDA

13. É fumante? () sim () não . Se sim, quanto cigarros fuma por dia? _____
 14. Faz uso de bebidas alcoólica? () sim () não.
 15. Se sim, qual a bebida que toma? _____,
 16. Frequência: () diária, () Final de Semana, () uma vez por mês.
 17. Quantas garrafas/copos? _____
 18. Você pratica alguma atividade física sistematizada (exercícios físicos)?
Sim () Não ()
 19. Se sim, qual?
() Corrida () Musculação () Hidroginástica () Natação () Dança
() Caminhada () Futebol () Vôlei () Artes Marciais () outro
-

20. Qual motivo levou você a praticar atividade física sistematizada?

() Recomendação do Médico () Perder peso () Sedentarismo

() Recomendação do enfermeiro () Outro Motivo

IV – RELACIONADAS A HIPERTENSÃO

21. A quanto tempo você foi diagnosticado com hipertensão arterial? _____

22. Quais os níveis de sua pressão arterial? _____

23. O que o(a) sr.(a) faz para “controlar” a sua pressão alta?

() Alimentação com redução de sal

() Dieta para perder/manter peso

() Exercício Físico

() toma medicação de rotina

() toma medicação “quando tem problema” com a pressão

() outra . Qual? _____

() não segue nenhuma orientação.

() não sabe/ não respondeu