

Ana Paula Costa Velten<sup>1</sup>  
Adriana Nunes Moraes<sup>1</sup>  
Elizabete Regina Araújo de Oliveira<sup>2</sup>  
Ana Carolina Melchior<sup>1</sup>  
Carla Milena Coqueiro Secchin<sup>1</sup>  
Eliane de Fátima Alemida Lima<sup>2</sup>

**Quality of life and  
hypertension in  
quilombola communities  
of north the Espírito  
Santo, Brazil**

## **| Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil**

**ABSTRACT | Introduction:** *Hypertension is a chronic disease of multicausal origin that commonly impacts the quality of life. Studies have attempted to assess the impact of chronic disease on quality of life of its sufferers. Objective:* *This study aims to compare the influence of hypertension on quality of life among hypertensive and normotensive quilombola communities in two counties in Northern, Espírito Santo, Brazil. Methods:* *This is a case-control study conducted in four quilombola communities, where cases were all hypertensive registered in Program Community Health Workers and the normotensive controls were matched according to age, sex and race/color. The data collection instrument used was the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), composed of the domains physical, psychological, social relationships and environment. The data were processed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 17.0, which was performed using the Mann Whitney U test. Results:* *The physical domain of the instrument (WHOQOL-bref), which assesses the facets pain and discomfort, energy and fatigue, sleep and rest, mobility, activities of daily living, dependence on medication or treatments and work capacity, statistical differences significant ( $p = 0.041$ ) among hypertensives (median = 57.14) and normotensive (Median = 60.71). Conclusion:* *Hypertension is related to living conditions, work and consumption of the population, producing tensions and wear and tear organic-functional influencing quality of life.*

**Keywords |** *Chronic disease; Hypertension; Quality of life.*

**RESUMO | Introdução:** A hipertensão arterial é uma doença crônica de origem multicausal que comumente impacta a qualidade de vida. Estudos têm procurado avaliar o impacto de doenças crônicas na qualidade de vida de seus portadores. **Objetivo:** Este estudo pretende comparar a influência da hipertensão arterial sistêmica na qualidade de vida entre hipertensos e normotensos em comunidades quilombolas, em dois municípios do norte do Espírito Santo, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso-controle realizado em quatro comunidades quilombolas, onde os casos foram todos os hipertensos cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e os controles foram os normotensos pareados de acordo com a faixa etária, sexo e raça/cor. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), composto pelos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os dados foram processados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 17.0, no qual foi realizada a análise estatística pelo teste U de Mann Whitney. **Resultados:** O domínio físico do instrumento (WHOQOL-bref), que avalia as facetas dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade do trabalho, apresentou diferença estatística significativa ( $p=0,041$ ) entre hipertensos (mediana=57,14) e normotensos (mediana=60,71). **Conclusão:** A hipertensão está relacionada com as condições de vida, trabalho e consumo da população, gerando tensões e desgaste e deterioração orgânico-funcional, influenciando a qualidade de vida.

**Palavras-chave |** Doença crônica; Hipertensão; Qualidade de vida.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, São Mateus/ES, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

São Mateus é o segundo município mais antigo do Espírito Santo (ES) e a cidade com a maior proporção de negros do Estado. Foi fundado em 21 de setembro de 1544, recebendo autonomia municipal apenas em 1764. A grande parcela de negros em sua população ocorre devido ao porto de São Mateus ter sido uma das principais portas de entrada de negros para serem vendidos como escravos no Brasil, na segunda metade do século XIX. Desse porto os negros africanos eram comercializados e encaminhados para as diversas fazendas da região. A apreensão do último carregamento clandestino na costa brasileira, em 1856, com 350 africanos, ocorreu no porto de São Mateus<sup>1</sup>.

Em resposta ao sistema escravista, a história registra inúmeras fugas e consolidação de quilombos na região norte do Estado, que, com o fim da escravidão, resultaram nas comunidades remanescentes de quilombolas. Essas comunidades são áreas ocupadas há séculos por descendentes de escravos, ex-escravos e por negros livres<sup>2</sup>.

No País, estão catalogadas 2.790 comunidades, de panoramas regionais bem divergentes, algumas já tituladas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) e outras em processo administrativo de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação. A Região Sudeste possui registro de 375 comunidades. Somente a região do extremo norte do ES, a região do Sapê do Norte, apresenta cerca de 35 comunidades quilombolas compostas em grande parte por negros<sup>3</sup>.

Estudos apontam que a hipertensão arterial na cor/raça negra possui maior prevalência, pior evolução e complicações mais graves e frequentes<sup>4,5</sup>. O motivo dessa associação negativa entre cor/raça negra e hipertensão arterial ainda não é totalmente conhecido. Várias sugestões têm sido lançadas na tentativa de se justificar esse fato.

Segundo Barreto *et al.*<sup>6</sup>, pessoas de cor/raça negra parecem apresentar uma alteração hereditária na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gene economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando, desse modo, o aparecimento da hipertensão arterial.

Além disso, Cruz e Lima<sup>4</sup> apontam que, em se tratando da cor/raça negra brasileira, há ainda um importante fator de destaque, que é a história social do negro. Calcada na escravidão, essa história pode ter facilitado a eclosão da hipertensão arterial, uma vez que as condições de escravização negra e a colonização mercantilista

colocaram os africanos e seus descendentes brasileiros em frente a fatores de risco que não existiam em seu *habitat* natural. Sequestros, torturas, trabalhos forçados, miséria, angústia espiritual, ansiedade, medo, alteração no padrão social e desesperança provavelmente tenham contribuído para alterar a homeostase dos afro-brasileiros.

Ainda sobre a história social do negro, percebe-se que a cor/raça negra, no decorrer da história, sempre esteve associada a condições socioeconômicas menos favorecidas em relação às demais etnias, a baixos indicadores sociais e à exclusão social; o que também pode estar relacionado com o pior prognóstico da hipertensão arterial na cor/raça negra, já que, quanto pior o nível socioeconômico, maior o risco para a hipertensão<sup>7</sup>.

A hipertensão arterial, além de apresentar proporções maiores na cor/raça negra, é a doença crônica mais prevalente no mundo, acometendo, aproximadamente, 25% da população, com tendência de aumento para 29% até 2025<sup>8</sup>.

A hipertensão arterial ainda apresenta altos custos médicos e socioeconômicos decorrentes principalmente das complicações que a acompanham: acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades<sup>9</sup>.

Estudos têm procurado avaliar o impacto de doenças crônicas na qualidade de vida de seus portadores por estas o acompanharem durante o seu dia a dia. Foi reconhecido que o impacto ocasionado por doenças crônicas deve ser avaliado, visto que o conhecimento dos sistemas causados por essas doenças é importante para considerar a escolha do regime terapêutico e para a prestação de cuidados paliativos adequados<sup>10,11</sup>.

Desde 1948, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como sendo não apenas a ausência de doença, mas também o bem-estar físico, psíquico e social, a questão da qualidade de vida relacionada com a saúde tem sido uma constante muito importante na prática dos cuidados de saúde e em pesquisas. Na atenção à saúde, vem sendo essencial uma visão humanística entre o profissional e o paciente, na qual o completo bem-estar do paciente é o objetivo principal<sup>12</sup>.

Para que se possa medir efetivamente o impacto de doenças e/ou intervenções sobre a qualidade de vida associada à saúde, são necessários instrumentos de mensuração válidos. Esses instrumentos têm apresentado um aumento significativo em sua utilização, principalmente após a comprovação de suas propriedades de medidas e como um parâmetro válido e reprodutível<sup>13</sup>. Os instrumentos que

são empregados para qualquer tipo de paciente (inclusive saudáveis), não enfocando uma doença específica, são ditos genéricos; já os que são próprios para populações com determinados agravos são os instrumentos específicos<sup>14</sup>.

A OMS elaborou um conhecido instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida em uma perspectiva internacional e transcultural: o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). O WHOQOL surgiu de um projeto multicêntrico internacional desenvolvido com a colaboração de 15 centros que realizaram estudos sobre a qualidade de vida, simultaneamente, em diversas culturas, resultando na elaboração de um questionário composto por 100 questões. Nesse contexto, a definição de qualidade de vida adotada pela OMS<sup>15</sup> foi “[...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Devido à dificuldade da aplicação do WHOQOL-100, foi desenvolvido o WHOQOL-Bref, uma versão abreviada da anterior, constituída por 26 questões, das quais 24 avaliam a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As duas questões restantes avaliam aspectos gerais da qualidade de vida. Apesar de compacta, essa versão possui características psicométricas satisfatórias<sup>16,17</sup>.

Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros que estudam a qualidade de vida em 18 países. O instrumento está disponível em 20 idiomas. A versão em português foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul<sup>16,17</sup>.

O objetivo deste estudo é comparar a qualidade de vida entre hipertensos e normotensos em comunidades quilombolas em dois municípios do norte do Espírito Santo, Brasil.

## MÉTODOS |

Trata-se de um estudo observacional, analítico do tipo caso-controle realizado em comunidades quilombolas da região do sapê do norte, zona rural dos municípios de São Mateus e Conceição da Barra/ES.

Foram estudadas quatro comunidades quilombolas, duas localizadas no município de São Mateus que, juntas, somam 49 famílias; e duas no município de Conceição da Barra, com 40 famílias. Tais comunidades foram selecionadas devido à atuação da Estratégia em Saúde da Família (ESF).

Essas comunidades estão organizadas em sítios familiares que mantêm entre si laços de parentesco e compadrio, efetivando redes de religiosidade, festas e outras práticas que remontam à cultura negra. As comunidades estudadas ficam distantes das sedes municipais, em áreas de difícil acesso. As do município de São Mateus margeiam o principal rio da região e, de maneira geral, vivem da agricultura de subsistência e da pesca. As do município de Conceição da Barra localizam-se entre grandes áreas particulares de plantio de eucalipto e cana-de-açúcar e sobrevivem dos resíduos do eucalipto, do carvoamento, da agricultura de subsistência e da pesca.

O grupo de casos foi constituído de hipertensos cadastrados na ESF dessas comunidades, na faixa de 20 a 59 anos. No momento da pesquisa, havia 26 hipertensos cadastrados nas comunidades estudadas.

O grupo controle foi composto por indivíduos normotensos pareados com os casos, de acordo com o sexo, faixa etária e cor da pele, na proporção de um caso para um controle; com pressão sistólica menor que 140mmHg e pressão diastólica menor que 90mmHg, conforme diretrizes para o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica, na ausência de medicamentos e sem diagnóstico prévio de hipertensão<sup>9</sup>.

Para assegurar que indivíduos hipertensos não fossem classificados como grupo controle, por desconhecer seus níveis pressóricos, foram realizadas três aferições da pressão arterial em cada grupo controle, utilizando o aparelho oscilométrico Omron HEM 705 CP, modelo eletrônico e digital de medida de pressão arterial de braço, com inflação e deflação automática de ar, testado e aprovado pela British Hypertension Society<sup>18</sup>. O aparelho possui vantagens metodológicas como: facilidade de treinamento e padronização dos entrevistadores; eliminação de vieses relacionados com a visão, audição e atenção do entrevistador; impossibilidade de opção por dígitos terminais; e não interferência na velocidade de inflação/deflação do manguito. Para fins de análise, considerou-se a média aritmética das três medidas.

O instrumento utilizado para a mensuração da qualidade de vida relacionada com a saúde foi o instrumento genérico WHOQOL, em sua versão abreviada. Apesar de o enfoque ser o impacto causado pela hipertensão, não foi utilizado um instrumento específico, pois ele seria aplicado tanto em casos como em controles. O domínio físico avalia as facetas “Dor e desconforto”, “Energia e fadiga”, “Sono e repouso”, “Mobilidade”, “Atividades da vida cotidiana”, “Dependência de Medicação ou de Tratamentos” e “Capacidade de Trabalho”. Também foram analisados os domínios psicológico, relações

sociais e meio ambiente. Em relações sociais, foram avaliadas as facetas “Relações pessoais”, “Suporte (apoio) social” e “Atividade sexual”. O domínio psicológico pondera as facetas “Sentimentos positivos”, “Pensar, aprender, memória e concentração”, “Autoestima”, “Imagem corporal e aparência”, “Sentimentos negativos”, “Espiritualidade/religião/crenças pessoais”. Por fim, o domínio meio ambiente considera as facetas “Segurança física e proteção”, “Ambiente no lar”, “Recursos financeiros”, “Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade”, “Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades”, “Participação em e oportunidades de recreação/lazer”, “Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)” e “Transporte”<sup>19</sup>.

As entrevistas foram realizadas de dezembro de 2009 a maio de 2010 no domicílio dos indivíduos participantes. A duração média de cada entrevista foi de 30 minutos. Além da aplicação do instrumento de coleta de dados, os participantes foram ainda questionados quanto à cor da pele, estado civil, ocupação, renda e escolaridade. Destaca-se que, dos 26 hipertensos cadastrados, um deles não foi encontrado em nenhuma das visitas realizadas às comunidades.

Em cada domínio do WHOQOL-bref, os escores finais foram calculados por uma sintaxe, resultando em escores numa escala de 4 a 20. A sintaxe foi realizada utilizando o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17.0, conforme instrução fornecida pelo grupo responsável pela padronização do instrumento no Brasil; assim como as demais análises estatísticas.

Para a comparação dos valores entre casos e controles, foi utilizado o teste U de Mann Whitney (não paramétrico). Também foi usado o teste qui-quadrado ( $X^2$ ) para as variáveis qualitativas categóricas (estado civil, renda familiar, ocupação e escolaridade) para testar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as duas distribuições (casos e controles). As variáveis gênero e cor da pele não foram incluídas por terem sido pareadas. Em todos os testes, o nível de significância adotado foi de 5%.

Quanto aos aspectos éticos, todas as informações do presente estudo foram de caráter confidencial. Os participantes foram informados sobre o tipo e a finalidade do estudo, bem como foi assegurada a garantia da confidencialidade das informações. Todos consentiram em participar da pesquisa e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a entrevista. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Norte do Espírito Santo, da Universidade Federal do Espírito Santo, conforme Parecer nº 045/2009.

## RESULTADOS |

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, assim como o resultado do teste qui-quadrado para essas variáveis. Observa-se que a maioria da amostra é do sexo feminino, da cor/raça negra, de estado civil casado e com renda familiar entre um e três salários mínimos. Sobre a ocupação predominam os trabalhadores rurais e “do lar” e, quanto à escolaridade, prevalece o ensino fundamental incompleto. Não foi observada diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os grupos caso e controle para as variáveis da Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta a mediana dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e das questões gerais (1 - “Como você avaliaria sua qualidade de vida” e 2 - “Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?”) e também o resultado da comparação entre casos e controles para cada domínio e questão. O domínio físico apresentou diferença estatística significativa entre casos e controles ( $p = 0,041$ ).

## DISCUSSÃO |

Ao observar a amostra estudada, nota-se que ela foi homogênea em relação às características sociodemográficas, o que pode ser atribuído ao fato de os sujeitos casos e controles residirem nas mesmas comunidades quilombolas e possuírem padrão de vida e hábitos semelhantes.

Percebeu-se que 84% dos hipertensos com menos de 60 anos, cadastrados nas ESFs das comunidades estudadas, eram mulheres, o que leva a sugerir que a prevalência de hipertensão nessas comunidades é maior em mulheres; ou, ainda, pode ser que as mulheres tenham buscado mais o serviço de saúde e detectado seu estado de hipertensa, e que os homens hipertensos desconheçam seus níveis pressóricos e não estejam cadastrados nas ESFs.

Um estudo de base populacional, realizado por Costa *et al.*<sup>20</sup> sobre a prevalência de hipertensão na população adulta e fatores de risco relacionados, observou que a prevalência da hipertensão foi maior no sexo feminino (57% no sexo feminino e 43% no masculino) e que as mulheres apresentaram 17% a mais de probabilidade de apresentar hipertensão arterial do que os homens.

As diferenças nos níveis da pressão arterial entre os sexos estão associadas aos hormônios sexuais estrogênios e testosterona. Ocorre um aumento significativo de pressão arterial nas mulheres durante o período peri

Tabela 1 – Caracterização da amostra sobre os determinantes sociodemográficos da população quilombola. São Mateus/ Conceição da Barra - ES, 2009-2010

Variáveis	Caso		Controle		Total		qui-quadrado	p-valor	
	N	%	N	%	N	%			
<b>Sexo</b>	Masculino	4	16	4	16	8	16	0,000	1,000
	Feminino	21	84	21	84	42	84		
<b>Cor da pele</b>	Preta	14	56	14	56	28	56	0,000	1,000
	Parda	11	44	11	44	22	44		
<b>Estado civil</b>	Solteiro	1	4	2	8	3	6		
	Casado	18	72	16	64	34	68		
	União estável	5	20	5	20	10	20	1,451	0,835
	Divorciado	0	0	1	4	1	2		
	Viúvo	1	4	1	4	2	4		
<b>Renda familiar</b>	Menos de 1 salário	10	40	4	16	14	28		
	De 1 a 3 salários	15	60	20	80	35	70	4,286	0,117
	De 4 a 7 salários	0	0	1	4	1	2		
<b>Ocupação</b>	Trabalhador rural	12	48	14	56	26	52		
	Do lar	13	52	6	24	19	38		
	Aux. serviços gerais	0	0	3	12	3	6	7,733	0,102
	Professor	0	0	1	4	1	2		
	Tratorista	0	0	1	4	1	2		
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	7	28	3	12	10	20		
	E. fundamental incompleto	11	44	9	36	20	40		
	E. fundamental completo	7	28	10	40	17	34	5,329	0,255
	E. médio completo	0	0	2	8	2	4		
	E. superior completo	0	0	1	4	1	2		

e pós-menopausa, devido à redução da propriedade vasodilatadora dos estrogênios e também por seu potencial para proteção em longo prazo da aterosclerose<sup>21,22</sup>.

Quanto à cor da pele, a maioria da amostra é de cor preta e os demais são de cor parda, justamente porque as comunidades quilombolas são formadas por descendentes de escravos negros. As famílias, de uma forma geral, possuíam baixa renda familiar (maioria das famílias entre um a três salários

mínimos) o que pode ser um reflexo do perfil de ocupação dos membros dessas famílias. De toda a amostra, 52% eram trabalhadores rurais e 38% “do lar”. Vale ressaltar que estudos têm demonstrado que, quanto menor o nível socioeconômico, maior o risco de elevar a pressão arterial<sup>9,23</sup>.

O nível de escolaridade encontrado nas comunidades foi 20% de analfabetos e 40% em ensino fundamental incompleto. Por se tratar de comunidades rurais, a baixa escolaridade

Tabela 2 – Dados dos domínios e questões gerais do *Whoqol-bref* para a população quilombola. São Mateus/ Conceição da Barra - ES, 2009-2010

Domínio	Mediana		Mann Whitney	p-valor
	Caso	Controle		
Físico	57,14	60,71	208,00	0,041*
Psicológico	66,66	62,50	311,00	0,977
Relações sociais	75,00	75,00	269,00	0,751
Meio ambiente	53,12	50,00	304,50	0,876
Percepção da qualidade de vida	12,50	12,50	269,500	0,290
Satisfação com a saúde	12,50	18,75	239,000	0,137

\* p&lt;0,05

pode ser associada ao difícil acesso à escola. Na maioria das comunidades, a escola fica distante das residências, sendo necessário transporte escolar ou uma longa caminhada pelas crianças. A baixa escolaridade também tem sido apontada como um fator de risco para a hipertensão<sup>20,24</sup>.

Sobre a qualidade de vida, percebe-se que o domínio físico, que avalia as facetas “Dor e desconforto”, “Energia e fadiga”, “Sono e repouso”, “Mobilidade”, “Atividades da vida cotidiana”, “Dependência de medicação ou de tratamentos” e “Capacidade de trabalho”, apresentou diferença estatística significativa entre casos e controles<sup>19</sup>.

Diversos estudos têm apontado fatores para o impacto negativo da hipertensão sobre as facetas avaliadas pelo domínio físico<sup>25,26</sup>. Gusmão e Pierin<sup>25</sup> afirmam que, desde o conhecimento do diagnóstico de hipertensão, há influência no relato de sintomas antes não notados, no absenteísmo ao trabalho e na qualidade de vida. A quebra do silêncio do corpo e a lembrança da presença de uma doença crônica, como fator de mortalidade, diminuem a percepção geral de saúde do indivíduo quando ele se baseia na crença de que sua saúde irá piorar. Essa crença e a detecção de sintomas podem afetar o limiar de dor e desconforto, a realização das atividades diárias e a capacidade para o trabalho.

A doença hipertensiva é considerada silenciosa e assintomática. Estudos realizados<sup>27,28</sup> demonstraram que as pessoas, ao serem questionadas sobre dor na hipertensão, referiram sintomas como: cefaleia, dores no peito, tontura, alterações nos batimentos cardíacos, alterações visuais e agitações. Conforme se percebe, apesar de os sintomas serem inespecíficos, as pessoas apresentam como sintomatologia sensações corpóreas bem específicas, que podem causar interferência nas atividades cotidianas, com prejuízos na qualidade de vida<sup>29</sup>.

Lopes *et al.*<sup>26</sup> ajuízam que a hipertensão arterial está relacionada com as condições de vida e trabalho da população, gerando o desgaste e deterioração orgânico-funcionais, com especial sobrecarga do sistema nervoso endócrino e cardiovascular, comumente levando ao aparecimento de outras doenças. Esse desgaste e deterioração podem interferir em todas as facetas avaliadas pelo domínio físico.

As alterações físicas oriundas de efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas também influenciam a qualidade de vida. Dessa forma, avaliar qualidade de vida nos hipertensos tornou-se parte importante na proposta de tratamento<sup>25</sup>.

Outro estudo apontou, como consequências da hipertensão, a falta de equilíbrio, a tontura e a nictúria e

associou essas consequências à deterioração da qualidade de vida<sup>30</sup>. A falta de equilíbrio, a tontura e a nictúria facultam a mobilidade, as atividades diárias, o sono e o repouso; facetas do domínio físico.

Em se tratando de comunidades quilombolas, as facetas avaliadas pelos demais domínios mostram-se semelhantes entre casos e controles, além de sofrer menor influência da hipertensão. Os laços familiares e de compadrio e as redes culturais e religiosas fazem com que haja pouca diferença nos domínios relações sociais e psicológico. Sobre o domínio meio ambiente, o campo de vivência das comunidades não oferece diferenças que possam ser afetadas pela hipertensão.

Ressalta-se que não foram encontrados estudos que analisam a qualidade de vida em quilombolas, impedindo, assim, comparações desta pesquisa com outras semelhantes.

Enfim, os principais fatores decorrentes da hipertensão que podem interferir na qualidade de vida são o diagnóstico da doença, a deterioração orgânica e funcional, as doenças que podem estar associadas e os efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas.

É necessário apontar que, a princípio, intencionou-se parear os casos, por serem em número relativamente pequeno, com dois ou três controles. Entretanto, a população das comunidades se mostrou pequena para esse fim, com número de controles disponíveis insuficiente. Houve dificuldades para se encontrar controles que fossem equivalentes no gênero, faixa etária e cor da pele, em relação aos casos, o que restringiu a proporção do pareamento.

## CONCLUSÃO |

Conclui-se que a hipertensão influencia negativamente a qualidade de vida de quilombolas, no que diz respeito à dimensão física. Essa informação é útil no auxílio da escolha do melhor tratamento para pacientes hipertensos a fim de minimizar esse impacto negativo. Ressalta-se que a prevenção com o incentivo a um estilo de vida saudável deve estar em primeiro plano, com vistas à não instalação da hipertensão e à manutenção da saúde.

## REFERÊNCIAS |

1 - Nardoto E, Lima H. História de São Mateus. São Mateus: Editora Atlântica; 2001.

- 2 - Programa Egbé Territórios Negros / Observatório quilombola. O que é quilombo? [on-line]. Rio de Janeiro; 2005. [citado 2009 nov 16]. Disponível em: <http://www.koinonia.org.br/oq/quilombo.asp>
- 3 - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Dados de territórios quilombolas no Brasil [on-line]. Brasília; 2008. [citado 2009 out 22]. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/portal/index>
- 4 - Cruz ICF da, Lima R de. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. *Rev Enferm UERJ*. 1999;7(1):35-44.
- 5 - Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N de, Aquino E, Costa MCR. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16(2):131-7.
- 6 - Barreto NDM, Pacheco JRB, Marins SR, Magalhães CF, Cardoso GP, Houaiss M. Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. *Arq Bras Med*. 1993;67(1):449-51.
- 7 - Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato R, Ovando Filho LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(4):441-6.
- 8 - Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365(9455):217-23.
- 9 - Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(1):25-30.
- 10 - Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(5):670-6.
- 11 - Paredes T, Simões MR, Canavarro MC, Serra AV, Pereira M, Quartilhos MJ *et al.* Impacto da doença crônica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicol Saúde Doenças*. 2008; 9(1):73-87.
- 12 - The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
- 13 - Lohr KN, Aaronson NK, Alonso J, Burnam MA, Patrick DL, Perrin EB *et al.* Evaluating quality of life and health status instruments: development of scientific review criteria. *Clin Ther*. 1996; 18(5):979-92.
- 14 - Monteiro R, Braile DM, Brandau R, Jatene FB. Qualidade de vida em foco. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010; 25(4):568 -74.
- 15 - The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1403-10.
- 16 - Fleck, MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciê Saúde Colet*. 2000; 5(1):33-8.
- 17 - Fleck MPA, coordenador. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998 [citado 2010 dez 8]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/breve.PDF>
- 18 - Artigao LM, Llavador JJ, Puras A, Lopez Abril J, Rubio MM, Torres C *et al.* Evaluation and validation of Omron Hem 705 CP and Hem 706/711 monitors for self-measument of blood pressure. *Aten Primaria*. 2000; 25(2):96-102.
- 19 - Medronho R. A. *Epidemiologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
- 20 - Costa JSD da, Barcellos FC, Selowitz ML, Scowitz IKT, Castanheira M, Olinto M *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(1):59-65.
- 21 - Boschitsch E, Mayerhofer S, Magometschnigg D. Hypertension in women: the role of progesterone and aldosterone. *Climacteric*. 2010; 13(4):307-13.
- 22 - Zanchetti A, Facchetti R, Cesana GC, Modena MG, Pirrelli A, Sega R, SIMONA participants. Menopause-related blood pressure increase and its relationship to age and body mass index: the SIMONA epidemiological study. *J Hypertens*. 2005; 23(12):2269-76.
- 23 - Lopes WS, Guedes TA, Araújo, SM, Gomes ML. Hipertensão arterial: perfil sociodemográfico e comorbidades

de pacientes da região noroeste do Paraná, Sul do Brasil. *Acta Scientiarum*. 2012; 34(2):119-26.

24 - Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKS et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(4):452-7

25 - Gusmão JL, Pierin AMG. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. *Rev Esc Enferm*. 2009; 43(spe):1034-43.

26 - Lopes MCL, Carreira L, Marcon SS, Souza AC, Waidman MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Rev Eletr Enf [periódico on-line]*. 2008;10(1):198-211 [citado 2010 Nov 5]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>

27 - Alves MGM. A voz do hipertenso: representações sociais da hipertensão arterial: um estudo de caso em Jurujuba, Niterói-RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

28 - Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4):1079-87.

29 - Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MNO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(4):933-40.

30 - Krousel-Wood MA, Re RN. Health status assessment in a hypertension section of an internal medicine clinic. *Am J Med Sci*. 1994; 308(4):211-7.

*Endereço para correspondência/Reprint request to:*

**Ana Paula Costa Velten.**

*Rua Rio Grande do Norte, 635*

*Vila Nova - Nanuque - MG*

*E-mail: paulinbavelten@hotmail.com*

Recebido em: 26-6-2012

Aceito em: 3-12-2012