

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MICHELLE ADLER NORMANDO DE CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
HIPERTENSOS EM TRATAMENTO AMBULATORIAL**

São Luís
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MICHELLE ADLER NORMANDO DE CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS EM
TRATAMENTO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
-Graduação em Ciências da Saúde, da
Universidade Federal do Maranhão, para
obtenção do título de Mestre em Ciências da
Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Albuquerque de
Figueiredo Neto

São Luís

2010

Carvalho, Michelle Adler Normando.

Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial / Michelle Adler Normando Carvalho. São Luis, 2010.

92 f.

Orientador: José Albuquerque de Figueiredo Neto

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2010.

1. Hipertensão arterial - qualidade de vida. 2. Minichal. 3. SF-36. I. Figueiredo Neto, José Albuquerque de, orient. II. Título.

CDU: 616.12-008.331.1

MICHELLE ADLER NORMANDO DE CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS EM
TRATAMENTO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
-Graduação em Ciências da Saúde, da
Universidade Federal do Maranhão, para obtenção
do título de Mestre em Ciências da Saúde.

São Luís, / /2010.

BANCA EXAMINADORA

José Albuquerque de Figueiredo Neto (Orientador)
Dr. em Cardiologia
Universidade Federal Maranhão

Elba Gomide Mochel
Dra. em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Francisca Moraes da Silveira
Dra. em Psicologia
Centro Universitário do Maranhão

Vinícius José da Silva Nina
Dr. em Medicina (Cirurgia Torácica e Cardiovascular)
Universidade Federal do Maranhão

À minha mãe, verdadeira responsável pelo que sou hoje, que está sempre me ensinando os caminhos certos a trilhar, e que se faz presente em todos os momentos de minha vida com seu apoio e incentivo.

Ao meu filho Caetano, amor da minha vida, inspiração de busca incansável de ser a cada dia uma pessoa melhor.

Ao meu marido Flávio, meu companheiro de vida sempre presente com seu apoio e amor.

Ao meu pai, que mesmo distante se faz presente com o seu amor.

Às minhas irmãs Danielle e Milena, pelo incentivo.

A minha avó Joana, exemplo de superação. (In memoriam)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Albuquerque, pelo apoio e confiança nos momentos de orientação. À sua dedicação, esforço e preocupação para a realização deste trabalho.

Às alunas da graduação do curso de Medicina, Isabela e Sarah, que me ajudaram em todos os momentos desta jornada e pela dedicação que as duas tiveram sempre.

À aluna de Psicologia, Jose, pela ajuda na coleta de dados, realizada com cuidado e atenção aos pacientes.

Aos colegas de turma, sempre presentes nos momentos de aflição, descontração e conhecimento.

Ao meu pai e à minha mãe, sempre torcendo pelo meu melhor.

A Caetano, fonte inesgotável de amor.

A Flávio, pelo grande companheiro que é, por sua demonstração constante de carinho e compreensão.

Às minhas irmãs, pela torcida durante a elaboração deste estudo.

Aos meus sobrinhos Daniel, João Marcelo e Arthur, pessoas pequeninas que trazem muita felicidade.

À Ana Maria e Fernando, sempre felizes com minhas vitórias.

Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.

Goethe

RESUMO

INTRODUÇÃO: Dentre as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial é a de maior prevalência e tem se tornado um problema de saúde pública, por afetar milhares de pessoas em diversas faixas etárias. O tratamento farmacológico ou não farmacológico pode afetar a qualidade de vida desses pacientes. Entretanto, muitas dificuldades têm sido encontradas neste campo, uma vez que ainda não existe consenso sobre o conceito de qualidade de vida, as partes que a compõem e, até mesmo, qual o melhor meio para medi-la, principalmente porque o termo qualidade de vida tem significados diversos para diferentes pessoas. **OBJETIVO:** avaliar a qualidade de vida de pacientes de hipertensos, utilizando-se um instrumento genérico e outro específico. **MÉTODO:** Estudo observacional transversal com 100 indivíduos maiores de 18 anos, em tratamento ambulatorial, de uma Liga de Hipertensão Arterial de um hospital Universitário na cidade de São Luís-MA. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: entrevista estruturada para a caracterização da população quanto aos dados clínicos, sociodemográficos e econômicos, questionário de Conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, o instrumento específico Miniquestionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) e o instrumento genérico The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). **RESULTADOS:** A maioria dos pacientes (61%) era do sexo feminino; a idade variou de 22 a 82 anos, com média de 61,7 anos, e 59% da população tinham idade acima de 60 anos e baixa escolaridade (média de 5,4 anos de estudo), houve predominância de não-brancos (81%) e casados/união estável. Em relação à renda, 58% dos pacientes ganhavam entre 1 e 2 salários mínimos. As comorbidades mais prevalentes foram: dislipidemia (58%), diabetes (23%) e obesidade (23%). O tempo médio de diagnóstico da HAS foi de 9 anos; 82% dos pacientes usavam mais que 2 medicamentos, 46% estavam com a pressão controlada. Os pacientes apresentaram média de conhecimento satisfatório da HAS, 92% tiveram acerto ≥ 7 . Os domínios que obtiveram menor escore no questionário SF-36 foram: Limitação por Aspectos Físicos (47,2) e Vitalidade (57,3), enquanto as dimensões que obtiveram maiores escores foram: Saúde Mental (66,8) e Aspectos Sociais (77,8). No questionário MINICHAL a média no domínio Estado Mental e Estado Somático foram 6,6 e 5,0 respectivamente. As mulheres apresentaram uma redução da qualidade de vida em alguns domínios do MINICHAL e do SF-36. Houve associação entre a presença de depressão, obesidade, história familiar de doença cardiovascular e redução da qualidade de vida. O MINICHAL apresentou correlação significativa com o SF-36 em todos os domínios. **CONCLUSÃO:** Os pacientes com Hipertensão Arterial apresentaram redução na sua

qualidade de vida, constatando-se um maior comprometimento do sexo feminino. Todos os pacientes demonstraram um conhecimento satisfatório da doença e houve correlação significativa na avaliação do questionário específico MINICHAL e o instrumento genérico SF-36.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Hipertensão Arterial. SF-36. MINICHAL.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Among the cardiovascular diseases, Hypertension is the most prevalent and has become a public health problem, because it affects thousands of people in different age groups. Pharmacological treatment or non drug can affect the quality of life of these patients. However, many difficulties have been encountered in this field, since there is no consensus on the concept of quality of life, its parts and even the best means to measure it, mainly because the term quality of life has different meanings to different people.

OBJECTIVES: This study aimed to evaluate the quality of life of patients with hypertension, using a generic and a specific instrument.

METHODS: An observational cross-sectional study with 100 individuals over 18 years in outpatient treatment, of a League of Hypertension of a university hospital in São Luís, MA. The instruments used for data collection were a structured interview to characterize the population of the clinical, demographic and economic data, survey of Knowledge on Hypertension, the specific instrument Mini Questionnaire of Quality of Life in Hypertension (MINICHAL) and generic instrument The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36).

RESULTS: Most patients (61%) were female, age ranged from 22 to 82 years, mean 61.7 years, and 59% of the population were aged over 60 years and low educational level (average of 5.4 years of study), predominance of non-whites (81%) and married / stable union. Regarding income, 58% of patients gained between 1 and 2 minimum wages. The most prevalent comorbidities were hypercholesterolemia (58%), diabetes (23%) and obesity (23%). The average time of diagnosis of hypertension was 9 years, 82% of patients used more than 2 drugs, 46% had the pressure controlled. Patients had an average of satisfactory knowledge of hypertension, 92% had hit ≥ 7 . The domains that received lower scores in SF-36 were Role-Physical (47.2) and Vitality (57.3), while the dimensions of which had the highest scores were: Mental Health (66.8) and Social Aspects (77.8). In the questionnaire MINICHAL, the average in Mental State and Somatic State were 6.6 and 5.0, respectively. Women had a greater reduction in quality of life in some areas of MINICHAL and SF-36. There was an association with the presence of depression, obesity, family history of cardiovascular disease and reduced quality of life. The MINICHAL correlated significantly with the SF-36 in all areas.

CONCLUSION: Patients with Hypertension showed a reduction in their quality of life, by contacting a greater involvement of women. All patients demonstrated a satisfactory knowledge of the disease and there was agreement in the assessment of a specific questionnaire MINICHAL and SF-36.

Keywords: Quality of life, Hypertension, SF-36, MINICHAL.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)..... | 22 |
| Quadro 2 – Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VIII) | 23 |
| Quadro 3 – Classes de anti-hipertensivos para uso clínico..... | 24 |
| Quadro 4 - Risco para doenças cardiovasculares, a partir dos valores do índice de massa corporal (Kg/m²)..... | 35 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tabela 1 – Distribuição dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial, segundo características sociodemográficas. São Luís, MA..... | 40 |
| Tabela 2 – Distribuição dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial, segundo dados socioeconômicos. São Luís, MA..... | 41 |
| Tabela 3 – Fatores de risco cardiovascular e comorbidades dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 42 |
| Tabela 4 – Distribuição dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial, conforme número de medicamentos tomados. São Luís, MA..... | 43 |
| Tabela 5 – Avaliação do controle pressórico dos 100 pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 43 |
| Tabela 6 – Resultados da avaliação da PA dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial, segundo a classificação da Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 43 |
| Tabela 7 – Distribuição dos pacientes hipertensos, de acordo com as respostas certas obtidas no questionário para avaliar conhecimento em relação a HAS e seu tratamento. São Luís, MA..... | 44 |
| Tabela 8 – Escores obtidos para os domínios do SF-36, aplicado aos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 44 |
| Tabela 9 - Escores obtidos para os domínios do MINICHAL, aplicado aos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 45 |
| Tabela 10 – Escores obtidos entre a PA e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 45 |
| Tabela 11 - Escores obtidos entre Sexo e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 46 |
| Tabela 12 – Escores obtidos entre História familiar de DCV e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 47 |
| Tabela 13 – Escores obtidos entre depressão e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 47 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tabela 14 – Escores obtidos entre obesidade e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA..... | 48 |
| Tabela 15 - Correlação de Pearson entre os domínios dos questionários do MINICHAL e do SF-36. São Luís, MA | 48 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE - Aspectos emocionais
AF - Aspectos físicos
AS - Aspectos Sociais
CF - Capacidade Funcional
DCV - Doenças cardiovasculares
DM - *Diabetes Mellitus*
EGS - Estado geral de saúde
EM – Estado Mental
HA – Hipertensão Arterial
HIPERDIA - Programa de Hipertensão e Diabetes
HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC - Índice de Massa Corporal
MINICHAL - Miniquestionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial
MS – Manifestações Somáticas
NHANES I - The first National Health and Nutrition Examination Survey
NHEFS - Epidemiological Follow-up Study
PA - Pressão arterial
PAD - Pressão arterial diastólica
PAS - Pressão arterial sistólica
PP - Pressão de pulso
QV - Qualidade de vida
QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde
SF-36 - The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey
SM - Saúde mental
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA - Universidade Federal do Maranhão
UNICEUMA - Centro de Ensino Universitário do Maranhão
VIT - Vitalidade
WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 18 |
| 2.1 | Hipertensão arterial | 18 |
| 2.1.1 | Conceito e epidemiologia | 18 |
| 2.1.2 | Fatores de risco | 20 |
| 2.1.3 | Diagnóstico e classificação | 22 |
| 2.1.4 | Tratamento | 23 |
| 2.2 | Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde | 25 |
| 2.2.1 | Aspectos gerais | 25 |
| 2.2.2 | Qualidade de vida e hipertensão arterial | 27 |
| 2.2.3 | Instrumentos de medida da QVRS na Hipertensão | 29 |
| 2.2.3.1 | <i>Instrumentos genéricos</i> | 30 |
| 2.2.3.2 | <i>Instrumentos específicos</i> | 30 |
| 3 | OBJETIVOS | 32 |
| 3.1 | Geral | 32 |
| 3.2 | Específicos | 32 |
| 4 | METODOLOGIA | 33 |
| 4.1 | Desenho da pesquisa | 33 |
| 4.2 | Variáveis e coleta de dados | 33 |
| 4.2.1 | Perfil sociodemográfico | 33 |
| 4.2.2 | Valores de pressão arterial | 34 |
| 4.2 | Perfil clínico | 34 |
| 4.2.1 | Definições das comorbidades/ Fatores de risco CV | 35 |
| 4.3 | Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica | 36 |
| 4.4 | Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) | 36 |
| 4.5 | Análise dos dados | 38 |
| 4.6 | Considerações éticas | 39 |
| 5 | RESULTADOS | 40 |
| 5.1 | Variáveis socio-demográficas | 40 |
| 5.2 | Variáveis socioeconômicas | 41 |
| 5.3 | Variáveis clínicas | 41 |
| 5.4 | Variável conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica | 44 |

| | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.5 | Variável qualidade de vida | 44 |
| 5.6 | Qualidade de vida e Pressão Arterial | 45 |
| 5.7 | Qualidade de vida e Sexo | 45 |
| 5.8 | Qualidade de vida e Comorbidades /fatores de risco DCV | 46 |
| 5.9 | Miniquestionário de Qualidade de vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) e o Questionário genérico SF-36 | 48 |
| 6 | DISCUSSÃO | 49 |
| 6.1 | Variáveis socio-demográficas | 49 |
| 6.2 | Variáveis clínicas | 52 |
| 6.2.1 | Comorbidades..... | 52 |
| 6.2.2 | Número de medicamentos..... | 53 |
| 6.2.3 | Controle da Pressão Arterial..... | 54 |
| 6.3 | Conhecimento da hipertensão arterial sistêmica | 54 |
| 6.4 | Avaliação da Qualidade de vida pelo questionário genérico SF-36 | 55 |
| 6.4.1 | Capacidade Funcional (CF) e Limitação por aspectos físicos (AF)..... | 55 |
| 6.4.2 | Dor e Estado geral de saúde (EGS) | 56 |
| 6.4.3 | Vitalidade (VIT) e Aspectos Sociais (AS)..... | 57 |
| 6.4.4 | Limitação por aspectos emocionais (AE) e Saúde mental (SM)..... | 58 |
| 6.4.5 | Questão comparativa do estado de saúde atual e a de um ano atrás – Questão 2 | 59 |
| 6.5 | Avaliação da Qualidade de vida pelo questionário específico MINICHAL | 59 |
| 6.5.1 | Estado Mental..... | 59 |
| 6.5.2 | Estado Somático | 60 |
| 6.6 | Qualidade de vida e Pressão Arterial | 60 |
| 6.7 | Qualidade de vida e sexo | 61 |
| 6.8 | Qualidade de vida e comorbidades /Fatores de risco DCV | 62 |
| 6.9 | Correlação entre os instrumentos MINICHAL e o Questionário genérico SF-36 | 63 |
| 6.10 | Limitação do estudo | 63 |
| 6.11 | Relevância clínica | 63 |
| 7 | CONCLUSÃO | 64 |
| | APÊNDICES | 72 |
| | ANEXOS | 82 |

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença de caráter multifatorial, caracterizada por elevação crônica das pressões sistólica e/ou diastólica. Ela pode ser classificada como uma doença crônico-degenerativa e, quando não tratada adequadamente acarreta danos ao organismo, principalmente ao coração, sistema nervoso, rins e aos olhos com repercussões importantes de morbimortalidade cardiovascular. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A HA é, isoladamente, o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, principal causa de mortalidade mundial. Segundo a *World Health Organization* (1999), no Brasil, no total de óbitos, 20 a 50% são ocasionados por doenças cuja causa está associada à HA. Sua prevalência, com base em inquéritos populacionais, varia de 22,3% a 43,9% da população acima de 18 anos. (GUS et al., 2004).

As argumentações de Santos e Silva (2003) confirmam que: “A problemática social da hipertensão torna-se ainda mais preocupante para 2020, quando se estima que a população idosa predominará no Brasil, pois o número de hipertensos aumentará, uma vez que a prevalência da hipertensão ascende com a idade”.

A industrialização e a urbanização também colaboram com o aumento na prevalência, pois, apesar de melhorarem a qualidade de vida, o ritmo competitivo, estressante e acelerado do dia a dia da população, provoca mudanças na dieta alimentar (aumento de calorias, sal e gordura), aumento do hábito de fumar, falta de exercícios físicos e obesidade. A consequência natural é o desenvolvimento de HA e de suas complicações que incluem: acidente vascular cerebral, insuficiência coronariana, cardíaca, renal e vascular periférica. (YUSUF et al., 2001).

Os fatores de risco mais associados à hipertensão são diversos, podendo ser tanto fatores constitucionais quanto fatores ambientais ou estilos de vida. A pressão arterial aumenta linearmente com a idade, atingindo seu pico entre 60 e 70 anos. O peso corporal tem relação direta com o nível de pressão arterial. (DÓREA; LOTUFO, 2004).

Os principais fatores ambientais modificáveis da HA são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Nível socioeconômico mais baixo está associado à maior prevalência de

hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. (DRUMMOND; BARROS, 1999).

Apesar dos esforços para diagnosticar e tratar a HA, cerca de 35% a 83% dos hipertensos desconhecem ser esta sua condição e aproximadamente 75% a 92% daqueles em tratamento não mantêm a PA controlada. (GU et al, 2002; JO et al., 2001; STERGIOU et al., 1999; TUGAY AYTEKIN et al., 2002).

Estudos mostram que os efeitos secundários do tratamento da hipertensão arterial estão associados à menor aderência e ao abandono do tratamento medicamentoso, podendo interferir na qualidade de vida (QV) desses pacientes. Para alguns, “o fato de ingerir medicamentos implica um problema maior do que sua própria doença” (ALDERMEN, 2005). Por sua vez, Roca-Cusachs et al., (2001) avaliaram o impacto das variáveis clínicas na QV e relataram que pacientes hipertensos possuíam diminuição significativa da QV quando comparados a normotensos.

A QV é um conceito multidimensional que inclui uma diversidade de fatores, dentre os quais estilo de vida, moradia, satisfação com o trabalho, situação econômica, acesso a serviços públicos, comunicações, urbanização, criminalidade, dentre outros que compõem o contexto social e que influenciam o desenvolvimento humano de uma comunidade (VELARDE-JURADO; ÁVILA-FIGUEROA, 2002).

A *World Health Organization* (1998) conceitua qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas é possível identificar um grande interesse no estudo da QV, devido ao fato de que informações sobre este conceito: “[...] têm sido incluídas tanto como indicadores para a avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para controle de problemas de saúde”. (SEIDL; ZANNON, 2004).

QV também serve como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, avalia o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas por elas acometidas, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente. A compreensão sobre a QV do paciente incorpora-se ao trabalho do dia a dia dos serviços de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes (DINIZ et al., 2006).

Existe uma grande variedade de instrumentos na literatura para a avaliação da

qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Esses instrumentos permitem avaliar o impacto de uma doença crônica sobre a vida do paciente e oferecem um tipo de resultado do tratamento baseado na percepção do próprio indivíduo sobre seu estado geral de saúde (DINIZ et al., 2006).

Um instrumento largamente utilizado com a finalidade de refletir a qualidade de vida dos pacientes em uma ampla variedade de populações, incluindo aspectos como função, disfunção e bem-estar emocional e físico é o SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*). (CAVALCANTE, 2007; CICONELLI, 1997; SILQUEIRA, 2005).

Os instrumentos específicos avaliam conceitos de saúde próprios de uma doença ou de uma intervenção. Em relação à hipertensão existe um instrumento validado no Brasil chamado de Miniquestionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) (MELCHORS, 2008; SCHULZ, 2006).

Algumas sociedades internacionais de pesquisa em QV sugerem e defendem que o uso simultâneo de dois instrumentos um genérico e outro específico seria uma estratégia mais completa para medir a QVRS. (DINIZ et al., 2006).

Como QV não inclui somente o conceito de saúde, mas abrange também outros aspectos importantes da vida de uma pessoa, como aspectos sociodemográficos e econômicos, faz-se necessário conhecer essas variáveis e verificar suas influências na QV do indivíduo.

Portanto os fatores que motivaram a realização deste projeto surgiram da necessidade de estudos acerca do tema no estado do Maranhão e na região nordeste, da importância de avaliar a validade concorrente de dois instrumentos um genérico e outro específico que medem QVRS, além da importância de conhecer e mensurar a QV do paciente hipertenso em tratamento ambulatorial, com intenção futura de promover uma assistência mais humanística e não somente farmacológica e assim melhorar a sua QV.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Hipertensão arterial

2.1.1 Conceito e epidemiologia

As doenças cardiovasculares (DCV) têm desempenhado um importante papel na morbimortalidade da população mundial, tomando o lugar das doenças infecciosas que eram, antes da década de 40, a principal causa de morte. Em 1930, as DCV eram responsáveis por apenas 11,8% das mortes em todo país. Em 1996, esse percentual aumentou para 27,4%. Neste mesmo ano, quase 10% das internações ocorridas foram devido às doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 1996). Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Somente em fevereiro de 2006 foram 85.526 internações documentadas no Sistema Único de Saúde (SUS), ficando o Sudeste em primeiro lugar, com 38.481, e o Nordeste em segundo, com 18.010. No SUS, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. (BRASIL, 2009).

Indicadores de São Luís mostram que as doenças do aparelho circulatório representaram a maior causa de morte, responsáveis por 26,8%, proporção que aumenta quando em grupos etários de 50 a 64 anos (32,0%) e maior que 65 (43,9%) em 2002. (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, a HA é sabidamente reconhecida como principal fator de risco para o desenvolvimento das DCV. A elevação dos níveis pressóricos é um fator de risco linear, contínuo, independente, preditivo, consistente e etiologicamente relacionada às DCV, mesmo em pacientes hígidos, sem outras comorbidades, observada em ambos os sexos, nas diferentes faixas etárias e nas diversas etnias. (DÓREA; LOTUFO, 2004). Nos EUA, a HA é responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% daquelas por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (CHOBANIAN et al., 2003).

No Brasil, a HA também é responsável pela maioria dos óbitos atribuídos à DCV. 25% destes ocorrem entre 20 e 50 anos de idade e 50%, nos maiores de 50 anos. Além disso, a HA é uma das principais causas de aposentadoria e afastamento temporário do trabalho em indivíduos em idade produtiva. (LESSA, 1998; LÓLIO, 1990a). Como doença isolada, a HA

é o maior problema médico social do país. (COSTA, 1983).

A HA pode ser entendida, como já foi referido uma síndrome clínica de origem multifatorial, caracterizada pela elevação dos níveis tensionais, associada a alterações metabólicas e hormonais. A pressão arterial (PA) cronicamente elevada leva a alterações orgânicas funcionais e adaptativas, como a hipertrofia ventricular esquerda, a espessura vascular e ventricular aumentada e a disfunção diastólica; e se não tratada de forma adequada, resulta em instalação de insuficiência cardíaca, doenças cérebro-vasculares e insuficiência renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Segundo Banaegas et al. (2002), 28,7% da população americana adulta é hipertensa, o que corresponde a aproximadamente 58,4 milhões de indivíduos, pelos dados obtidos entre os anos de 1999 e 2000, considerando-se hipertenso todo indivíduo com média de pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg ou pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg ou em uso de medicação anti-hipertensiva.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), no Brasil, o percentual de prevalência da hipertensão chega a 35% da população com idade igual ou superior a 40 anos, ou seja, cerca de 12 milhões de pessoas. A prevalência de HA, estimada a partir de inquéritos populacionais em algumas cidades, tem variado entre 22,3% e 43,9% (GUS et al., 2004). Nas diferentes regiões brasileiras observa-se ampla variação nos dados de prevalência da HA, sendo de 5,04% a 32,7% na região Sudeste; 7,2% a 40,3% na região Nordeste; 1,28% a 27,1% no Sul e 6,3% a 16,7% no Centro Oeste. (LOLIO, 1990b).

Em São Luís, estudo realizado por Barbosa et al. (2008) demonstrou prevalência de 27,4%, estando de acordo com a variação das taxas encontradas na população brasileira.

Dados do Ministério da Saúde revelam que, entre janeiro de 1999 e setembro de 2008, aproximadamente 5.220.000 hipertensos foram cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) do Sistema Único de Saúde. Em São Luís, nesse mesmo período, obteve-se um total de 14.351 hipertensos cadastrados. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram um total estimado de 16.914.741 hipertensos no Brasil. (BRASIL, 2009).

Pelas estimativas realizadas nos últimos anos, pressupõe-se que os casos de HA vêm aumentando. Catelli et al. (2000) relataram que mais casos de HA estão sendo diagnosticados devido a um maior conhecimento da doença adquirido ao longo dos anos, mas também devido a um envelhecimento da população e aumento do número de pessoas com sobrepeso/obesidade. Tem-se verificado, principalmente, o aumento da prevalência de HA entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69

anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos. (DÓREA; LOTUFO, 2004).

A prevalência da HA difere de acordo com as diversas etnias dentro de uma mesma população. Os indivíduos de raça negra apresentam prevalência maior em comparação às demais raças: 33,5% da raça negra *versus* 28,9% da raça branca e 20,7% dos hispânicos. (DÓREA; LOTUFO, 2004).

Em relação ao conhecimento do problema HA, estima-se que cerca de 68,9% de todos os hipertensos mostram-se conscientes de seu problema. Estas taxas não se modificaram entre 1988 e 2000. Apesar disso, constatou-se aumento nas taxas de tratamento e controle anti-hipertensivos de 6% e 6,4%, respectivamente. (GUS et al., 2004).

2.1.2 Fatores de risco

Para o controle adequado da PA, é necessário o conhecimento dos fatores de risco da doença. Dentre eles, citam-se: idade, etnia, nível socioeconômico, taxa de ingestão de sal, consumo de bebida alcoólica e sedentarismo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). A idade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da HA. A PA aumenta linearmente com a idade (VASAN et al., 2001). Os pacientes jovens têm maiores valores de pressão arterial diastólica (PAD) enquanto os mais idosos apresentam maior pressão arterial sistólica (PAS). Em pacientes com menos de 50 anos de idade a PAD é o fator mais relevante para o desenvolvimento do evento cardiovascular em virtude do aumento da resistência nas paredes das pequenas veias. Já entre os pacientes entre 50 e 59 anos, a PAS e PAD e pressão de pulso (PP) possuem o mesmo valor preditivo para o risco de evento cardiovascular, revelando um equilíbrio entre a resistência nas pequenas veias e a rigidez dos grandes vasos. Nos pacientes com mais de 60 anos de idade, é a PP e a PAS que influenciam o risco de evento cardiovascular, devido à rigidez dos grandes vasos observada nesta população. (FRANKLIN et al., 2001; KANNEL, 2000).

A incidência na raça negra é reconhecidamente duas vezes maior que em brancos. A HA é mais prevalente em mulheres afrodescendentes, com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas, além disso, os afrodescendentes apresentam maior prevalência de complicações decorrentes da HA. (LESSA, 2001).

Com relação ao nível socioeconômico, nota-se que quanto menor este nível maior a prevalência de HA. Esta relação pode ser melhor explicada pelos hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse

psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional encontrados nessa população. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Estudo realizado no Sul do país evidenciou que 27,8% dos indivíduos com baixo nível de escolaridade apresentavam HA, enquanto apenas 6,6% da população com nível de escolaridade adequado apresentavam a doença. (ACHUTTI et al., 1985).

O consumo excessivo de sal, mais especificamente do sódio, também está relacionado ao aumento da incidência de HA. Isso se dá porque a excreção do sódio não é feita imediatamente pelos rins. Ao acumular-se no organismo, o sal aumenta, indiretamente, o volume de líquido extracelular, aumentando o volume de sangue que chega ao coração, o que resulta em elevação do débito cardíaco e conseqüentemente a elevação da PA. Como apenas pequenos aumentos do líquido extracelular e do volume sanguíneo podem frequentemente elevar de maneira acentuada a PA, o acúmulo de quantidade adicional de sal no organismo, até mesmo pequena e quase indetectável, pode resultar em elevação considerável da PA. (GUYTON; HALL, 2002).

O sobrepeso/obesidade é um fator predisponente para a HA, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos desta enfermidade; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam HA diretamente atribuível ao excesso de gordura corporal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). A prevalência de HA foi 2,9 vezes maior em indivíduos com sobrepeso em relação a indivíduos com peso normal. (DOREA; LOTUFO, 2004). O aumento da circunferência da cintura e o ganho de peso são índices prognósticos importantes de HA, sendo o componente de gordura abdominal mais importante no risco de evento cardiovascular do que a adiposidade total. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinhos e destilados, principalmente em horários fora das refeições, está diretamente relacionado ao aumento dos níveis pressóricos (STRANGES et al., 2004). Também o sedentarismo aumenta a incidência de HA. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. (PAFFENBARGER et al., 1991).

Ressalta-se que o tabagismo, a dislipidemia e o *Diabetes Mellitus* (DM), quando presentes em pacientes hipertensos, por aumentarem a lesão vascular e elevarem os marcadores inflamatórios, aceleram o processo de aterosclerose e aumentam de maneira significativa o efeito da HA no risco de eventos cardiovasculares. (HARRISON, 2006).

O sexo não é considerado um fator de risco para a HA, uma vez que a taxa de prevalência de HA entre homens e mulheres é semelhante. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

2.1.3 Diagnóstico e classificação

O diagnóstico da HA é baseado em valores obtidos através de uma medida casual dos níveis pressóricos de um paciente no consultório. O método mais utilizado para medida da PA na prática clínica é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide, ambos calibrados. Os aparelhos eletrônicos também são utilizados e apresentam a vantagem de eliminar erros relacionados ao observador. Estes aparelhos devem ser validados por protocolos internacionais e, a partir disso, podem ser utilizados em pesquisas clínicas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Segundo protocolo descrito nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007), as medidas devem ser obtidas em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes. Em cada consulta, deverão ser realizadas pelo menos três medidas, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas considerada a pressão arterial do indivíduo.

Os valores obtidos podem classificar a PA, dos indivíduos maiores de 18 anos, em diferentes estágios, conforme descritos no Quadro 1. Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

| Classificação | Pressão sistólica (mmHg) | Pressão diastólica (mmHg) |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Ótima | < 120 | < 80 |
| Normal | < 130 | < 85 |
| Limítrofe | 130-139 | 85-89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160-179 | 100-109 |
| Hipertensão estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |
| Hipertensão sistólica isolada | ≥ 140 | < 90 |

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007).

Considera-se como hipertensão arterial refratária aquela em que, após duas consultas consecutivas, os valores pressóricos mantêm-se acima de 140 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) e 90 mmHg para a pressão arterial diastólica (PAD), a despeito de tratamento não farmacológico e farmacológico triplice, incluindo diurético em pacientes que tiveram adesão plena ao tratamento dietético e medicamentoso. (CHOBANIAN et al., 2003).

2.1.4 Tratamento

A HA é considerada uma doença crônico-degenerativa, que deve ser tratada adequadamente para evitar suas complicações. Embora tenham-se relatado exceções, a maioria dos adultos hipertensos não tratados desenvolverá aumentos adicionais da PA com o tempo. Além disso, demonstrou-se que a HA não tratada está associada à redução da expectativa de vida em 10-20 anos, em geral relacionada com a aceleração do processo aterosclerótico, e a taxa de aceleração está relacionada em parte com a gravidade da HA. Mesmo indivíduos que têm a doença relativamente branda, não tratada por 7-10 anos correm alto risco de complicações significativas. Cerca de 30% exibirão complicações ateroscleróticas, e mais de 50% apresentarão lesão em órgão alvo relacionada com a HA em si, como cardiomegalia, insuficiência cardíaca congestiva, retinopatia, acidente vascular encefálico e insuficiência renal. (HARRISON, 2006).

O tratamento da HA consiste em mudanças no estilo de vida e no tratamento medicamentoso. As mudanças no estilo de vida incluem a redução do peso corporal, restrição do consumo de sal, lipídios e bebidas alcoólicas, prática regular de exercícios físicos e abandono do hábito de fumar. As recomendações para o tratamento não medicamentoso da HA encontram-se resumidas no Quadro 2.

| Modificação | Recomendação | Redução aproximada na PAS** |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Controle de peso | Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²) | 5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido |
| Padrão alimentar | Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH | 8 a 14 mmHg |
| Redução do consumo de sal | Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos) | 2 a 8 mmHg |
| Moderação no consumo de álcool | Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres | 2 a 4 mmHg |
| Exercício físico | Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana | 4 a 9 mmHg |

Quadro 2 – Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VIII)*

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007).

Notas: * Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular. ** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

O tratamento medicamentoso da HA deve ser sempre instituído naqueles pacientes em que o controle da PA não for conseguido apenas com as modificações no estilo de vida. Para a seleção adequada do medicamento devem-se considerar: a) capacidade do agente a ser escolhido de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares; b) perfil de segurança do medicamento (potencial de reações adversas, interação medicamentosa e comodidade ao paciente); c) mecanismo fisiopatogênico predominante; d) características individuais; e) doenças associadas; f) condições socioeconômicas do paciente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

O medicamento deve ser bem tolerado, preferencialmente por via oral, com maior intervalo entre as doses e com mínimos efeitos colaterais, visando à melhora na qualidade de vida do paciente. O tratamento pode ser iniciado com apenas uma classe de droga, entretanto comumente a associação de fármacos é necessária para o controle adequado da PA. As diversas classes de drogas anti-hipertensivas estão citadas no Quadro 3. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

| |
|-----------------------------------------------------|
| Diuréticos |
| Inibidores adrenérgicos |
| Ação central – agonistas alfa-2 centrais |
| Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos |
| Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1-adrenérgicos |
| Alfabloqueadores e Betabloqueadores |
| Bloqueadores dos canais de cálcio |
| Inibidores da ECA |
| Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II |
| Vasodilatadores diretos |

Quadro 3 – Classes de anti-hipertensivos para uso clínico

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007)

Os principais efeitos adversos dessas classes de medicamentos que podem ser percebidos pelos pacientes são: o aumento na frequência de idas ao banheiro, tosse seca, disfunção sexual, edema de membros inferiores, sonolência, hipotensão postural e insônia.

Dessa forma, o tratamento da HA visa à redução do risco de eventos cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida da população hipertensa, não só à redução dos níveis pressóricos. Porém, apesar dos evidentes benefícios, o tratamento da HA, quer seja através da modificação do estilo de vida, quer seja pela administração de medicamentos, na maioria das vezes não é bem tolerado pelo paciente. Diversos são os motivos para o abandono do tratamento anti-hipertensivo, dentre eles destacam-se o curso assintomático e crônico da

doença, os efeitos adversos de muitos medicamentos, o custo destes e as sensações de privações geradas pela modificação no estilo de vida (JONES et al., 1995; OPARIL; CALHOUN, 1998).

Desde o diagnóstico de HA até o acompanhamento a longo prazo, grande número de pacientes abandona o tratamento. Em média, metade deixa de seguir as recomendações, mais da metade daqueles que iniciam o tratamento abandonam-no dentro do primeiro ano e 50-70% dos novos tratamentos são alterados ou suspensos dentro dos primeiros seis meses. (HAYNES et al., 1982; OPARIL; CALHOUN, 1998). Esses números refletem as baixas taxas de controle dos níveis de PA observados na população brasileira. Um estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg). (GUS et al., 2004).

2.2 Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde

2.2.1 Aspectos gerais

A busca pelo entendimento sobre QV remete à Antiguidade. Ela foi primeiramente abordada por Aristóteles em meados de 380 a.C, como sendo a procura por felicidade, plenitude e realização. Nesse período, associava-se QV ao bem-estar. (BAYLEY, 1988).

Outros filósofos, cientistas sociais e políticos tiveram posterior interesse nesse assunto, mas só em 1920, por Pigou, a expressão QV foi mencionada pela primeira vez em seu livro sobre economia e bem-estar. Neste livro, Pigou relacionou a QV com aspectos sobre o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado. (DINIZ et al., 2006; WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Contudo, o termo QV só foi realmente difundido após a Segunda Guerra Mundial. Bowling e Brazier (1995) relatam que, após esse período, o mundo ocidental assimilou o conceito de que o sucesso das pessoas e dos países e o seu bem-estar material eram determinados pelo progresso econômico, que se traduzia pela aquisição de bens materiais.

Na década de 50, o termo QV foi utilizado como forma de criticar as políticas governamentais que buscavam incessantemente o crescimento econômico e tecnológico em detrimento da qualidade interna da vida humana. Para Ordway e Osborn, o progresso econômico-tecnológico desenfreado colocaria em risco as condições futuras para uma boa

vida. (MUSSCHENGA, 1997).

A partir de então, surge a necessidade de ampliar o conceito QV e incorporar a ele aspectos ambientais e sociais, como educação e saúde. Foi realmente adotado apenas em 1964 por Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, quando declarou: “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas”. (FLECK, 1999).

Introduzido na sociedade contemporânea pelas ciências econômicas e sociais, com forte enfoque político-social, o conceito de QV foi se estendendo para as artes, lazer, saúde, emprego, transporte, moradia, educação e preservação do meio ambiente, constituindo-se hoje em objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento, entre elas as ciências da saúde. (BOWLING; BRAZIER, 1995).

Não há ainda uma definição universalmente aceita de QV. Esta representa um conceito subjetivo que engloba aspectos de estado físico e funcional, psicológicos e de bem-estar, relações sociais, fatores econômicos e vocacionais e, ainda, aspectos religiosos e espirituais (SPILKER, 1996).

É importante enfatizar dois aspectos da QV: a subjetividade, ou seja, o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à QV, e multidimensionalidade, que se refere ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. (SEIDL; ZANNON, 2004).

Outras definições mais restritas e específicas existem, como as econômicas e aquelas desenvolvidas no setor da saúde. QVRS, segundo Guyatt, Feeny e Patrick (1993), corresponde a “[...] uma medida da opinião subjetiva individual do paciente, considerando sua saúde, nas dimensões físicas, psíquicas e sociais”. Para Gianchello (1996), a QVRS pode ser entendida como valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Para melhor compreender esses conceitos, devem-se considerar inicialmente dois tipos de QVRS: global (*generic overall*) e específica para uma doença (*disease-specific*). (POLONSKY, 2000). A primeira se refere à percepção individual do paciente sobre o seu estado de bem-estar geral e saúde e a segunda se baseia na percepção do paciente sobre como uma doença compromete seu bem-estar e saúde. (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

A medida da QVRS é um fenômeno que vem ganhando espaço na literatura médica atual. Três fatores são citados como contribuintes para tal avanço. O primeiro foi o

progresso tecnológico observado na medicina que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e prolongamento da vida. O segundo fator consiste na mudança do panorama epidemiológico das doenças. O perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas, para as quais, na maioria das vezes, não existe cura e modificam sobremaneira as condições de vida e de trabalho do paciente, gerando tensões psicossociais e limitações orgânico-funcionais. Dessa forma, o objetivo principal da terapêutica é melhorar a QV do paciente e torná-lo apto ao enfrentamento de sua condição. O terceiro fator emerge como uma crítica ao modelo que trata o paciente como sendo apenas um organismo biológico que necessita de cuidado e reparação, excluindo o ser social. Reforça a idéia de abordar o paciente de modo integral e humanizado, levando em consideração seus sentimentos, capacidades e anseios. (DINIZ et al., 2006; NORDENFELT, 1994).

Além desses fatores, a QVRS tem se tornado recorrente na literatura médica, por ser um critério importante na avaliação da efetividade de intervenções e tratamentos na área de saúde, relacionando-se de forma positiva com variáveis como mortalidade, hospitalizações e o consumo de recursos sanitários. Tem se mostrado útil também no estudo do impacto causado pelas doenças crônicas no cotidiano das pessoas e propicia aos profissionais de saúde um maior número de informações que lhes servem de apoio em decisões clínicas. (DINIZ et al., 2006).

2.2.2 Qualidade de vida e hipertensão arterial

A avaliação da QV em pacientes hipertensos se mostra de grande valia, considerando que a modificação do estilo de vida e os efeitos adversos do tratamento medicamentoso influenciam de maneira negativa a QV desses indivíduos, levando à baixa adesão ao tratamento a longo prazo. (GUSMÃO; PIERIN, 2004; HENDERSON; BUCHWALD; MANSON, 2006).

Um estudo realizado na China com 9.703 pacientes hipertensos mostrou menor QV em todos os aspectos abordados quando comparados aos normotensos, apresentando piora na percepção de saúde em geral, tanto física quanto mental. (LI et al., 2005). Contudo, ainda são escassos os estudos sobre QV em pacientes hipertensos. Um estudo realizado em 2005 mostrou que de 4.300 artigos publicados em revistas especializadas em QV, desde 1987, apenas nove estavam relacionados à HA e, desses, apenas dois colocavam esta enfermidade como objeto principal do estudo. (ALDERMAN, 2005).

Roca-Cusachas et al. (2001) realizaram um estudo com 269 hipertensos

objetivando avaliar o impacto das variáveis clínicas e o tratamento medicamentoso. Esse trabalho mostrou uma diminuição na QV dos pacientes hipertensos em relação aos normotensos e enfatizou que o sexo feminino teve maiores prejuízos em relação aos aspectos clínicos, como maiores danos em órgãos-alvo, frequência cardíaca elevada e excesso de peso. Youssef, Moubarak e Kamel (2005) corroboraram o estudo feito por Roca-Cusachas et al. (2001), mostrando que o sexo masculino apresenta melhor QV do que o sexo feminino, principalmente no aspecto emocional, sugerindo que esse tipo de população tolera melhor doenças crônicas, sem se tornar emocionalmente afetada.

Estudos demonstram que os jovens hipertensos possuem melhor QV que os idosos hipertensos. Estudos que pesquisaram apenas amostras com idosos portadores de HA observaram que com o avançar da idade há uma piora do bem-estar físico e melhora do bem-estar mental; o desempenho físico tem menor escore quando comparado ao aspecto emocional. (ALDERMAN, 2005; BANAEGAS et al., 2002; YOUSSEF; MOUBARAK; KAMEL, 2005). Somado a isso, observou-se que a piora da atividade cognitiva, observada nos idosos hipertensos está relacionada a uma queda significativa do bem-estar e da QV. (DEGL'INNOCENTI, 2002).

Youssef, Moubarak e Kamel (2005) observaram que pacientes hipertensos com nível educacional elevado, vínculo empregatício e estabilidade social (indivíduos casados) tinham melhor QV.

O melhor controle da PA tem um impacto positivo na QV, sendo um fator independente para tal. Isso porque o seu controle inadequado traz uma maior reação de ansiedade. A relação inversa também pode ser estabelecida, ou seja, uma pior QV dificulta o controle da PA e a não adesão ao tratamento. (YOUSSEF; MOUBARAK; KAMEL, 2005). No entanto, não se pode afirmar uma relação exata entre níveis pressóricos e dimensões da QV, uma vez que os trabalhos existentes apenas comparam pacientes hipertensos com normotensos. (ROBBINS et al., 1994).

Quando comparados indivíduos em tratamento medicamentoso com aqueles sem tratamento anti-hipertensivo, observa-se um aumento significativo no escore da dimensão Vitalidade. Essa melhora é atribuída ao acerto no medicamento. A escolha do fármaco tem implicação importante na QV do paciente, tanto por este proporcionar um aumento significativo na dimensão da Vitalidade do paciente quanto por amenizar possíveis efeitos adversos desses medicamentos, que se tornam melhor tolerados. (CÔTÉ, 2005).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, observou-se que a QV está mais associada ao número de medicamentos tomados por dia do que às classes desses

medicamentos. (LAWRENCE et al., 1996).

2.2.3 Instrumentos de medida da QVRS na Hipertensão

Os instrumentos utilizados para a mensuração da QV são úteis para transformar medidas subjetivas em dados objetivos, que possam ser quantificados e analisados. Esse tipo de avaliação é importante para verificar o impacto das intervenções em saúde na QVRS dos pacientes. É importante salientar que, embora a avaliação da QVRS não seja capaz de englobar todos os aspectos essenciais para um indivíduo, ela é uma forma de assegurar, junto às medidas clínicas e laboratoriais, que os planos de tratamento estejam focados no paciente. (DINIZ et al., 2006).

Os aspectos definidos na avaliação da QV buscam a percepção do paciente e o desenvolvimento de suas funções e seu bem-estar, possivelmente afetados por uma doença e seu tratamento. Cinco áreas são frequentemente definidas como parte da construção de um conceito geral de saúde: saúde física, saúde mental, atividade social, atividades diárias e percepção geral de saúde (ADDINGTON; KALRA, 2001; WARE, 1987). Outros aspectos que também podem ser considerados incluem sensação somática, produtividade pessoal e intimidade pessoal. (LINDE, 1996).

A aplicação dos questionários de QVRS aos pacientes é outra questão muito importante. Eles podem ser aplicados na forma de entrevista realizada por profissionais da saúde, pelo telefone ou correio, podem ser autoadministráveis ou realizados por uma terceira pessoa. Quando feita por entrevistadores, requer treinamento dos profissionais para que haja padronização da forma de entrevista, o que eleva os custos. As características do entrevistador podem influenciar os resultados. Apesar disso, é o tipo mais utilizado pelos pesquisadores, pois é possível obter o maior número de respostas, e os erros de entendimento são menores. Na aplicação feita por telefone, embora poucos dados sejam perdidos, o grau de desentendimento é maior. Quanto aos instrumentos autoadministráveis, apresentam a desvantagem de excluir pacientes sem escolaridade; muitos ficam incompletos e a ausência do pesquisador pode gerar certa ansiedade e insegurança nos pacientes ao responder os itens. Estes apresentam a vantagem do menor custo e maior privacidade. (DINIZ et al., 2006).

Diversos instrumentos têm sido propostos para avaliar adequadamente a QV de pacientes portadores de diferentes doenças. Estes instrumentos podem ser divididos em dois grupos: os genéricos e os específicos. (GUYATT, 1995; GUYATT et al., 1997; PATRICK;

DEYO, 1989). Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, eles podem ser empregados concomitantemente. (DINIZ et al., 2006).

2.2.3.1 Instrumentos genéricos

Os instrumentos genéricos, aplicáveis tanto em indivíduos sadios quanto em indivíduos doentes, não especificam determinadas patologias, funções ou situações. Esses instrumentos visam estudar o impacto de uma doença na vida de paciente, além de avaliar aspectos relativos à função, disfunção e ao desconforto físico e emocional. Têm a desvantagem de não serem sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença. (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

Os instrumentos mais frequentemente utilizados na prática clínica e em estudos epidemiológicos para a determinação da QV de pacientes hipertensos são: *The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36)* (CICONELLI, 1997) e *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* (FLECK et al., 1999). Este último, embora muito empregado em pesquisa, engloba aspectos gerais não relacionados a QVRS.

O SF-36 quantifica objetivamente a QV, medindo aspectos de saúde e atividades geralmente afetadas pelas condições de saúde. É dividido em nove domínios: Estado Geral de Saúde, Evolução do Estado de Saúde, Capacidade Funcional, Desempenho Físico, Aspectos Emocionais, Aspectos Sociais, Dor, Vitalidade e Saúde Mental. A interpretação deste questionário é realizada pela formação de uma escala de 0 a 100, em que o maior escore indica melhor QV e o menor escore QV prejudicada. (CICONELLI, 1997).

2.2.3.2 Instrumentos específicos

Os instrumentos específicos focam sua avaliação em pontos voltados para uma determinada área de interesse. Podem ser específicos para uma doença (câncer, AIDS, asma, HA), para uma função (atividade física, função sexual, sono) ou para uma dada população (idosos, adolescentes e crianças). São capazes, desse modo, de avaliar de forma individual e específica determinados aspectos da QV, obtendo uma maior capacidade na detecção da melhora ou piora de um objeto de estudo. Sua principal característica é a capacidade que tem de detectar alterações após uma determinada intervenção. (GUYATT, 1995).

No caso específico da HA, o questionário validado e empregado em pesquisas na língua portuguesa é o *Short Form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire*

(MINICHAL). Este questionário foi traduzido e validado para o português por Schulz em 2006 a partir de um questionário espanhol feito por Badia et al. (2002).

O MINICHAL contém 16 questões de múltipla escolha que avaliam dois domínios: o estado mental e as manifestações somáticas, além de uma questão que avalia como a HA e seu tratamento tem influenciado a vida do indivíduo. (SCHULZ, 2006).

Mais recentemente, foi validado para a língua portuguesa o questionário de Bulpitt e Fletcher específico para avaliar a QV de pacientes hipertensos. Este questionário objetiva avaliar as alterações psicológicas e no humor dos pacientes decorrentes da HA, além de verificar a percepção do paciente em relação aos efeitos do tratamento anti-hipertensivo em regime ambulatorial. (GUSMÃO; PIERIN, 2009).

A QV é considerada, portanto, uma medida de desfecho clínico, que prioriza a avaliação do próprio paciente quanto aos efeitos que uma doença ou um tratamento exercem sobre sua vida diária e seu nível de satisfação e bem-estar.

Esse tipo de avaliação, juntamente com as avaliações clínicas e laboratoriais, permite obter um parâmetro seguro para implementação de atividades clínicas que possam ter um impacto mais positivo na vida dessas pessoas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial.

3.2 Específicos

- Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial sistêmica;
- Medir a qualidade de vida relacionada à saúde e avaliar a influência de aspectos clínicos e sociodemográficos sobre este desfecho;
- Analisar a qualidade de vida de pacientes hipertensos nos aspectos qualitativos e quantitativos pela aplicação do questionário genérico SF-36 e pela aplicação do questionário específico MINICHAL;
- Correlacionar os aspectos qualitativos e quantitativos da qualidade de vida em pacientes hipertensos por dois métodos: um genérico e um específico.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho da pesquisa

Realizou-se estudo observacional transversal com pacientes hipertensos acompanhados na Liga de Hipertensão Arterial, do Hospital Universitário Presidente Dutra, no período de março a maio de 2009.

Neste estudo foram incluídos pacientes de ambos os sexos com idade ≥ 18 anos. A escolha dos pacientes foi por conveniência, e todos foram esclarecidos e questionados para saber se concordariam em participar da pesquisa. Não foram incluídos os pacientes com diagnóstico (psiquiátrico) de doença mental, pacientes com problemas associados ao uso de álcool ou de outras drogas e mulheres grávidas ou em período de lactância.

Inicialmente foram convidados para participar da pesquisa 109 pacientes hipertensos, dos quais 9 recusaram-se a participar, ficando um total de 100 participantes: 61 mulheres e 39 homens.

A coleta de dados foi realizada por meio de: entrevista estruturada (Apêndice A), baseada no trabalho de Melchior (2008) e adaptada pela autora com base nas necessidades da pesquisa; aplicação de instrumentos diretamente com o paciente; e ainda pesquisa de informações em documentos do hospital (prontuário). Além da autora deste estudo, a pesquisa contou com a participação de duas alunas do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA e de uma aluna do Curso de Psicologia do Centro de Ensino Universitário do Maranhão – UNICEUMA, as quais foram capacitadas previamente para a aplicação dos referidos instrumentos. Aqueles pacientes que aceitaram participar da pesquisa realizaram a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4.2 Variáveis e coleta de dados

4.2.1 Perfil sociodemográfico

O perfil sociodemográfico foi verificado por meio das seguintes variáveis: idade, sexo (masculino/feminino), escolaridade (medido em anos de estudo), estado civil (solteiro, casado/união estável, separado/divorciado) e cor da pele autorrelatada pelos pacientes (branca/não branca). O instrumento utilizado para a coleta de dados encontra-se no Apêndice A. Foram realizadas questões por meio de perguntas diretas, avaliando o nível econômico dos

participantes do estudo e pesquisados os seguintes itens: número de pessoas que residiam na casa, se possuía empregada doméstica ou diarista, se possuía casa própria ou alugada, renda mensal individual e a profissão.

4.2.2 Valores de pressão arterial

A PAS e PAD foram medidas por meio de aparelho automático digital da marca OMRON HEM – 722C (OMRON Healthcare Inc., Kyoto, Japão), validado pelos protocolos da *Association for the Advancement of Medical Instrumentation* e *British Hypertension Society* para pesquisas internacionais. (COLEMAN et al., 2006).

A PA foi verificada três vezes consecutivas em cada paciente, com intervalo mínimo de três minutos entre as medidas. Para cálculo do resultado foi considerada a média das duas últimas aferições. Os pacientes hipertensos, considerados com a PA controlada, foram aqueles com PAS<140mmHg e PAD<90mmHg, conforme diretrizes brasileiras e internacionais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Para a realização de análises, os valores da PA foram estratificados conforme os estágios de HAS, seguindo as diretrizes brasileiras de hipertensão, em controlados (PA<140/90mmHg), hipertensão estágio 1 (PAS entre 140-159 e PAD entre 90-99), hipertensão estágio 2 (PAS entre 160-179 e PAD entre 100-109) e hipertensão estágio 3 (PAS≥180 e PAD ≥110). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

4.2 Perfil clínico

O tempo de diagnóstico da HAS foi medido através do próprio relato dos pacientes em meses e anos. Para esta análise foi realizada a estratificação do tempo, entre 0 e 3 anos, entre 4 e 7 anos, entre 8 e 11, entre 12 e 15, entre 16 e 19 e maior que 19 anos.

Foi realizado um levantamento da presença/ausência de comorbidades: diabetes, dislipidemia, histórico de infarto, histórico de AVC, depressão, obesidade e problema renal (insuficiência renal), além de fatores de risco cardiovascular, como tabagismo e história familiar de DCV (história precoce de aterosclerose, evento coronariano em homens <55 anos e mulheres <65 anos). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001). Esse levantamento foi realizado com perguntas para as quais o paciente respondia sim ou não; em hipótese de dúvidas, era realizada a verificação em dados dos prontuários. Com relação à

obesidade, a medida do peso na faixa ideal foi obtida pelo Índice de Massa Corporal (IMC), definido pelo peso em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura em metros. Os dados foram obtidos no prontuário do paciente. A classificação empregada foi da OMS e apresentada no quadro 4. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

| Magnitude do risco | IMC | Classificação |
|--------------------|----------------|------------------|
| 18 a 24,9 | Peso saudável | Peso saudável |
| 25 a 29,9 | Pré-obesidade | Risco moderado |
| 30 a 34,9 | Obeso grau I | Risco alto |
| 35 a 39,9 | Obeso grau II | Risco muito alto |
| ≥ 40 | Obeso grau III | Risco extremo |

Quadro 4 - Risco para doenças cardiovasculares, a partir dos valores do índice de massa corporal (Kg/m²)

Fonte: Pierin (2004).

4.2.1 Definições das comorbidades/ Fatores de risco CV

O *diabetes mellitus* (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos (Glicemia de jejum 7,0mmol/l ou 126mg/dL e Glicemia pós-prandial >11,0mmol/l ou 198mg/dL). . (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1998). Essa informação foi retirada do prontuário do paciente.

Dislipidemia é caracterizada por alterações no perfil lipídico definidas por: colesterol total ≥ 200 mg/dl e/ou triglicerídeos ≥ 150 mg/dl e/ou HDL-colesterol < 40mg/dl em homens e < 50mg/dl em mulheres e diabéticos e/ou LDL-colesterol ≥ 160mg/dl. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001). Essa informação foi retirada do prontuário do paciente.

Depressão é um transtorno do humor caracterizado pela perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída e pode ser classificada em leve, moderada e grave (CID-10, 1993). No nosso estudo, foi classificado como depressivo o paciente que informou ter tido o diagnóstico estabelecido por um psiquiatra.

Obesidade foi definida como Índice de Massa Corpórea (IMC) ≥ 30Kg/m². (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001). O peso e altura eram coletados do

prontuário do paciente.

A definição de Doença Renal Crônica (DRC) é estabelecida por diminuição do *clearance* de creatinina, inferior a $60\text{mg}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$, por um período igual ou superior a três meses. Para o cálculo do *clearance*, foi utilizada a fórmula de *Cockcroft-Gault*, que usa peso, idade e o valor de creatinina sérica. O valor de creatinina sérica foi retirado do prontuário do paciente e o cálculo do *clearance* foi realizado pelas alunas de Medicina. (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

História familiar de doença cardiovascular (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001). Essa informação foi retirada do prontuário do paciente.

Histórico de infarto e histórico de AVC foram informações coletadas diretamente com o paciente, quando este informou já ter sido acometido por uma dessas doenças.

Tabagismo foi autorrelatado pelo paciente, quando este possuía o hábito de fumar.

4.3 Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica

O conhecimento sobre a doença foi avaliado mediante 10 perguntas, com respostas do tipo sim/não, padronizado por Strelec e utilizado em publicações nacionais. (MELCHORS, 2008; SOUZA, 2008; STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003). As perguntas contemplaram aspectos como a cronicidade da doença, complicações da doença, valores para o controle pressórico e medidas não farmacológicas para o tratamento da hipertensão (Anexo A). O cálculo do conhecimento foi baseado nas respostas obtidas. Pacientes que respondiam corretamente todas as perguntas obtiveram 10 (100%), ou seja, considerou-se um excelente conhecimento; e aqueles que erravam todas obtiveram nota 0. O conhecimento foi considerado satisfatório para pacientes com notas maiores ou igual a 7 ou 70% e insatisfatório para aqueles com conhecimento menor que 7 ou 70% (MELCHORS, 2008).

4.4 Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

Para avaliação da QVRS, foram utilizados um instrumento específico de avaliação da QV em hipertensão, o MINICHAL e um instrumento genérico para avaliação da QV, o SF-36, ambos validados no Brasil. O MINICHAL foi desenvolvido na Espanha em 2001 e contém 16 itens. Dez itens estão agrupados no domínio estado mental e seis itens no domínio

manifestações somáticas. O domínio Estado Mental inclui as questões de 1 a 9 e possui pontuação máxima de 27 pontos. O domínio Manifestações Somáticas inclui as questões de 10 a 16, com pontuação máxima de 21 pontos. (SCHULZ et al., 2008). Tanto a versão original em espanhol quanto a brasileira incluem uma última questão relativa ao impacto geral da HAS na QV do paciente.

Na entrevista com os pacientes foi solicitado que respondessem as perguntas baseando-se no seu estado de saúde mental e somático dos últimos sete dias. A escala de pontuação, do tipo likert, continha quatro possíveis respostas (0=não, absolutamente; 1=sim, um pouco; 2=sim, bastante; 3=sim, muito). Os pontos variam de 0 (melhor nível de saúde) a 30 (pior nível de saúde) para a dimensão estado mental e para a dimensão manifestações somáticas variam de 0 (melhor nível de saúde) a 18 (pior nível de saúde). (BADIA et al., 2002).

O MINICHAL foi originalmente desenvolvido para ser autoadministrado, entretanto, neste estudo, devido à baixa escolaridade dos pacientes o instrumento foi aplicado mediante entrevista estruturada (Anexo B).

Por fim, foi utilizado o questionário genérico SF-36 (Anexo C) para avaliar aspectos qualitativos e quantitativos da qualidade de vida dos pacientes hipertensos. Esse instrumento é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas: Capacidade Funcional (10 itens), Aspectos Físicos (4 itens), Dor (2 itens), Estado Geral de Saúde (5 itens), Vitalidade (4 itens), Aspectos Sociais (2 itens), Aspectos Emocionais (3 itens), Saúde Mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano que, embora não seja usado para pontuar nenhuma das oito escalas anteriores, foi de suma importância para o conhecimento da doença do paciente.

Para avaliação dos resultados, foi dado um escore para cada questão, posteriormente transformado numa escala de 0 a 100, em que zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo analisada cada dimensão separadamente. Propositamente, não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro e a não identificação dos verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo subestimá-los (WARE et al., 1993).

Como este trabalho propõe-se a correlacionar o SF-36 com o questionário MINICHAL, é necessário fazer-se a descrição do SF-36 em seus componentes. Ware et al. (1995) propuseram a classificação dos domínios do SF-36 em dois grandes componentes, que

são: Componente Físico, que envolve os domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde e, Componente Mental, envolvendo os domínios Saúde Mental, Aspectos Emocionais, Aspectos Sociais e Vitalidade. Os domínios Estado Geral de Saúde e Vitalidade também podem estar de forma indireta relacionada ao outro componente (Figura 1). Essa separação tem por finalidade visualizar, de forma genérica, esses dois grandes componentes que podem estar envolvidos de maneira distinta nas diversas patologias.

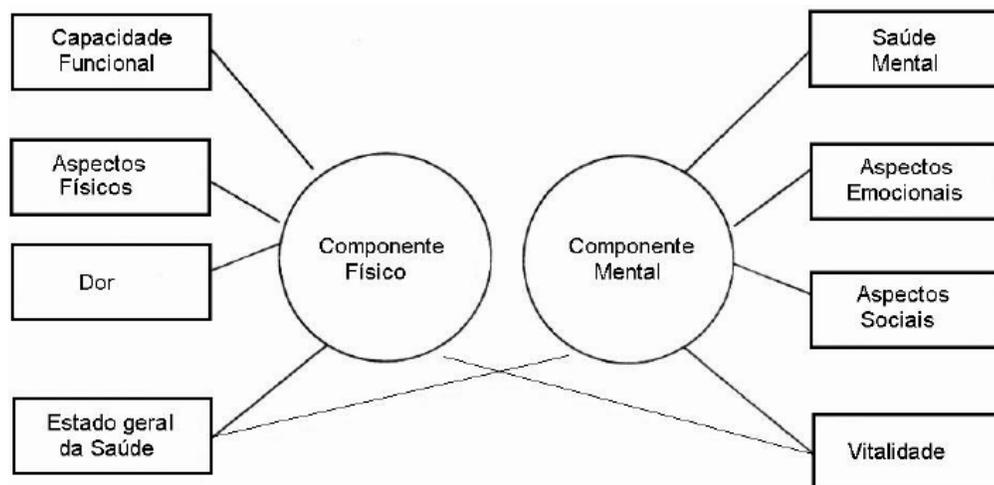


Figura 1 – Divisão dos domínios do SF-36 em componentes

Fonte: Souza (2008).

Faz-se necessário enfatizar que o componente físico do SF-36 corresponde ao domínio Manifestações somáticas do MINICHAL e o componente mental corresponde ao estado mental.

4.5 Análise dos dados

Inicialmente, foi feita a análise descritiva (média, desvio padrão, máximo, mínimo, quartis, mediana) das variáveis numéricas, bem como tabelas de frequência e gráficos. Posteriormente, foi feita regressão múltipla e análise de variância (ANOVA) entre as variáveis dependentes PAS e PAD, e as variáveis independentes idade, sexo, tempo de diagnóstico, comorbidades, fatores de risco e número de medicamentos. A correlação de Pearson foi realizada entre os domínios do questionário específico MINICHAL e do questionário genérico SF-36. O nível de significância estatística utilizado foi de 5%, ou seja, foi considerado significativo quando $p < 0,05$.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, protocolo nº 33104-1671/07 (Anexo D). Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo o território nacional, e os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando, assim, sua participação na pesquisa.

5 RESULTADOS

As variáveis sociodemográficas, clínicas, conhecimento sobre a Hipertensão arterial sistêmica e qualidade de vida serão descritas a seguir.

5.1 Variáveis socio-demográficas

Foram entrevistados 100 pacientes adultos maiores de 18 anos: sendo 39 homens e 61 mulheres. Na tabela 1 encontra-se seu perfil sociodemográfico.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial, segundo características sociodemográficas. São Luís, MA

| | | N* (%) |
|----------------|----------------------|-----------|
| Idade | 20 – 39 anos | 5 (5,0) |
| | 40 – 59 anos | 36 (36,0) |
| | 60 – 79 anos | 53 (53,0) |
| | 79> | 6 (6,0) |
| Sexo | Feminino | 61 (61,0) |
| | Masculino | 39 (39,0) |
| Anos de estudo | Sem estudo | 13 (13,0) |
| | 1 – 4 anos | 37 (37,0) |
| | 5 – 8 anos | 30 (30,0) |
| | 9 – 12 anos | 14 (14,0) |
| | > 12 anos | 6 (6,0) |
| Estado civil | Solteiro | 15 (15,0) |
| | Casado/união estável | 46 (46,0) |
| | Separado/divorciado | 16 (16,0) |
| | Viúvo | 23 (23,0) |
| Cor | Branca | 19 (19,0) |
| | Não branca | 81 (81,0) |

*N = 100

5.2 Variáveis socioeconômicas

No levantamento socioeconômico, verificou-se que 91% dos pacientes possuíam casa própria; 58% dos pacientes possuíam renda entre 1 e 2 salários mínimos. Na tabela que segue, encontram-se resumidos os dados socioeconômicos dos pacientes deste estudo.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial, segundo dados socioeconômicos. São Luís, MA

| | | N* (%) |
|-----------------------|----------------|-----------|
| Nº de pessoas na casa | 1 – 4 | 69 (69,0) |
| | 5 – 8 | 28 (28,0) |
| | 9 – 12 | 3 (3,0) |
| Diarista ou empregada | Sim | 5 (5,0) |
| | Não | 95 (95,0) |
| Casa | Própria | 91 (91,0) |
| | Alugada | 9(9,0) |
| Renda | Sem renda | 9 (9,0) |
| | < 1salário | 9 (9,0) |
| | 1 - 2 salários | 58 (58,0) |
| | > 2 salários | 26 (26,0) |
| Ocupação | Aposentado | 33 (33,0) |
| | Do lar | 33 (33,0) |
| | Empregado | 33 (33,0) |
| | Desempregado | 1 (1,0) |

*N = 100

5.3 Variáveis clínicas

Quanto ao tempo de diagnóstico da HAS, a média foi de 9,39 anos (DP± 12,4) e 53% dos pacientes tinham hipertensão arterial sistêmica há mais de 8 anos. O tempo de diagnóstico foi estratificado em 3 anos.

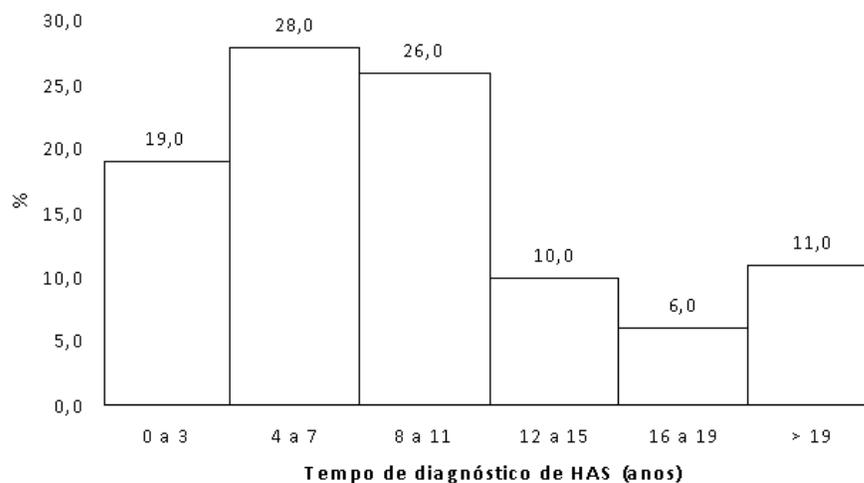


Gráfico 1 – Distribuição do Tempo de diagnóstico medido em anos dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

A Tabela 3 resume as comorbidades e fatores de risco CV com suas respectivas frequências nos pacientes. Nestes, os fatores com mais alta prevalência neste estudo foram dislipidemia (58%) e histórico de doenças cardiovasculares (43%).

Tabela 3 – Fatores de risco cardiovascular e comorbidades dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| | N* (%) |
|------------------------------------------------|-----------|
| Dislipidemia | 58 (58,0) |
| Histórico Familiar de doenças cardiovasculares | 43 (43,0) |
| Diabetes | 23 (23,0) |
| Obesidade | 23 (23,0) |
| Histórico de AVC | 19 (19,0) |
| Depressão | 15 (15,0) |
| Insuficiência Renal | 11(11,0) |
| Tabagismo | 9 (9,0) |
| Histórico de infarto | 4 (4,0) |
| | 100 |

*N = 100

Em relação ao número de medicamentos, 54% dos pacientes ingeriam 2 ou 3 medicamentos por dia. Na Tabela 4 encontram-se os dados descritivos quanto ao número de medicamentos tomados.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes hipertensos da Liga de Hipertensão Arterial, conforme número de medicamentos tomados. São Luís, MA

| Número de medicamentos | N*(%) |
|------------------------|-----------|
| 0 | 4 (4,0) |
| 1 | 14 (13,0) |
| 2 | 28 (28,0) |
| 3 | 26 (26,0) |
| 4 | 14 (14,0) |
| 5 | 5 (5,0) |
| 6 | 7(7,0) |
| 7 | 2 (2,0) |

*N = 100

No que se refere ao controle da pressão arterial (PA), 46% dos pacientes estavam com a PA controlada. A PAS apresentou média de 143,43 mmHg e a PAD de 83,62 mmHg.

Tabela 5 – Avaliação do controle pressórico dos 100 pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| | PAS | N* | PAD | N* |
|-----------|-----------|-----|-----------|-----|
| Ótima | < 120 | 8 | <80 | 35 |
| Normal | 120 a 129 | 17 | 80 a 84 | 28 |
| Limitrofe | 130 a 139 | 21 | 85 a 89 | 5 |
| HAS 1 | 140 a 159 | 30 | 90 a 99 | 18 |
| HAS 2 | 160 a 179 | 17 | 100 a 109 | 10 |
| HAS 3 | > 179 | 7 | >109 | 4 |
| Total | | 100 | | 100 |

*N = 100

Em relação ao estágio da Hipertensão Arterial Sistêmica os pacientes ficaram divididos conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Resultados da avaliação da PA dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial, segundo a classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica. São Luís, MA

| Estágio da HAS | N* | % |
|----------------|-----|------|
| Controlada | 46 | 46,0 |
| Estágio 1 | 30 | 30,0 |
| Estágio 2 | 17 | 17,0 |
| Estágio 3 | 7 | 7,0 |
| Total | 100 | |

*N = 100

5.4 Variável conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica

A Tabela 7 traz o número de respostas corretas obtidos para cada pergunta do questionário de conhecimento da HAS e suas frequências.

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes hipertensos, de acordo com as respostas certas obtidas no questionário para avaliar conhecimento em relação a HAS e seu tratamento. São Luís, MA

| Pergunta | N* | % |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1 Pressão alta é uma doença para toda a vida? | 76 | 76 |
| 2 Quem tem pressão alta, na maioria das vezes não sente nada diferente? | 53 | 53 |
| 3 A pressão é alta, quando for maior ou igual a 14 por 9? | 81 | 81 |
| 4 Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins? | 100 | 100 |
| 5 O tratamento para a pressão alta é para toda a vida? | 92 | 92 |
| 6 A pressão alta pode ser tratada sem remédios? | 25 | 25 |
| 7 Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta? | 94 | 94 |
| 8 Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta? | 97 | 97 |
| 9 Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta? | 99 | 99 |
| 10 Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão? | 95 | 95 |

*N = Número de questões respondidas corretamente.

5.5 Variável qualidade de vida

Na Tabela 8 estão relacionados os domínios e os escores do instrumento SF-36.

Tabela 8 – Escores obtidos para os domínios do SF-36, aplicado aos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| Domínios | Média | Desvio padrão |
|-----------------------|-------|---------------|
| Aspectos físicos | 47,3 | 42,9 |
| Vitalidade | 57,4 | 19,7 |
| Aspectos emocionais | 58 | 44,7 |
| Capacidade funcional | 58,7 | 27,8 |
| Dor | 60,4 | 26,3 |
| Estado geral de saúde | 60,7 | 22,7 |
| Saúde mental | 66,88 | 22,1 |
| Aspectos sociais | 78 | 26,1 |

Em relação ao MINICHAL, os resultados obtidos foram os descritos a seguir, na Tabela 9.

Tabela 9 - Escores obtidos para os domínios do MINICHAL, aplicado aos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| Domínios | Valor Médio | Desvio padrão |
|-------------------------|-------------|---------------|
| Estado Mental | 6,6 | 6 |
| Manifestações Somáticas | 5,0 | 4,1 |

5.6 Qualidade de vida e Pressão Arterial

Não houve diferença significativa entre os níveis de PA e os domínios que avaliam a qualidade de vida pelos instrumentos SF-36 e MINICHAL, o que significa dizer que o fato de o indivíduo possuir pressão controlada ou não controlada, não influencia no resultado de sua qualidade de vida. Os dados podem ser verificados na Tabela 10.

Tabela 10 – Escores obtidos entre a PA e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| PA ¹⁰ | MINICHAL | | | QUESTIONARIO GENÉRICO SF-36 | | | | | | | |
|------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|----------------------------------------|-------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | SM ⁹ |
| 0 ¹¹ | N | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 |
| | Média | 8.3 | 5.5 | 57.6 | 45.1 | 55.9 | 58.7 | 56.2 | 74.2 | 57.6 | 65.6 |
| | DP | 6.9 | 4.3 | 28.5 | 44.3 | 26.3 | 21.2 | 20.8 | 27.7 | 45.2 | 22.2 |
| 1 ¹² | N | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| | Média | 5.3 | 4.2 | 60.3 | 47.5 | 68.2 | 66.7 | 60.2 | 86.3 | 58.3 | 69.7 |
| | DP | 4.7 | 3.8 | 29.4 | 43.2 | 25.8 | 21.1 | 15.2 | 15.9 | 43.5 | 18.2 |
| 2 ¹³ | N | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| | Média | 5.1 | 5.5 | 56.2 | 55.9 | 61.1 | 54.7 | 53.1 | 76.4 | 58.8 | 61.4 |
| | DP | 5.3 | 4.7 | 26.0 | 42.9 | 27.8 | 29.3 | 24.5 | 31.5 | 47.9 | 27.5 |
| 3 ¹⁴ | N | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| | Média | 4.9 | 4.6 | 65.0 | 39.3 | 55.6 | 62.9 | 63.6 | 69.6 | 61.9 | 76.6 |
| | DP | 5.2 | 3.2 | 24.2 | 37.8 | 21.7 | 20.1 | 17.7 | 33.0 | 48.8 | 22.6 |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Média | 6.6 | 5.0 | 58.7 | 47.3 | 60.4 | 60.7 | 57.4 | 77.9 | 58.3 | 66.9 |
| | DP | 6.0 | 4.1 | 27.8 | 42.9 | 26.3 | 22.7 | 19.7 | 26.1 | 44.7 | 22.1 |
| | p valor | 0,081 | 0,601 | 0,883 | 0,796 | 0,236 | 0,301 | 0,524 | 0,189 | 0,996 | 0,391 |
| Notas: | ¹ Estado Mental | ² Manifestações Somáticas | | | ³ Capacidade Funcional | | | | | | |
| | ⁴ Aspectos Físicos | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | ⁶ Vitalidade | | | | | | |
| | ⁷ Aspectos Sociais | ⁸ Aspectos Emocionais | | | ⁹ Saúde Mental | | | | | | |
| | ¹⁰ Pressão Arterial | ¹¹ Pressão Arterial Controlada | | | ¹² Hipertensão em estágio I | | | | | | |
| | ¹³ Hipertensão em estágio II | ¹⁴ Hipertensão em estágio III | | | | | | | | | |

5.7 Qualidade de vida e Sexo

Em relação à variável sexo, houve diferença significativa ($p < 0,05$) no domínio estado

mental do MINICHAL e nos domínios de capacidade funcional, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental do SF-36. Isto significa dizer que, conforme os resultados, o sexo feminino comparado ao sexo masculino no domínio estado mental do MINICHAL possui um comprometimento maior, isto é, em relação ao homem a mulher possui pior qualidade de neste aspecto, o que ocorre também nos domínios de capacidade funcional, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental do SF-36. Estes dados podem ser verificados na tabela a seguir.

Tabela 11 - Escores obtidos entre Sexo e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| Sexo | | MINICHAL | | QUESTIONÁRIO GENE RICO SF-36 | | | | | | | |
|---------|-------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | SM ⁹ |
| M | N | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 |
| | Média | 4.6 | 4.2 | 66.9 | 52.6 | 67.2 | 62.4 | 61.3 | 82.4 | 70.1 | 72.3 |
| | DP | 3.6 | 3.1 | 24.3 | 42.5 | 22.3 | 18.1 | 17.9 | 20.8 | 41.7 | 18.2 |
| F | N | | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| | Média | 8.0 | 5.6 | 53.4 | 43.9 | 56.1 | 59.7 | 54.8 | 75.0 | 50.8 | 63.4 |
| | DP | 6.9 | 4.6 | 28.8 | 43.2 | 27.9 | 25.4 | 20.5 | 28.8 | 45.3 | 23.8 |
| Total | N | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Média | 61 | 5.0 | 58.7 | 47.3 | 60.4 | 60.7 | 57.4 | 77.9 | 58.3 | 66.9 |
| | DP | 6.0 | 4.1 | 27.8 | 42.9 | 26.3 | 22.7 | 19.7 | 26.1 | 44.7 | 22.1 |
| p valor | | 0,006 | 0,099 | 0,017 | 0,325 | 0,039 | 0,563 | 0,108 | 0,169 | 0,035 | 0,049 |
| Notas: | | ¹ Estado Mental | | ² Manifestações Somáticas | | | ³ Capacidade Funcional | | | | |
| | | ⁴ Aspectos Físicos | | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | ⁶ Vitalidade | | | | |
| | | ⁷ Aspectos Sociais | | ⁸ Aspectos Emocionais | | | ⁹ Saúde Mental | | | | |

5.8 Qualidade de vida e Comorbidades /fatores de risco CV

Dentre as comorbidades/ fatores de risco CV: obesidade, depressão, histórico de infarto, histórico de AVC, insuficiência renal, história familiar de DCV, diabetes, dislipidemia e tabagismo, as que tiveram diferença significativa ($p < 0,05$) com a qualidade de vida foram: histórico familiar de DCV, depressão e obesidade, os dados destas variáveis se encontram nas tabelas a seguir e as variáveis que não tiveram diferença significativa ($p < 0,05$) encontram-se nos Apêndices C, D, E, F, G e H.

Tabela 12 – Escores obtidos entre História familiar de DCV e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| MINICHAL | | QUESTIONARIO GENÉRICO SF-36 | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|------------------|------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|-------|
| Hist. Familiar de DCV ¹ | EM ² | MS ³ | CF ⁴ | AF ⁵ | Dor | EGS ⁶ | VIT ⁷ | AS ⁸ | AE ⁹ | SM ¹⁰ | |
| Não | N | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | |
| | Média | 6.0 | 4.0 | 59.4 | 56.1 | 63.1 | 65.1 | 58.9 | 82.4 | 70.7 | 68.5 |
| | DP | 5.6 | 3.4 | 28.5 | 42.9 | 25.9 | 20.3 | 19.4 | 24.4 | 41.4 | 20.7 |
| Sim | N | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 |
| | Média | 7.5 | 6.4 | 57.8 | 35.5 | 57.0 | 54.9 | 55.3 | 71.8 | 41.9 | 64.7 |
| | DP | 6.6 | 4.6 | 27.2 | 40.5 | 26.8 | 24.6 | 20.2 | 27.3 | 44.1 | 24.0 |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Média | 6.6 | 5.0 | 58.7 | 47.3 | 60.4 | 60.7 | 57.4 | 77.9 | 58.3 | 66.9 |
| | DP | 6.0 | 4.1 | 27.8 | 42.9 | 26.3 | 22.7 | 19.7 | 26.1 | 44.7 | 22.1 |
| p valor | | 0,225 | 0,002 | 0,778 | 0,016 | 0,252 | 0,026 | 0,376 | 0,043 | 0,001 | 0,405 |
| Notas: | | ¹ Doença Cardiovascular | | | ² Estado Mental | | | ³ Manifestações Somáticas | | | |
| | | ⁴ Capacidade Funcional | | | ⁵ Aspectos Físicos | | | ⁶ Estado Geral de Saúde | | | |
| | | ⁷ Vitalidade | | | ⁸ Aspectos Sociais | | | ⁹ Aspectos Emocionais | | | |
| | | ¹⁰ Saúde Mental | | | | | | | | | |

Tabela 13 – Escores obtidos entre depressão e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| MINICHAL | | QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36 | | | | | | | | | |
|-----------|-----------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Depressão | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | SM ⁹ | |
| Não | N | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | |
| | Média | 5.6 | 4.4 | 61.5 | 50.6 | 61.4 | 63.8 | 60.4 | 81.3 | 61.5 | 69.6 |
| | D P | 5.2 | 3.9 | 27.0 | 43.5 | 25.3 | 20.4 | 18.3 | 22.6 | 44.3 | 20.2 |
| Sim | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | |
| | Média | 12.8 | 8.5 | 43.0 | 28.3 | 54.9 | 43.2 | 40.3 | 58.3 | 40.0 | 51.5 |
| | D. P | 6.8 | 3.8 | 28.1 | 35.2 | 32.1 | 27.8 | 19.5 | 35.9 | 44.0 | 26.6 |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| | Média | 6.6 | 5.0 | 58.7 | 47.3 | 60.4 | 60.7 | 57.4 | 77.9 | 58.3 | 66.9 |
| | D.P | 6.0 | 4.1 | 27.8 | 42.9 | 26.3 | 22.7 | 19.7 | 26.1 | 44.7 | 22.1 |
| p valor | | 0,0001 | 0,0001 | 0,017 | 0,064 | 0,382 | 0,001 | 0,0001 | 0,001 | 0,085 | 0,003 |
| Notas: | | ¹ Estado Mental | | | ² Manifestações Somáticas | | | ³ Capacidade Funcional | | | |
| | | ⁴ Aspectos Físicos | | | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | ⁶ Vitalidade | | | |
| | | ⁷ Aspectos Sociais | | | ⁸ Aspectos Emocionais | | | ⁹ Saúde Mental | | | |

Tabela 14 – Escores obtidos entre obesidade e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| MINICHAL | | | QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36 | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------|------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Obesidade | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | SM ⁹ | |
| Não | N | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 |
| | Média | 5.7 | 4.3 | 60.8 | 51.3 | 62.4 | 61.9 | 59.7 | 80.8 | 60.6 | 69.5 |
| | D.P | 5.1 | 3.7 | 26.8 | 43.5 | 24.6 | 20.4 | 17.9 | 22.1 | 43.8 | 19.5 |
| Sim | N | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| | Média | 9.9 | 7.5 | 51.7 | 33.7 | 54.0 | 57.0 | 49.6 | 67.9 | 50.7 | 58.3 |
| | D.P | 7.8 | 4.5 | 30.5 | 38.9 | 31.2 | 29.6 | 23.7 | 35.3 | 48.1 | 28.2 |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Média | 7 | 5 | 59 | 47 | 60 | 61 | 57 | 78 | 58 | 67 |
| | D.P | 6 | 4 | 28 | 43 | 26 | 23 | 20 | 26 | 45 | 22 |
| p valor | | 0,003 | 0,001 | 0,172 | 0,084 | 0,185 | 0,367 | 0,030 | 0,037 | 0,356 | 0,033 |
| Notas: | ¹ Estado Mental | | | ² Manifestações Somáticas | | | | ³ Capacidade Funcional | | | |
| | ⁴ Aspectos Físicos | | | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | | ⁶ Vitalidade | | | |
| | ⁷ Aspectos Sociais | | | ⁸ Aspectos Emocionais | | | | ⁹ Saúde Mental | | | |

5.9 Miniquestionário de Qualidade de vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) e o Questionário genérico SF-36

O MINICHAL e o SF-36 apresentaram correlação significativa entre si em todos os domínios. Pode-se verificar que nos domínios **estado mental** (MINICHAL) e **componente mental** (domínios saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade) do SF-36 houve correlação significativa ($p < 0,001$) e nos domínios **manifestações somáticas** (MINICHAL) e **componente físico** (domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde) do SF-36, esta também se manteve ($p < 0,001$).

Tabela 15 - Correlação de Pearson entre os domínios dos questionários do MINICHAL e do SF-36. São Luís, MA

| | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|--------|------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|--|
| EM | | | | | | | | | | |
| MS | ,677** | | | | | | | | | |
| CF | -,494** | -,405** | | | | | | | | |
| AF | -,410** | -,480** | ,474** | | | | | | | |
| Dor | -,439** | -,469** | ,578** | ,475** | | | | | | |
| Saúde | -,463** | -,476** | ,294** | ,321** | ,401** | | | | | |
| VIT | -,566** | -,468** | ,437** | ,445** | ,480** | ,511** | | | | |
| AS | -,650** | -,457** | ,428** | ,436** | ,475** | ,394** | ,475** | | | |
| AE | -,475** | -,525** | ,406** | ,531** | ,294** | ,322** | ,287** | ,448** | | |
| SM | -,629** | -,506** | ,354** | ,341** | ,450** | ,554** | ,725** | ,502** | ,360** | |
| * p < 0,05 ** p < 0,001 | | | | | | | | | | |
| Notas: | ¹ Estado Mental | | | ² Manifestações Somáticas | | | | ³ Capacidade Funcional | | |
| | ⁴ Aspectos Físicos | | | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | | ⁶ Vitalidade | | |
| | ⁷ Aspectos Sociais | | | ⁸ Aspectos Emocionais | | | | ⁹ Saúde Mental | | |

6 DISCUSSÃO

Avaliar a qualidade de vida é de extrema importância, pois este conceito serve como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, avalia o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar às pessoas por elas acometidas, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas, é possível identificar um grande interesse no estudo da QV, devido ao fato de que informações sobre este conceito “têm sido incluídas tanto como indicadores para a avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para controle de problemas de saúde”. (SEIDL; ZANNONI, 2004).

O interesse de pesquisadores é de tornar o conceito qualidade de vida mais objetivo, transformando-o em medida quantitativa para que possa ser usado em ensaios clínicos e modelos econômicos (MCHORNEY et al., 1992).

6.1 Variáveis socio-demográficas

A média de idade dos pacientes foi de 61,7 anos (DP±12,4), onde 59% da população deste estudo eram idosos (≥ 60 anos). Comparando o resultado deste estudo a outros que visavam medir a QV de pacientes hipertensos, a média de idade foi semelhante. Estes estudos estão descritos a seguir.

Na dissertação de mestrado de Cavalcante (2007), cujo objetivo era avaliar a qualidade de vida de 100 pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial do Estado de São Paulo, separados em dois grupos (grupo A: pacientes em tratamento nos últimos 5 anos n=46 e grupo B: pacientes que iniciaram o tratamento n=54), a média de idade foi de 60 anos.

No estudo de Silqueira (2005), em que a amostra era constituída de 256 pacientes hipertensos e tinha como objetivo descrever a QVRS de pacientes hipertensos de uma Unidade de Saúde de um município de Minas Gerais, segundo o instrumento genérico de avaliação de QVRS SF-36, a média ficou em 61 anos. Magnobosco (2007), avaliando a QV de 131 pacientes hipertensos em atendimento ambulatorial, em Sacramento-MG, e utilizando o instrumento genérico de avaliação de QVRS SF-36, observou média de idade de 64,4 anos. Souza (2008), estudando 44 pacientes atendidos no Ambulatório de Farmacologia Cardiovascular do HC-UNICAMP e avaliando a QV com o Instrumento genérico SF-36, encontrou média de

idade de 48,6 anos.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007), como a PA aumenta linearmente com a idade, esta variável se torna um fator de risco para a HA. Este aumento pode ser explicado em parte pela rigidez arterial, que está relacionada ao envelhecimento. (VASAN et al., 2001). Considerando que no Brasil os dados demográficos apontam para um envelhecimento populacional que avança rapidamente, pode-se prever uma tendência para o futuro de um número elevado de hipertensos. (BRASIL, 2007).

Em relação à variável sexo a maioria dos pacientes (61%) foi do sexo feminino, o que está de acordo com outros estudos. No estudo de Cavalcante (2007), o sexo feminino representou 69% da amostra. Em outro estudo realizado no Estado de São Paulo por Gusmão e Pierin (2009), cujo objetivo era realizar a tradução para o português e validar o questionário específico para avaliação da qualidade de vida em hipertensos de Bulpitt e Fletcher, com uma amostra de 110 pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial, 65% da amostra eram do sexo feminino. No estudo de Magnobosco (2007), 74,8% eram do sexo feminino, Enquanto Silqueira (2005) observou que 72,3% eram do sexo feminino, números aproximados aos de Souza com 75% dos pacientes do sexo feminino.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), mais mulheres (22,4%) do que homens (18,4%) informam-se hipertensos. Porém em ambos os sexos, o diagnóstico aumenta com a idade, alcançando mais de 50% dos indivíduos com 65 anos ou mais.

Em relação à cor da pele, 81% se autodenominaram não brancos. Silqueira (2005) observou 65% de não brancos. Já nos estudos realizados por Cavalcante (2007), a amostra de não-brancos foi de 38%, e no estudo de Gusmão e Pierin (2009) a população não branca foi de 43%; ambos os estudos foram realizados no estado de São Paulo. Essa diferença deve justificar-se pelo fato de que no Maranhão 74,3% da população é negra; já em São Paulo essa porcentagem é de 30,9%, segundo dados do IBGE (2005). No Brasil, a prevalência da HAS é mais elevada na população negra, bem como a gravidade da doença, principalmente quanto à incidência de HAS maligna, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica. (LYRA JÚNIOR et al., 2005).

No que se refere ao estado civil, 46% dos pacientes são casados/união estável. Segundo Cesarino (2008), raros são os estudos que correlacionam prevalência de HA com o estado civil. Em seu estudo com uma amostra de 1.717 indivíduos o qual tinha como objetivo estimar a prevalência de HA na população e identificar os fatores sociodemográficos dos hipertensos de São José do Rio Preto-SP/Brasil, verificou-se maior prevalência de hipertensos

casados - 63,9%, concordando com outro estudo realizado em Minas Gerais, que avaliou a qualidade de vida de 131 pacientes hipertensos de um grupo de convivência, no qual 54% eram casados ou moravam com companheiro. (MAGNOBOSCO, 2007). Ainda conforme Cesarino (2008), possivelmente entre os casados o grau de responsabilidade familiar poderia representar um fator de risco para HAS. Já Gusmão e Pierin (2004) apontam níveis pressóricos mais baixos em pessoas casadas e nas que têm um companheiro, possivelmente por estas contarem com o apoio familiar.

Os pacientes tiveram em média de 5,4 anos formais de estudo ($DP\pm 4,29$), onde 80% deles estudaram no máximo 8 anos, refletindo uma baixa escolaridade. Em pesquisas internacionais de QVRS o grau de escolaridade foi maior. No estudo de Robbins et al. (1994), em que um de seus objetivos era avaliar a qualidade de vida de 315 mulheres idosas hipertensas, na cidade de Orono, EUA, obteve-se 12,3 anos formais de estudo. E no de Lalonde et al. (2004) realizado no Canadá, que tinha como objetivo avaliar a QVRS em pacientes cardíacos com dislipidemia e hipertensão numa amostra de 284 pacientes, não houve relato de pacientes com grau de escolaridade menor que o ensino médio.

Dentre os estudos de QVRS feitos no Brasil, o que demonstrou uma escolaridade semelhante aos resultados aqui apresentados foi desenvolvido em Curitiba, tendo sido observado em média 3 anos de estudo (MELCHORS, 2008). No estudo de Magnobosco (2007), 90% dos pacientes estudaram no máximo 8 anos. No estudo de Souza (2008), 59% dos pacientes hipertensos possuíam 1º grau incompleto. Enquanto no estudo de Silqueira (2005), 62,5% possuíam 1º grau incompleto e 18,8% eram analfabetos. É necessário enfatizar que escolaridade não chega a ser um fator de risco para a HA, porém um nível socioeconômico mais baixo sim. As consequências de um baixo nível socioeconômico geralmente são maus hábitos alimentares, índice de massa corpórea aumentada, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e baixo nível educacional.

No levantamento socioeconômico, verificou-se que 91% dos pacientes possuíam casa própria, 95% dos pacientes não possuíam diarista ou empregada doméstica e 69% moravam com 1 a 4 pessoas. Em um estudo semelhante, 90% dos pacientes possuíam casa própria e 98% não possuíam empregada doméstica. (MELCHORS, 2008). No estudo de Magnobosco (2007), 87% dos pacientes hipertensos não moravam sozinhos, e no estudo de Cavalcante (2007), a média para o número de pessoas na residência foi de 2,76.

Em relação à renda, 58% dos pacientes ganhavam entre 1 e 2 salários mínimos, já no estudo de Magnobosco (2007), 67% ganhavam igual a 1 salário mínimo ou menos e, para finalizar, no trabalho de Cavalcante (2007), a média de salários mínimos recebidos pelo

paciente foi de 2,68. Sabe-se que fatores socioeconômicos são determinantes da doença. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

No que se refere à ocupação, verificou-se que 33% eram do lar, 33% aposentados e 33% empregados, somente 1% desempregado. No estudo de Silqueira (2005), em relação à ocupação, verificou-se que a metade (50%) eram do lar e 30% aposentado.

Lolio (1990a), em um artigo de revisão com o objetivo de verificar os conhecimentos sobre a HA, com ênfase nos critérios de diagnóstico e na prevalência da doença no mundo, afirmou que a HA encontra-se frequentemente associada a estratos sociais mais baixos, à baixa escolaridade e a menores indicadores sociais e econômicos.

6.2 Variáveis clínicas

6.2.1 Comorbidades

É necessária a investigação das comorbidades e dos fatores de risco cardiovascular, pois segundo as V Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007), para a tomada de decisão terapêutica é necessária a confirmação diagnóstica, seguindo-se a estratificação de risco, que levará em conta, além dos valores de pressão, a presença de fatores de risco cardiovascular, as lesões em órgãos-alvo, as doenças cardiovasculares e, finalmente, a meta mínima de valores da pressão arterial, que deverá ser atingida com o tratamento. Além disso, uma vez que a hipertensão é associada a alguma comorbidade ou fatores de risco DCV, conseqüentemente irá existir uma diminuição da QV do paciente.

A comorbidade com mais alta prevalência neste estudo foi a dislipidemia 58%. Melchioris (2008), em um estudo na cidade de Curitiba, que tinha como objetivo avaliar a influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, conhecimento sobre a doença, complexidade da farmacoterapia anti-hipertensiva e adesão ao tratamento na qualidade de vida e no controle pressórico dos pacientes hipertensos, verificou que numa amostra de 191 pacientes, a dislipidemia apareceu em terceiro lugar com prevalência de 25% na amostra. Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007), níveis elevados de colesterol, juntamente com hipertensão arterial, representam mais que 50% do risco atribuível para doença coronária.

A hipertensão arterial por ser uma doença crônica apresenta características específicas como: evolução clínica permanente e de lentidão, história natural prolongada,

complicações e está frequentemente associada a várias comorbidades.

No nosso estudo a diabetes, esteve presente em quase um quarto da amostra (23%); no estudo de Melchiors (2008), esta comorbidade apareceu em terceiro lugar, com 25% de presença na população estudada. No estudo de Cavalcante (2007), 26% dos pacientes tinham diabetes e 89% destes apresentavam outras doenças além de hipertensão.

A obesidade estava presente em 23% dos pacientes, no estudo de Magnobosco (2007), o percentual foi de 30%. Conforme já mencionado, o excesso de peso corporal é fator predisponente a HAS, podendo ser responsável por 20% a 30% de HAS; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam HAS diretamente atribuível ao sobrepeso e à obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Em relação às outras comorbidades, 19% dos pacientes tinham histórico de AVC, 15% foram diagnosticados com depressão e 11% dos pacientes tinham um histórico de infarto. No estudo de Melchiors (2007), esta porcentagem foi de 8% para histórico de AVC, 22% para depressão e 12% para histórico de infarto.

No estudo de Magnobosco (2007) investigou-se nove comorbidades, assim a constatação da presença ou ausência entre os participantes foi verificada através dos prontuários, bem como no presente estudo. Constatou-se que 68% dos participantes tinham pelo menos uma das comorbidades estudadas. No nosso estudo, 89% apresentaram pelo menos uma comorbidade.

6.2.2 Número de medicamentos

Em relação ao número de medicamentos tomados por dia, a média foi de 2,85 (DP±1,57), 54% dos pacientes ingeriam dois ou três e o restante ingeriam quatro ou mais medicamentos por dia. No estudo de Cavalcante (2007), 75% dos pacientes utilizavam duas ou três drogas por dia, já no estudo de Magnobosco (2007) 84% ingeriam de um a dois medicamentos por dia.

No estudo de Jesus et al. (2008), com 511 pacientes em uma Liga de Hipertensão de um Hospital de ensino da cidade de São Paulo, que tinha como objetivo caracterizar um grupo de hipertensos em relação a crenças, conhecimentos, atitudes e fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, foi verificado que mais de um terço dos entrevistados afirmou ter interrompido o tratamento por diversos motivos. Os mais citados foram: remédios muito caros, não foram orientados quanto à necessidade de tomar os medicamentos, acreditam que devem tomar os medicamentos somente quando se sentem mal, entre

outros. É importante ressaltar que para alguns pacientes, “o fato de ingerir medicamentos implica um problema maior do que sua própria doença”. (ALDERMAN, 2005).

6.2.3 Controle da Pressão Arterial

No que se refere ao controle da pressão arterial (PA), 46% dos pacientes estavam com a PA controlada. A PAS apresentou média de 143,4mmHg (DP±24,1) e a PAD de 83,6mmHg (DP±12,6). No Brasil, estudos de prevalência que relatam pacientes com PA controlada utilizando tratamento anti-hipertensivo apresentam taxa de variação de 20% a 33% (Gus et al., 2004; Trindade et al.,1998; Melchiors 2008) O resultado obtido no controle da PA do presente estudo ficou acima de outras pesquisas realizadas no Brasil, provavelmente por se tratar de um estudo realizado em uma Liga de Hipertensão.

No estudo de Gus et al. (2004), com amostragem aleatória por conglomerado, em 918 adultos, que tinha como objetivo descrever a prevalência dos fatores de risco das doenças cardiovasculares, em particular a hipertensão arterial sistêmica na população adulta do Rio Grande do Sul, seu nível de reconhecimento e controle, além dos fatores associados, obteve como resultado que 30,1% dos pacientes seguiam o tratamento, mas não apresentavam controle adequado da pressão arterial.

No estudo de Trindade et al. (1998) que tinha como objetivo avaliar a prevalência da HAS na população da cidade de Passo Fundo (RS), com n=206, dos 45 indivíduos que tinham hipertensão e faziam tratamento anti-hipertensivo, 20% estavam com a PA controlada. Já no estudo de Melchiors (2008) a taxa de controle da pressão arterial foi de 30,4%.

6.3 Conhecimento da hipertensão arterial sistêmica

Os pacientes apresentaram média de conhecimento satisfatório da HAS; 92% tiveram acerto ≥ 7 . Os primeiros pesquisadores a utilizar o questionário de conhecimento da HAS foram Strelec, Pierin e Mion (2003). Em sua pesquisa, o objetivo era avaliar numa amostra de 130 hipertensos a influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Neste estudo o conhecimento dos pacientes hipertensos também foi satisfatório. Apenas em duas questões o percentual de acerto foi inferior a 50%: “pressão alta é assintomática” (30%) e “hipertensão pode ser tratada sem remédios” (11%). A sensibilidade foi satisfatória (>70%) em 7 questões (doença crônica, complicações, tratamento contínuo, prática exercícios físicos, perda de peso, diminuição do

sal e nervosismo), indicando sensibilidade para se associar o conhecimento da doença e do tratamento com o controle da pressão arterial (STRELEC; PIERIN; MION, 2003).

A questão “A pressão alta pode ser tratada sem remédios?” foi a que apresentou menos acertos: 25%, assim como no estudo citado acima. Este resultado pode ser devido ao fato de que os pacientes são de uma Liga de Hipertensão e dificilmente tratam a sua doença somente com mudanças no estilo de vida.

No estudo de Melchioris (2008), um dos únicos que também utilizou o questionário de conhecimento da hipertensão arterial sistêmica, 84% dos pacientes obtiveram 7 ou mais acertos. No nosso estudo, as perguntas relacionadas ao controle da doença apresentaram um alto percentual de acerto, acima de 90%, coincidindo com o estudo de Melchioris (2008), o que evidencia que estes pacientes estão bem informados sobre a doença.

Na questão dois, o baixo acerto (53%) pode ter ocorrido em virtude da falta de compreensão do paciente no que se refere ao termo “na maioria das vezes”, presente na pergunta, relatando o que sente numa crise hipertensiva. (MELCHIORIS, 2008).

6.4 Avaliação da Qualidade de vida pelo questionário genérico SF-36

6.4.1 Capacidade Funcional (CF) e Limitação por aspectos físicos (AF)

O domínio CF avalia a limitação relacionada à capacidade física na realização de tarefas diárias de acordo com a saúde. Dentre todos os domínios, este apresentou o 4º menor escore, com o valor médio de 58,7. No estudo realizado por Silqueira (2005), a média para este domínio foi de 68,0. Já no estudo de Gusmão e Pierin (2009) resultados similares foram observados, a média para o domínio CF foi de 75,0. Fazendo uma comparação do nosso estudo com os demais citados, percebe-se que no nosso existe uma pior qualidade de vida no domínio CF. Quando comparado a esses estudos, tais resultados podem ser atribuídos à idade da amostra aqui estudada, em que mais da metade dos pacientes são idosos.

Um estudo que obteve resultado semelhante ao nosso foi o de Souza (2008) seu objetivo foi analisar a adesão ao tratamento de 44 pacientes com hipertensão arterial de difícil controle, referenciados ao Ambulatório de Farmacologia Cardiovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas/SP, a média no domínio CF foi de 56,7. Neste estudo a maioria dos escores para cada domínio ficou abaixo de 60, coincidindo com o estudo atual.

Em relação ao domínio AF, este avalia a limitação na realização do trabalho ou

atividade regular como consequência da saúde física. Este domínio foi o que apresentou o menor escore, ou seja, os pacientes possuíam maiores dificuldades devido a limitações nos aspectos físicos, o valor médio encontrado foi de 47,2. Comparando este resultado a outros estudos, o único que obteve resultado aproximado foi o de Cavalcante (2007), com o valor médio de 55,7. Nos estudos de Gusmão e Pierin (2009), Silqueira (2005) e Magnobosco (2007), a média foi de 72. No estudo atual a qualidade de vida neste domínio, é bem inferior quando comparada aos estudos citados acima. Talvez essa diferença seja tão acentuada devido à prevalência de comorbidades na amostra do nosso estudo.

Outro fator relevante, segundo Silqueira (2005), é que quando AF foi analisado em outros estudos, verificou-se que pacientes hipertensos com diabetes, angina *pectoris*, infarto e história prévia de AVC apresentaram escores dos domínios do SF-36 mais baixos, especialmente no componente físico. No nosso estudo, somente 17% dos pacientes não apresentavam nenhum tipo de comorbidade ou fatores de risco CV, o que pode ter gerado um escore baixo comparado a outros estudos no domínio AF.

6.4.2 Dor e Estado geral de saúde (EGS)

O domínio Dor avalia a extensão e interferência da dor no trabalho e nas atividades da vida diária. Este domínio apresentou o 5º menor escore, com o valor médio de 60,4.

Em outros estudos, a média dos resultados foi semelhante. No estudo de Gusmão e Pierin (2009), a média obtida foi de 65,0 e no estudo de Cavalcante (2007), a média encontrada foi de 61,4. O estudo que obteve um escore mais alto foi o de Silqueira (2005), com média de 69,0.

A doença hipertensiva, apesar de ser uma doença crônica, é considerada silenciosa e assintomática, pois a dor não é um sintoma que acompanha os pacientes hipertensos. Black e Matassarini-Jacobs (1996), discorrem que a dor, normalmente, aparece no paciente quando este apresenta outras patologias, ou mesmo quando apresenta alguma outra complicação cardiovascular, como infarto agudo do miocárdio. Faz-se necessário enfatizar que neste estudo 83% dos pacientes apresentam comorbidades e fatores de risco CV e este fato pode ter sido um agravante para um escore baixo no domínio da dor, comparado a outros estudos.

O domínio EGS avalia se o indivíduo acredita possuir boa saúde ou não e se esta pode vir a piorar. Este domínio apresentou o 6º menor escore, com média de 60,7. No estudo de Silqueira (2005), o valor médio encontrado foi de 77,8, no de Gusmão e Pierin (2009), a

média foi de 73,0 e no de Cavalcante (2007), o escore obtido foi de 72,0.

No estudo de Brito et al. (2008) que tinha como objetivo investigar a qualidade de vida de 113 portadores de hipertensão arterial e associar os resultados à percepção dos pacientes sobre a gravidade da doença, em uma unidade de saúde de Fortaleza, utilizando o SF-36, o domínio EGS foi o que obteve o menor escore 53,5. A autora acredita que tal resultado foi provavelmente em decorrência das manifestações clínicas relacionadas à etiologia da hipertensão arterial e ao tratamento instituído. Segundo ainda esta autora, os pacientes em sua pesquisa perceberam a hipertensão como uma situação grave em suas vidas; essa idéia é corroborada no nosso estudo.

6.4.3 Vitalidade (VIT) e Aspectos Sociais (AS)

VIT é composto por quatro itens e avalia o nível de energia ou de fadiga do indivíduo. Este domínio apresentou o 2º menor escore, com média de 57,3. No estudo de Lima (2002) o domínio vitalidade apresentou o pior escore com média 56,0.

Silqueira (2005) afirma que um baixo escore em VIT aponta um certo comprometimento dos pacientes hipertensos em relação ao ânimo e à disposição para enfrentamento de situações cotidianas. No estudo de Gusmão e Pierin (2009) o resultado foi semelhante ao do presente estudo: a média foi de 56,0. No estudo de Cavalcante (2007), este domínio apresentou o 4º menor escore e obteve uma média de 68,8. O estudo que obteve o escore mais baixo foi o de Souza (2008), com média de 45,1.

No estudo de Brito (2008), ao se examinar o domínio VIT, obteve-se o valor médio de 63,3. A autora ainda sugere que conviver com a hipertensão interfere na disposição, ressaltados os comentários relacionados à fadiga ligada à idade, tempo de doença e outros.

AS é composto por dois itens que avaliam se devido a problemas de saúde (físico ou emocional) houve um prejuízo na participação do indivíduo em atividades sociais, ou seja, seus itens demonstram a integração da pessoa em atividades sociais. No presente estudo dentre os demais, este domínio apresentou o maior escore, com média de 77,8 estando de acordo com o estudo de Brito (2008), onde o domínio AS também foi o de maior valor com média de 69,3. Em Gusmão e Pierin (2009), resultados similares foram observados, o maior escore encontrado foi no domínio AS, com média de 77,0. No estudo de Cavalcante (2007), a média também foi similar, com um resultado de 76,7.

Segundo Brito (2008), a adaptação social exige energia, criatividade e persistência. Algumas vezes a pessoa com doença crônica limita seu espaço a atividades cotidianas, em

decorrência da necessidade de mudar o estilo de vida, bem como o hábito alimentar. Essas situações podem implicar a ausência a reuniões familiares para evitar a ingestão de alimentos inadequados. Assim, a condição crônica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer, conduzindo o paciente ao comprometimento da qualidade de vida.

6.4.4 Limitação por aspectos emocionais (AE) e Saúde mental (SM)

O domínio AE é composto por três itens e avalia se houve diminuição no trabalho ou na atividade regular devido a problemas emocionais (depressão ou nervosismo) e investiga também o tempo dispensado ao autocuidado. Este domínio apresentou o 3º menor escore, com média de 58,3, indicando prejuízo na qualidade de vida dos pacientes. Este domínio, segundo Brito (2008), pode ser entendido como um estado de saúde/doença intermediário, pois são condições que causam sensação desagradável nas pessoas, impossibilitando-as de se considerarem saudáveis.

Conforme Maciel (1994) outro aspecto que se faz necessário enfatizar, é a frequência com que médicos e pacientes rotulam a doença hipertensiva como “emocional” e “nervosa”, evidenciando uma explicação reducionista da doença. Dessa forma, os pacientes parecem se isentar da responsabilidade de buscar o controle da pressão, mantendo a crença de que o seu estado emocional depende dos outros. Isso, muito provavelmente, comprometerá a qualidade de vida.

Em outros estudos, a média dos escores foram maiores. No estudo de Cavalcante (2007), a média obtida foi de 74,3. No estudo de Magnobosco (2007), a média encontrada foi de 75,8 e no estudo de Silqueira (2005) a média obtida foi bem maior: 79,0. Comparando o nosso estudo aos citados anteriormente, percebe-se que existe um comprometimento elevado no domínio aspectos emocionais, fazendo-se necessário um atendimento mais humanizado e que leve em consideração o estado psicológico do paciente, a fim de melhorar o domínio Limitação por Aspectos Emocionais e, conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida dos hipertensos neste aspecto.

O domínio SM avalia o quanto o indivíduo se sente nervoso, deprimido, calmo/tranquilo e feliz. Dentre os demais domínios, este foi o penúltimo em relação ao grau de comprometimento. Em relação aos escores encontrados o valor médio foi de 66,8. Comparado ao estudo de Gusmão e Pierin (2009), o resultado foi aproximado, com média obtida de 62,0. A hipertensão, por sua cronicidade, pode interferir diretamente em diversos

aspectos da vida do paciente. A autoestima pode ser abalada, levando a sentimentos negativos como depressão e ansiedade (SHAPIRO, 1982). Apesar dessas características serem usuais nos pacientes hipertensos, principalmente a baixa autoestima, depressão e ansiedade, Silqueira (2005) observou que na prática clínica essas emoções são mais comuns nos pacientes com diagnóstico recente de hipertensão arterial.

Ainda conforme Moreira e Araújo (2002), o fato de o indivíduo ser rotulado como portador de hipertensão pode conduzi-lo a manifestações de ansiedade e insegurança, neste caso o esclarecimento da doença seria um ponto inicial na manutenção do controle tensional adequado, reafirmando a necessidade de comunicação efetiva entre os pacientes, profissionais e familiares, como medida para conduzir a pessoa a melhorar a percepção dos diferentes aspectos da doença. Assim, pode-se afirmar que uma comunicação eficaz entre equipe de saúde e paciente pode melhorar a qualidade de vida do paciente no domínio SM.

6.4.5 Questão comparativa do estado de saúde atual e a de um ano atrás – Questão 2

Em relação aos domínios do SF-36, a questão dois fornece uma avaliação comparativa entre as condições de saúde atuais e as de um ano anterior, não entrando nos cálculos dos domínios, sendo por isso analisada à parte.

Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para a questão dois foi de 1 e o valor máximo de 5. Observou-se neste domínio que 10% encontraram-se no valor mínimo, relacionado à saúde, muito melhor agora do que há um ano; 32% dos pacientes encontraram-se no quartil menos elevado, relacionado à saúde, um pouco melhor agora do que há um ano; 34%, no valor mediano, relacionado à saúde, praticamente igual a um ano; 20%, no quartil maior, relacionado à saúde, um pouco pior agora do que há um ano e 4%, no valor máximo, relacionado à saúde, muito pior agora do que há um ano. Estes resultados apontam para uma distribuição mais concentrada nos escores menores, apontando para melhor estado de saúde hoje do que há um ano. O valor médio encontrado foi de 2,7, coincidindo com o mesmo resultado do estudo de Silqueira (2005).

6.5 Avaliação da Qualidade de vida pelo questionário específico MINICHAL

6.5.1 Estado Mental

O Estado Mental avalia as relações sociais do paciente, se ele se sente esgotado e

sem forças, sua capacidade de tomar decisões e iniciar coisas novas, sua capacidade de realizar atividades habituais de cada dia, ou seja, avalia o estado psicológico do indivíduo. A média obtida no estado mental do MINICHAL foi de 6,6, a qual quando comparada ao resultado encontrado no estudo de Schulz (2008), média de 5,3, demonstra uma menor qualidade de vida nos nossos pacientes. Já o estudo realizado por Badia et al. (2002) na Espanha, que tinha como objetivo avaliar a viabilidade e as propriedades psicométricas do Miniquestionário espanhol de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) e teve como amostra 736 pacientes, obteve média para o estado mental de 6,8, observando-se portanto, uma menor qualidade de vida do aquela encontrada neste estudo.

6.5.2 Estado Somático

O Estado Somático avalia se o indivíduo tem a sensação de estar doente, se possui dificuldade para respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente; se possui boca seca ou se tem sentido dor no peito, além de formigamento em alguma parte do corpo, ou seja, avalia os aspectos físicos do indivíduo. A média do Estado Somático foi de 5,0. Comparando-o com o estudo de Schulz (2008), a média foi de 1,8. Fica demonstrado que no estudo atual existe um comprometimento maior na qualidade de vida dos pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial, neste domínio, que se refere a manifestações físicas, comparado ao estudo anterior, assim como no estudo de Badia et al. (2002) que obteve média de 2,8.

6.6 Qualidade de vida e Pressão Arterial

Não houve correlação entre os níveis de PA e a QV, avaliada pelos instrumentos SF-36 e MINICHAL. O resultado obtido coincide com o de Melchioris (2008) que também utilizou dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida de pacientes hipertensos, o MINICHAL e o WHOQOL-bref, e não verificou diferença na QV entre hipertensos controlados e não controlados. Outro estudo que verificou que os níveis pressóricos não influenciaram na QVRS da população estudada foi à pesquisa de Magnobosco (2007). Segundo a autora em nenhum domínio do SF-36, as diferenças entre as variáveis apresentaram dados estatisticamente significantes.

Tais resultados diferem do estudo de Youssef et al. (2001), realizado no Egito, que avaliaram numa amostra de 316 hipertensos os fatores que afetavam a sua qualidade de vida, utilizando o *Hypertension Health Status Inventory*, e verificando que o controle da PA

foi um preditor para uma melhor qualidade de vida relacionada a saúde (YOUSSEF; MOUBARAK; KAMEL, 2005). No estudo de Kjellgren et al. (1998), que tinha como objetivo comparar os sintomas percebidos entre os pacientes submetidos à terapia anti-hipertensiva e os pacientes hipertensos sem tratamento medicamentoso, em uma amostra de 1.013 pacientes verificaram que indivíduos que apresentavam especificamente a pressão diastólica elevada, relatavam dor mais frequentemente que aqueles com a pressão em níveis controlados, conseqüentemente isso interferia em sua qualidade de vida.

6.7 Qualidade de vida e sexo

Em relação à variável sexo, houve diferença significativa no domínio estado mental do MINICHAL e nos domínios de capacidade funcional, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental do SF-36, caracterizando uma menor qualidade de vida em pacientes do sexo feminino.

Esse resultado também foi observado no estudo original do MINICHAL, no qual mulheres tiveram uma pior pontuação no domínio estado mental (BADIA et al., 2002), assim como no estudo de tradução e validação do MINICHAL para o português (Brasil) (SCHULZ, 2006). No estudo brasileiro, o estado mental do sexo feminino obteve uma média maior que o estado somático e também uma média maior que a do sexo masculino, demonstrando uma qualidade de vida inferior nas mulheres hipertensas, quando comparada a dos homens hipertensos. (SCHULZ, 2006).

No estudo de Magnobosco (2007), em todos os domínios do SF-36, as mulheres apresentaram escores menores que os homens, além do que vitalidade e dor indicaram comprometimentos. No entanto, não houve diferença estatisticamente significante em nenhum domínio em relação ao sexo. Um estudo condizente com a pesquisa atual foi o de Liberman (2001), que pretendia avaliar a qualidade de vida em pacientes atendidos com urgência hipertensiva, utilizando o SF-36. Numa amostra de 70 indivíduos, o autor conclui que a relação entre as variáveis da amostra e os oito domínios do SF-36 demonstrou que os pacientes do sexo masculino apresentaram valores maiores, com diferença significativa em quase todos os domínios, ou seja, os homens possuíam uma melhor QV quando comparado à das mulheres.

Foi observado também que mulheres referem mais freqüentemente sentimentos de insatisfação e frustração, o que influi na QV, principalmente no domínio psicológico. (HOLLIS, 1998). Além disso, homens têm em geral melhor capacidade para tolerar doenças

crônicas sem se deixarem afetar emocionalmente. (YOUSSEF; MOUBARAK, KAMEL, 2005). De todo modo, fatores como sexo feminino, obesidade e menor nível educacional parecem estar relacionados com uma pior avaliação da QV. (GRIMM et al., 1997).

6.8 Qualidade de vida e comorbidades /Fatores de risco CV

Dentre as comorbidades e fatores de risco CV avaliados, as que estiveram associadas a uma menor qualidade de vida foram: depressão, obesidade e história familiar de DCV.

Indivíduos com diagnóstico de depressão mostraram pior avaliação da QV tanto no SF-36 (nos domínios Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental) como nos dois domínios do MINICHAL. Esse resultado é semelhante ao estudo de Melchior (2008), em que a depressão foi à única variável que influenciou de maneira significativa o resultado da QVRS em todos os domínios de ambos os instrumentos (MINICHAL e WHOQOL-bref). Isso reforça o forte impacto da depressão na QVRS dos pacientes, como já foi observado *no Epidemiological Follow-up Study (NHEFS) of the first National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I)* (GAYNES et al., 2002).

Quanto à obesidade, os pacientes apresentaram pior avaliação da QV tanto no SF-36 (nos domínios Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental) como nos dois domínios do MINICHAL. No estudo de Magnobosco (2007), obesidade e diabetes parecem influenciar a QVRS dos participantes. Aqueles que não possuíam nenhuma dessas comorbidades apresentaram médias maiores dos escores em todos os domínios do SF-36. Quanto à obesidade, exceto aspectos físicos, estado geral de saúde e aspectos emocionais, os resultados não foram estatisticamente significantes. Ainda segundo a autora, hipertensos que não têm diabetes e obesidade possuíam melhor QVRS, se comparados com os indivíduos com hipertensão arterial que possuíam uma dessas comorbidades. No estudo de Melchior (2008), os pacientes obesos obtiveram um comprometimento na QV nos seguintes domínios: estado mental e estado somático (Minichal) e domínio físico (WHOQOL-bref).

Alguns estudos mostram a relação de que obesos têm uma pior percepção da QV (FLETCHER et al., 1998). No estudo de Grimm et al. (1997), verificou-se que uma melhora na dieta dos pacientes e a perda de peso estiveram relacionadas a uma melhor QV.

Indivíduos com história familiar de DCV apresentaram pior avaliação no SF-36 no domínio Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Aspectos Sociais e Limitação por

Aspectos Emocionais, no MINICHAL o Estado Somático foi o único afetado. No estudo de Melchioris (2008), indivíduos com história familiar de doença CV apresentaram diferença significativa para o domínio psicológico do instrumento genérico WHOQOL-bref.

6.9 Correlação entre os instrumentos MINICHAL e o Questionário genérico SF-36

O MINICHAL apresentou correlação significativa com o SF-36 em todos os domínios. O MINICHAL demonstrou ser um instrumento útil para avaliação da QV em pacientes hipertensos, cujos resultados apresentaram correlação significativa com o instrumento genérico SF-36.

6.10 Limitação do estudo

É necessário enfatizar que os resultados obtidos neste trabalho possuem um diferencial, por se tratar de pacientes que pertencem a uma Liga de Hipertensão de um Hospital Universitário, onde, provavelmente estes se encontrem mais informados e assistidos clinicamente, o que pode ter concorrido, por exemplo, para uma maior frequência de pacientes com a pressão arterial controlada e um alto nível do conhecimento da doença. No entanto, apesar dessa melhor assistência, os pacientes apresentaram uma diminuição na qualidade de vida, o que está de acordo com outros estudos da literatura que avaliaram QV em hipertensos.

6.11 Relevância clínica

Alguns pontos mais relevantes podem ser evidenciados neste trabalho. A escassez de estudos acerca do tema em nosso estado e região faz com que o conhecimento da QV na população estudada sirva de parâmetro para outras pesquisas. Também é útil ao mostrar o perfil sociodemográfico e clínico em pacientes hipertensos sob tratamento regular, em uma liga de hipertensão de um hospital universitário. O trabalho também é original na comparação de dois instrumentos que medem a QVRS, um específico (MINICHAL) e outro genérico (SF-36), onde essas medidas de avaliação podem ser úteis no auxílio da escolha do tratamento mais adequado para pacientes hipertensos e em estudos populacionais que visem avaliar a QV desta população.

7 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados na população estudada, nos permitem concluir que:

1 - Os pacientes apresentaram um conhecimento satisfatório da HAS.

2 - As comorbidades e fatores de risco para DCV que estiveram associadas à menor qualidade de vida pelos dois instrumentos foram: depressão, obesidade e história familiar de DCV. Não houve associação entre o controle da PA e qualidade de vida.

O sexo feminino apresentou um maior comprometimento da QVRS no domínio estado mental do MINICHAL e nos domínios de capacidade funcional, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental do SF-36.

4 – Houve um comprometimento da QVRS em todos os domínios do SF-36 e nos dois domínios do MINICHAL.

5 - O MINICHAL apresentou correlação significativa com o SF-36 em todos os domínios.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A. et al. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. **Boletim de Saúde**, v. 12, n. 1, p. 6-54, 1985.
- ADDINGTON, H. J.; KALRA, L. Who should measure quality of life? **BMJ**, v. 322, n. 7299, p. 1417-1420, June 2001.
- ALDERMEN, M.H. Quality of life in hypertensive patients: does it matter and should we measure it? **J. Hypertens.** v. 23, n. 9, p.1635-1636, Sep. 2005.
- BARBOSA, J. B. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís-MA. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 91, n.4, p.260-266, 2008.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. v. 21 supl I, p. 5, 1998.
- AUGUST, P.; OPARIL, S. Hypertension in Women. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, v. 84, n. 6, p. 1862-1866, June 1999.
- BADIA, X. et al. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). **Clin. Ther**, v. 24, n. 12, p.2137-2154, Dec. 2002.
- BANAEGAS, J. R. et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. **J. Hypertens.**, v.20, n. 11, p.2157-2164, Nov. 2002.
- BAYLEY, T.J. Quality assurance. **Postgrad. Med. J.**, v. 64, n. 752, p. 473-474, June 1988.
- BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and Medicine. **Soc.Sci.Med.**, v. 41, 1337-1338, 1995
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença Cardiovascular no Brasil: Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica.** Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares no Brasil.** Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares no Brasil.** Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. Brasília, 2009.
- BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 993-940, abr. 2008.
- BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, Luckman. **Enfermagem medico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- CATELLI et al. Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial. **Médico repórter**, 2000. Disponível em: <<http://www.spc.pt/recomendações/recomend/prensa.htm>>. Acesso em: 10 out. 2007.

- CAVALCANTE, M. A. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.
- CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 91, n. 1, p. 31-35, jul. 2008.
- CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **JAMA**, v.289, n. 19, p.2560-2572, 2003.
- CICONELLI, R M. **Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)"**. 1997. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
- COLEMAN, A. et al. Validation of the Omron 705IT (HEM-759-E) oscillometric blood pressure monitoring device according to the British Hypertension Society protocol. **Blood Press. Monit.**, v. 11, n. 1, p.27-32, Feb. 2006.
- COSTA, E.A. A hipertensão arterial como problema de massa no Brasil: caracteres epidemiológicos e fatores de risco. **Ciê. e Cult.** v. 35, 1642-1649, 1983.
- CÔTÉ, I, et al. Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. **J. Clin. Pharm. Ther.**, v. 30, n. 4, p. 355-362, Aug. 2005.
- DEGL'INNOCENTI, A, et al. Cognitive function and health-related quality of life in elderly patients with hypertension--baseline data from the Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE). **Blood Press.**, v. 11, n. 3, p. 157-165, 2002.
- DINIZ, D. P. et.al. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP- Escola Paulista de Medicina: qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006.
- DÓREA, E.L.; LOTUFO, P.A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Hipertensão**. v. 7, n. 3, p. 86-89, 2004.
- DRUMMOND, M.; BARROS, M.B.A. Social inequalities in adult mortality in São Paulo city. **Rev Bras Epidemiol**, v.2, n.1/2, p.34-49, 1999.
- FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.
- FLETCHER, A. E. et al. Quality of life of elderly patients with isolated systolic hypertension: baseline data from Syst-Eur trial. **J. Hypert.**, v.16, p.1117-1124, 1998.
- FRANKLIN, S. S. et al. Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure: the Framingham Heart Study. **Circulation**, v.103, n.9, p. 1245-1249, 2001.
- GAYNES, B. N. et al. Depression and Health-Related Quality of life. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 190, n. 12, p. 799-806, Dec. 2002.

GIANCHELLO, A. L., Health outcomes research in Hispanic/Latinos. **J. Med. Syst.**, v. 20, n. 5, p. 235-254, Oct. 1996.

GRIMM, R. H. J. et al. Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. **Arch. Intern. Med.**, v. 157, n. 6, p. 638-648, Mar. 1997.

GU, D, et al. The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in ASIA. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China. **Hypertension**, v. 40, n. 6, p. 920–927, Dec. 2002.

GUS, I. et al. Prevalence, Awareness, and Control of Systemic Arterial Hypertension in the State of Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. de Cardiol.**, v. 83, n. 5, p.429-433, nov. 2004.

GUSMÃO, J. L.; PIERIN, A. M. P. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n.º. esp., p. 1034-1043, dez. 2009.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipert.**, v. 7, n. 3, p. 104-108, 2004.

GUYATT, G. H. A taxonomy of health status instruments. **J. Rheumatol.**, v.22, p. 1188-90, 1995.

GUYATT, G. H. et al. User's guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. **JAMA**, v. 277, n. 15, p. 1232-1236, Apr. 1997.

GUYATT, G. H., FEENY, D. H., PATRICK, D. L. Measuring Health-related Quality of Life. **Ann. Intern. Med.**, v. 118, n. 8, p.622-629, Apr.1993.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HAG, I. et al. Psychosocial aspects of dialysis and renal transplant. **J. Pak. Med. Ass.**, v. 41, n. 5, p. 99-100, May 1991.

HARRISON. **Medicina Interna**. 16 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

HAYNES, R. B. et al. Management of patient compliance in the treatment of hypertension: report of the NHLBI Working Group. **Hypertension**, v. 4, n. 3, p. 415-423, 1982.

HENDERSON, J.A.; BUCHWALD, D.; MANSON, S.M. Relationship of medication use to health-related quality of life among a group of older American Indians. **J. Appl. Gerontol.**, v. 25, p. S89-S104, 2006.

HOLLIS, L. A. Sex comparisons in life satisfaction and psychosocial adjustment scores with an older adult sample: examining the effect of sex role differences in older cohorts. **J. Women Aging**, v.10, n.3, p. 59-77, 1998.

IBGE. **Censo 2005**: a divulgação dos resultados. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/divulgacao.shtm>>. Acesso em: 25 out. 2009.

- JESUS, E. S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 59-65, mar. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2010.
- JO, I. et al. Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in Korea: the Ansan study. **J. Hypertens**, v. 19, n. 9, p. 1523–1532, Aug. 2001.
- JONES, J. K. et al. Discontinuation of and changes in treatment after start of new courses of antihypertensives drugs: a study of United Kingdom population. **BMJ**, v. 31, n. 7000, p. 293-295, Jul. 1995.
- KANNEL, W. B. Elevated Systolic Blood Pressure as a Cardiovascular Risk Factor. **Am. J. Cardiol.**, v. 85, n. 1, p. 251-255, Jan. 2000.
- KJELLGREN, K. I. et al. Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine clinical practice — a population-based study **J. Intern. Med.**, v. 244 p.325-32, 1998.
- LALONDE, L. et al. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. **Qual. Life Res.**, v. 13, n.4, p.793-804, May 2004.
- LAWRENCE, W. F. et al. Health status and hypertension: a population-based study. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 49, n.11, p.1239-1245, Nov. 1996.
- LESSA I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não- transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.
- LESSA, I. Epidemiologia: insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev. Bras. Hipertens.**, n.8, p.383-392, 2001.
- LIBERMAN, A. **Estudo da qualidade de vida em pacientes com urgência hipertensiva**. 2002. Dissertação. (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2001.
- LI, W. et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. **J. Hypertens.**, v. 23, n. 9, p. 1667-1676, Sep. 2005.
- LINDE, C. How to evaluate quality of life in pacemaker patients: problems and pitfalls. **Pacing Clin. Electrophysiol**, v. 19, n. 4, pt 1, p. 391-7, Apr. 1996.
- LOLIO, C. A. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 425-432, 1990a.
- LOLIO, C. A. Prevalência de pressão arterial em Araraquara. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.55, p.167-173, 1990b.
- LYRA JUNIOR, D. P. et al., Satisfacción como resultado de un programa de atención farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirão Preto - São Paulo (Brasil). **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v. 3, n. 1, p. 30-42, enero-marzo, 2005.
- MACIEL, C.L. C. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: ROMANO, B. W. (Org.). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira; 1994.

MAGNOBOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. (Dissertação) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MCHORNEY, C. A. et al. The validity and relative precision of MOS short-form and long-form health scales and Datmouth COOP charts: results from the Medical Outcomes Study Medical. **Med Care**, v. 30, MS253-MS265, 1992.

MELCHIORS, A. C. **Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida**. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MUSSCHENGA A W. The relation between concepts of quality of life, health and happiness, **J. Med na Philon**. v. 22, n. 1, p. 11-28, 1997.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO T. L. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 15, p. 35-42, 2002.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION – NKF. K/DOQI: clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am. J. Kid. Dis.**, v.39, p. 1 – 266, 2002. Suplemento.

NORDENFELT, L. Introduction. In: NORDENFELT, L.(Ed.): **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Netherlands: Klumer Academic, 1994. p. 1-15.

OPARIL, S.; CALHOUN, D. A. Managing the patient with hard-to-control hypertension. **Am. Fam. Physician**, v. 57, n. 5, p. 1007-1014, Mar. 1998.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAFFENBARGER, R.S. et al. Physical activity and hypertension: an epidemiological view. **Ann. Med.**, v. 23, n. 3, p. 319-327, Aug. 1991.

PATRICK, D. L.; DEYO, R. A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **Med. Care**, v. 27, n. 3 Suppl. p. 217-232, 1989.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Manole, 2004. 372p.

POLONSKY, W.H. Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. **Diabetes Spectrum**, v. 13, p. 36-39, 2000.

ROBBINS, M. A. et al. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. **Psychosom. Med.**, v. 56, n. 3, p.251-256, 1994.

ROCA-CUSACHS, A. et al. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. **J. Hypertens.**, v. 19, n. 10, p. 1913-9, 2001.

SANTOS, M. S. A.; SILVA, R. M. **Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano**. Fortaleza: Brasil Tropical, 2003.

- SCHULZ, R. B. et al. Validation of the Short Form of Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire” (MINICHAL) for Portuguese (Brasil). **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 90, n.2, p.139-144, 2008.
- SCHULZ, R. B. **Tradução e Validação do Mini Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil)**. 2006. Monografia (Graduação). Universidade Federal do Paraná, 2006.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004 .
- SHAPIRO, A. P. et.al. Behavioural consequences of mild hypertension. **Hypertension**, v. 355-360, 1982.
- SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos**. 2005. Tese. (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, supl III, p.1-48, 2001.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007 .
- SOUZA, W. A. **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente**. 2008. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, 2008.
- SPIPKER, B., Introduction. In: SPIPKER, B. (Ed.). **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials: quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Lippincott Williams & Wilkins, 1996.
- STERGIOU, G.S. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Greece: the Didima study. **J. Hypertens.**, v. 12, p. 959–965, 1999.
- STRANGES, S., et al. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. **Hypertension**, v. 44, p.813-19, 2004.
- STRELEC, M. A.; PIERIN, A. M.; MION JÚNIOR, D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. **Arq. Bras. Cardiol.**, , v. 81, n. 4, p.348-354, 2003.
- TRINDADE, I S. et al . Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 127-130, ago. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998000800006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10 dez. 2009.
- TUGAY AYTEKIN, N, et al. Distribution of blood pressures in Gemlik District, north-west Turkey. **Health Soc. Care Community**, v. 10, n. 5, p. 394–401, Sep. 2002.

VASAN, R.S. et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. **Lancet**, v. 358, n. 9294, p. 1682-86, Nov. 2001.

VELARDE-JURADO, E.; ÁVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública Méx**, v. 44, n. 4, p.349-361, 2002.

WARE, J. J., Standards for validating health measures: definition and content. **J. Chron. Dis.**, v. 40, n. 6, p. 473-480, 1987.

WARE, J.E. et, al. **SF-36 Health survey**: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center, 1993.

WARE J. E. et, al Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. **Med. Care**, v. 33, supp. 4, p. AS264-AS279, 1995.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? **J. Clin. Epi.**, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Internacional Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. **J. Hypertens.**, v. 17, p.51-183, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Whoqol-bref quality of life assessment: The WHOQOL Group. **Psychol. Med.**, v. 28, n. 3, p.551-8, 1998.

YOUSSEF, R. M.; MOUBARAK, I. I.; KAMEL, M. I. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. **East. Mediterr. Health J.**, v. 11, n.1-2, p.109-118, 2005

YUSUF, S et al. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. **Circulation**, v. 104, n. 22, p. 2746 -53. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista estruturada acerca do perfil sociodemográfico e clínico do paciente

Nome: _____

Valores da pressão arterial:

| Medidas | Pressão sistólica | Pressão diastólica |
|-------------------------|-------------------|--------------------|
| 1ª medida (inicial) | | |
| 2ª medida (antes da QV) | | |
| 3ª medida (final) | | |

1) Data de nascimento: ____/____/____

2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Anos de estudo: ____ anos

4) Estado civil:

() solteiro () casado/união instável () separado/divorciado () viúvo

5) Você considera ter qual raça?

() Branca () Não branca

6) Dados socioeconômicos:

Número de pessoas que residem na sua casa: ____

Possui empregada doméstica ou diarista: () sim () não

Possui casa: () própria () alugada

Possui moto/carro: () sim () não

Renda: () Não tem () < 1 salário () 1 à 2 salários () > 2 salários

Ocupação: _____ Profissão: _____

7) Dados Clínicos:

Tempo de diagnóstico de hipertensão: ____ mês(es) ____ ano(s)

Dados do prontuário:

8) Medicação (): _____

9) Doenças concomitantes (co-morbidades):

| Problema de saúde | SIM | NÃO |
|---------------------------------------------------|-----|-----|
| Diabetes * | | |
| Dislipidemia* (colesterol/triglicérides altos) | | |
| Histórico de infarto | | |
| Histórico de AVC | | |
| Depressão | | |
| Obesidade | | |
| Problema renal (insuficiência renal) | | |

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____

*Risco cardiovascular

Fatores de risco cardiovascular:

| Risco cardiovascular | SIM | NÃO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Tabagismo | | |
| História familiar de doença cardiovascular (mulheres <65 anos e homens < 55 anos) | | |

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvidas ou reclamações você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, localizado na rua Barão de Itapary, 227 – centro – São Luis/MA ou pelo telefone (98) 21091250. O título do projeto é **“Avaliação da qualidade de vida de pacientes Hipertensos em Tratamento Ambulatorial”**. Sendo o pesquisador responsável: José Albuquerque de Figueiredo Neto e a pesquisadora Michelle Adler Normando de Carvalho.

O estudo se destina a avaliar a qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial do Hospital Universitário - Liga de Hipertensão em São Luís do Maranhão. O estudo será feito da seguinte maneira: aplicação de dois questionários que visam medir a sua qualidade de vida, um questionário acerca do seu conhecimento sobre Hipertensão arterial, e um questionário sobre seu perfil sociodemográfico. Está pesquisa é independente do tratamento médico, a qualquer momento você poderá se recusar a continuar na participação do estudo e também poderá retirar o seu consentimento, sem que isto lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você deverá ser ressarcido por qualquer despesa que venha a ter com sua participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas, é garantida a existência de recursos. Concordando em participar do estudo **“Avaliação da qualidade de vida de pacientes Hipertensos em Tratamento Ambulatorial”**, como sujeito, favor assinar no local indicado.

Local/data: _____ Assinatura _____ do
sujeito: _____

José de Albuquerque Figueiredo Neto
Pesquisador responsável

APÊNDICE D – Escores obtidos entre histórico de AVC e os domínios do SF-36 e do MINICHAL

Tabela 2 – Escores obtidos entre histórico de AVC e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| | | MINICHAL | | QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36 | | | | | | | | |
|-------------------|------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------|------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|--|
| AVC ¹⁰ | | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | SM ⁹ | |
| | N | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | |
| Não | Média | 6,54 | 4,79 | 59,81 | 46,91 | 60,33 | 60,37 | 55,95 | 79,142 | 58,415 | 66,07 | |
| | DP | 5,923 | 3,983 | 27,482 | 42,826 | 26,810 | 23,580 | 18,857 | 252,438 | 441,853 | 21,053 | |
| | N | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | |
| Sim | Média | 7,05 | 6,05 | 53,95 | 48,68 | 60,89 | 62,26 | 63,42 | 72,368 | 57,889 | 70,32 | |
| | DP | 6,712 | 4,624 | 29,419 | 44,467 | 24,803 | 19,168 | 22,549 | 296,329 | 482,308 | 26,644 | |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| | Média | 6,64 | 5,03 | 58,70 | 47,25 | 60,44 | 60,73 | 57,37 | 77,855 | 58,315 | 66,88 | |
| | DP | 6,048 | 4,118 | 27,804 | 42,920 | 26,320 | 22,731 | 19,709 | 261,101 | 447,285 | 22,137 | |
| | p valor | 0,743 | 0,231 | 0,410 | 0,872 | 0,934 | 0,748 | 0,138 | 0,311 | 0,964 | 0,455 | |
| Notas: | ¹ Estado Mental | | | | ² Manifestações Somáticas | | | | ³ Capacidade Funcional | | | |
| | ⁴ Aspectos Físicos | | | | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | | ⁶ Vitalidade | | | |
| | ⁷ Aspectos Sociais | | | | ⁸ Aspectos Emocionais | | | | ⁹ Saúde Mental | | | |
| | ¹⁰ Acidente Vascular Cerebral | | | | | | | | | | | |

APÊNDICE E – Escores obtidos entre insuficiência renal e os domínios do SF-36 e do MINICHAL

Tabela 3 – Escores obtidos entre insuficiência renal e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| IR ¹ | MINICHAL | | | QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36 | | | | | | | |
|-----------------|----------|-----------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|--------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | | EM ² | MS ³ | CF ⁴ | AF ⁵ | Dor | EGS ⁶ | VIT ⁷ | AS ⁸ | AE ⁹ | SM ¹⁰ |
| Não | N | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 |
| | Média | 6,51 | 4,79 | 58,82 | 47,75 | 59,74 | 61,76 | 57,55 | 78,067 | 59,907 | 67,01 |
| | DP | 6,002 | 4,044 | 27,971 | 43,570 | 27,327 | 22,484 | 20,153 | 271,389 | 452,080 | 22,282 |
| Sim | N | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| | Média | 7,73 | 7,00 | 57,73 | 43,18 | 66,09 | 52,36 | 55,91 | 76,136 | 45,436 | 65,82 |
| | DP | 6,604 | 4,382 | 27,691 | 38,876 | 15,719 | 24,084 | 16,404 | 162,544 | 402,020 | 21,935 |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Média | 6,64 | 5,03 | 58,70 | 47,25 | 60,44 | 60,73 | 57,37 | 77,855 | 58,315 | 66,88 |
| | DP | 6,048 | 4,118 | 27,804 | 42,920 | 26,320 | 22,731 | 19,709 | 261,101 | 447,285 | 22,137 |
| | p valor | 0,530 | 0,093 | 0,903 | 0,741 | 0,453 | 0,197 | 0,796 | 0,818 | 0,314 | 0,867 |

Notas: ¹Insuficiência Renal ²Estado Mental ³Manifestações Somáticas
⁴Capacidade Funcional ⁵Aspectos Físicos ⁶Estado Geral de Saúde
⁷Vitalidade ⁸Aspectos Sociais ⁹Aspectos Emocionais
¹⁰Saúde Mental

APÊNDICE F – Escores obtidos entre dislipidemia e os domínios do SF-36 e do MINICHAL

Tabela 4 – Escores obtidos entre dislipidemia e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| Dislipidemia | | MINICHAL | | QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36 | | | | | | | | |
|--------------|-------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----|
| | | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | SM ⁹ | |
| Não | N | 42 | 42 | 42 | 42 | 42 | 42 | 42 | 42 | 42 | 42 | 42 |
| | Média | 7.3 | 5.2 | 61.2 | 48.8 | 65.1 | 62.8 | 60.8 | 78.6 | 59.5 | 67.8 | |
| | DP | 6.6 | 4.6 | 29.1 | 40.6 | 27.4 | 21.5 | 20.4 | 26.0 | 45.0 | 20.7 | |
| Sim | N | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 |
| | Média | 6.1 | 4.9 | 56.9 | 46.1 | 57.1 | 59.2 | 54.9 | 77.3 | 57.5 | 66.2 | |
| | DP | 5.6 | 3.8 | 27.0 | 44.9 | 25.2 | 23.6 | 19.0 | 26.4 | 44.9 | 23.3 | |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Média | 6.6 | 5.0 | 58.7 | 47.3 | 60.4 | 60.7 | 57.4 | 77.9 | 58.3 | 66.9 | |
| | DP | 6.0 | 4.1 | 27.8 | 42.9 | 26.3 | 22.7 | 19.7 | 26.1 | 44.7 | 22.1 | |
| p valor | | 0,332 | 0,779 | 0,449 | 0,759 | 0,133 | 0,439 | 0,144 | 0,820 | 0,822 | 0,723 | |
| Notas: | | ¹ Estado Mental | | ² Manifestações Somáticas | | | | ³ Capacidade Funcional | | | | |
| | | ⁴ Aspectos Físicos | | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | | ⁶ Vitalidade | | | | |
| | | ⁷ Aspectos Sociais | | ⁸ Aspectos Emocionais | | | | ⁹ Saúde Mental | | | | |

APÊNDICE G – Escores obtidos entre tabagismo e os domínios do SF-36 e do MINICHAL

Tabela 5 – Escores obtidos entre tabagismo e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| Tabagismo | | MINICHAL | | QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36 | | | | | | | |
|-----------|-------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | SM ⁹ |
| Não | N | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 |
| | Média | 6.5 | 5.0 | 58.7 | 44.8 | 60.0 | 61.5 | 58.0 | 76.2 | 56.4 | 66.5 |
| | DP | 6.1 | 4.1 | 27.7 | 43.2 | 26.7 | 21.5 | 19.9 | 26.7 | 45.7 | 22.3 |
| Sim | N | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | Média | 7.7 | 5.4 | 58.9 | 72.2 | 64.9 | 52.8 | 50.6 | 94.4 | 77.8 | 70.7 |
| | DP | 6.0 | 4.8 | 30.6 | 31.7 | 22.8 | 33.7 | 16.9 | 9.1 | 28.9 | 21.6 |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Média | 6.6 | 5.0 | 58.7 | 47.3 | 60.4 | 60.7 | 57.4 | 77.9 | 58.3 | 66.9 |
| | DP | 6.0 | 4.1 | 27.8 | 42.9 | 26.3 | 22.7 | 19.7 | 26.1 | 44.7 | 22.1 |
| p valor | | 0,596 | 0,753 | 0,983 | 0,067 | 0,598 | 0,273 | 0,279 | 0,045 | 0,173 | 0,593 |
| Notas: | | ¹ Estado Mental | | | ² Manifestações Somáticas | | | ³ Capacidade Funcional | | | |
| | | ⁴ Aspectos Físicos | | | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | ⁶ Vitalidade | | | |
| | | ⁷ Aspectos Sociais | | | ⁸ Aspectos Emocionais | | | ⁹ Saúde Mental | | | |

APÊNDICE H – Escores obtidos entre diabetes e os domínios do SF-36 e do MINICHAL

Tabela 6 – Escores obtidos entre diabetes e os domínios do SF-36 e do MINICHAL, dos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial. São Luís, MA

| | | MINICHAL | | QUESTIONÁRIO GENEÉRICO SF-36 | | | | | | | |
|----------|-------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|-------|-----------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Diabetes | | EM ¹ | MS ² | CF ³ | AF ⁴ | Dor | EGS ⁵ | VIT ⁶ | AS ⁷ | AE ⁸ | SM ⁹ |
| | N | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 |
| Não | Média | 6,38 | 4,96 | 59,03 | 48,38 | 60,16 | 59,94 | 55,81 | 77,08 | 61,01 | 66,34 |
| | DP | 5,95 | 4,02 | 26,54 | 42,40 | 26,60 | 23,78 | 18,58 | 257,70 | 433,13 | 22,32 |
| | N | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| Sim | Média | 7,52 | 5,26 | 57,61 | 43,48 | 61,39 | 63,39 | 62,61 | 80,43 | 49,27 | 68,70 |
| | DP | 6,39 | 4,50 | 32,29 | 45,36 | 25,89 | 19,02 | 22,75 | 276,51 | 491,01 | 21,89 |
| Total | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Média | 6,64 | 5,03 | 58,70 | 47,25 | 60,44 | 60,73 | 57,37 | 77,85 | 58,31 | 66,88 |
| | DP | 6,04 | 4,118 | 27,80 | 42,92 | 26,32 | 22,73 | 19,70 | 261,10 | 447,28 | 22,13 |
| | p valor | 0,428 | 0,761 | 0,831 | 0,633 | 0,845 | 0,525 | 0,147 | 0,592 | 0,271 | 0,656 |
| Notas: | ¹ Estado Mental | | | ² Manifestações Somáticas | | | ³ Capacidade Funcional | | | | |
| | ⁴ Aspectos Físicos | | | ⁵ Estado Geral de Saúde | | | ⁶ Vitalidade | | | | |
| | ⁷ Aspectos Sociais | | | ⁸ Aspectos Emocionais | | | ⁹ Saúde Mental | | | | |

ANEXOS

ANEXO A – Conhecimento do HAS

| Perguntas sobre o conhecimento da hipertensão arterial sistêmica | SIM | NÃO |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1 Pressão alta é uma doença para toda a vida? | | |
| 2 Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente? | | |
| 3 A pressão é alta quando for maior ou igual a 14 por 9? | | |
| 4 Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins? | | |
| 5 O tratamento para pressão alta é para toda a vida? | | |
| 6 A pressão alta também pode ser tratada sem remédios? | | |
| 7 Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta? | | |
| 8 Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta? | | |
| 9 Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta? | | |
| 10 Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta? | | |

Total: Não: _____ Sim _____

ANEXO B – Minichal

Schulz *et al.*

**Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial
(MINICHAL-BRASIL)**

(Não, absolutamente=0; Sim, um pouco=1; Sim, bastante=2; Sim, muito=3)

| Nos últimos 7 dias... | Não, absolutamente. | Sim, um pouco. | Sim, bastante. | Sim, muito. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| 1. Tem dormido mal? | | | | |
| 2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais? | | | | |
| 3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas? | | | | |
| 4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida? | | | | |
| 5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas? | | | | |
| 6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso? | | | | |
| 7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua? | | | | |
| 8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia? | | | | |
| 9. Tem se sentido esgotado e sem forças? | | | | |
| 10. Teve a sensação de que estava doente? | | | | |
| 11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente? | | | | |
| 12. Teve inchaço nos tornozelos? | | | | |
| 13. Percebeu que tem urinado com mais frequência? | | | | |
| 14. Tem sentido a boca seca? | | | | |
| 15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico? | | | | |
| 16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo? | | | | |
| 17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida? | | | | |

ANEXO C – Questionário SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

| | | | | |
|-----------|-----------|-----|------|------------|
| Excelente | Muito Boa | Boa | Ruim | Muito Ruim |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

| | | | | |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

| Atividades | Sim, dificulta muito | Sim, dificulta um pouco | Não, não dificulta de modo algum |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 |
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

| | Sim | Não |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades. | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | 1 | 2 |

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

| | Sim | Não |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | 1 | 2 |

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
|---------|------------|------|----------|-------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|-------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

| | Todo Tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

| | | | | |
|------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

| Questão | Pontuação | |
|---------|--------------------------|-----------|
| 01 | Se a resposta for | Pontuação |
| | 1 | 5,0 |
| | 2 | 4,4 |
| | 3 | 3,4 |
| | 4 | 2,0 |
| | 5 | 1,0 |
| 02 | Manter o mesmo valor | |
| 03 | Soma de todos os valores | |
| 04 | Soma de todos os valores | |
| 05 | Soma de todos os valores | |
| 06 | Se a resposta for | Pontuação |
| | 1 | 5 |
| | 2 | 4 |
| | 3 | 3 |
| | 4 | 2 |
| | 5 | 1 |
| 07 | Se a resposta for | Pontuação |
| | 1 | 6,0 |
| | 2 | 5,4 |
| | 3 | 4,2 |
| | 4 | 3,1 |
| | 5 | 2,0 |
| | 6 | 1,0 |

| | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08 | <p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p> |
| 09 | <p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p> |
| 10 | <p>Considerar o mesmo valor.</p> |
| 11 | <p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p> |

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

| Domínio | Pontuação das questões correspondidas | Limite inferior | Varição |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------|---------|
| Capacidade funcional | 03 | 10 | 20 |
| Limitação por aspectos físicos | 04 | 4 | 4 |
| Dor | 07 + 08 | 2 | 10 |
| Estado geral de saúde | 01 + 11 | 5 | 20 |
| Vitalidade | 09 (somente os itens a + e + g + i) | 4 | 20 |
| Aspectos sociais | 06 + 10 | 2 | 8 |
| Limitação por aspectos emocionais | 05 | 3 | 3 |
| Saúde mental | 09 (somente os itens b + c + d + f + h) | 5 | 25 |

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Capacidade funcional: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

20

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Dor: $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

10

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer N° 038/08

Pesquisador (a) Responsável: José Albuquerque Figueiredo Neto

Equipe executora: Michelle Adler Normando de Carvalho

Tipo de Pesquisa: Mestrado em Ciências da Saúde

Registro do CEP: 340/07 Processo N°. 33104 - 1671/07

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário Presidente Dutra

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **25.01.2008** o processo N° **33104-1671/07**, referente ao projeto de pesquisa: "**Eficácia de uma intervenção psicológica na qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial**", tendo como pesquisadora responsável **José Albuquerque Figueiredo Neto**. Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS. Relatórios parciais (um por ano) devem ser apresentados ao CEP-HUUFMA, sendo o primeiro para 04/03/2009, ou se houver algum evento adverso, emenda ou alteração no protocolo. O relatório final deve ser entregue, acompanhado de cópia do trabalho final gravado em CD ROM.

Obs: Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congresso, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a finalização da Pesquisa.

São Luis, 04 de fevereiro de 2008.

Wildoberto Batista Gurgel

Filósofo Coordenador do CEP-HUUFMA *Ethica homini habitat est*

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís - Maranhão Tel: (98) 3219-1223

E-mail huufma@huufma.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)