UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Salete Maria de Fátima Silqueira

**O QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36 COMO INSTRUMENTO DE
MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO A SAÚDE
DE PACIENTES HIPERTENSOS**

Ribeirão Preto

2005

SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA

**O QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36 COMO INSTRUMENTO DE
MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE
PACIENTES HIPERTENSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Enfermagem em Saúde da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, Programa de Saúde Pública para
fim de obtenção do grau de Doutor.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública
Linha de Pesquisa: Processo Saúde Doença e
Epidemiologia
Orientadora: Profa. Dra. Claudia Benedita dos
Santos

Ribeirão Preto

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

Silqueira, Salete Maria de Fátima.

O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos. Salete Maria de Fátima Silqueira; Orientadora Profa Dra Claudia Benedita dos Santos.

- Ribeirão Preto, 2005.

117f

Tese (Doutorado – Programa de Pós - Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Processo Saúde -Doença e Epidemiologia) - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. Qualidade de Vida. 2. SF-36. 3. Hipertensão Arterial

*De toda etapa na vida sempre ficam três coisas:
a certeza de que se está sempre começando,
a certeza de que é preciso continuar e a
certeza de ser interrompido antes de terminar:
A magia da vida é fazer da interrupção um caminho,
da queda um passo de dança,
do medo uma escada, do sonho uma ponte
e da procura um encontro”*

Fernando Sabino

Agradecimento Especial

*A Deus, o meu muito obrigada
pelas oportunidades
da minha vida,
por ouvir minhas orações,
por fortalecer-me na fé,
na perseverança,
e, sobretudo, por me carregar no colo, em
momentos em que, sozinha eu achava
que não conseguiria completar esta
caminhada.*

HOMENAGEM ESPECIAL

A Igor e Gabriel, meus queridos filhos, a quem muito amo. Crianças, que abdicaram, em muitos momentos, de minha presença física. A eles, a certeza em Deus, de que todo esforço empreendido contribuirá para o nosso crescimento e o fortalecimento da nossa capacidade de superação.

À Maria Helita Melo Silqueira, minha querida mãe,

A Raul Silqueira (in memoriam), meu saudoso pai,

Muito do que me ensinaram e do que aprendemos juntos está presente na construção deste meu árduo, mas dignificante trabalho.

A vocês, pelo exemplo de uma vida de coragem e fé em Deus, meu eterno amor e gratidão.

A Simone, Silésio, Selme, Simara, Silma, Sirley, Suzana e Saulo, meus irmãos, que me apoiaram nos diferentes momentos vivenciados nesta caminhada, muito obrigada a cada um em particular.

A minhas queridas manas, Silvânia e Santuza (in memoriam), pelo exemplo de mulheres fortes e batalhadoras.

A todos os meus familiares, (tias, sobrinhos (as), cunhados (as) pelo apoio e incentivo constantes.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Cláudia Benedita dos Santos, por ter dedicado a este estudo sua capacidade científica, compartilhando seus conhecimentos, apoiando-me durante esta trajetória. A você, meu especial respeito profissional e agradecimento por poder contar com sua amizade, disponibilidade e confiança em mim depositada, além da solidariedade no partilhar de momentos significativos de minha vida.

À Professora Doutora Carmem G. Silvan Scochi não somente pela sua competência e capacidade de enxergar à frente, mas, também, pela possibilidade de convívio enquanto Coordenadora do Programa de Enfermagem em Saúde Pública. O seu apoio foi fundamental para a concretização deste estudo.

À Professora Doutora Suzana Alves de Moraes, por ter contribuído para a minha formação científica, meu reconhecimento pela sua competência profissional.

À Professora Doutora Daclé Vilma Carvalho pelos seus ensinamentos ao longo de minha carreira, competência profissional, amizade e significativa contribuição na avaliação deste estudo.

Aos Professores Doutores Eugênia Velludo Veiga, Jair Lício Ferreira Santos, Rosana Aparecida Spadotti Dantas, pelas valiosas contribuições permitindo o aprimoramento do meu estudo.

À Professora Doutora Sonia Maria Soares pela amizade e constante apoio.

À Eline, grande amiga, que me ajudou a superar as dificuldades neste percurso, agradeço de coração pela força, acolhimento de sua família e incentivo, em muitos momentos para perseverar no meu projeto profissional.

Às minhas amigas Lenice de Castro, Cristina Resende e Sandra Saar, pelo convívio, amizade, troca de experiências e acolhimento.

Às minhas amigas Clícia, Iêda e Regina, pelo agradável convívio e palavras amigas.

À amiga Ariuzete, pelo seu constante apoio e valiosas orações que muito me ajudaram nos momentos difíceis.

Às alunas Aline e Luciana, bolsistas do Projeto de Extensão da EEUFMG pelo apoio e valiosas contribuições.

À Enfermeira Irlene Aparecida Silva, pela receptividade, e constante disponibilidade para com esse estudo.

Aos Profissionais da Unidade de Saúde de Nova Lima- MG, pela acolhida carinhosa, disponibilidade e apoio durante a coleta de dados.

Aos pacientes, pelo consentimento em participar desse estudo, contribuindo para a construção do conhecimento.

À Escola de Enfermagem da UFMG, pelo incentivo à capacitação dos seus docentes.

À Chefia, Professores e Funcionários do Departamento de Enfermagem Básica, pelo permanente incentivo e apoio para a realização deste estudo.

À Família Passarini de Resende, meus amigos, pelo carinho e apoio dispensados a mim e aos meus filhos.

À Glorinha e à Joana, pela inestimável ajuda no meu lar, durante a minha ausência

Ao apoio da CAPES, órgão que muito contribuiu para realização desse estudo.

Às funcionárias da Casa de Hóspedes que sempre me receberam com muito carinho.

A todos profissionais da EERP/EEUFMG que, direta ou indiretamente, colaboraram com este estudo.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Salete Maria de Fátima Silqueira

O Questionário Genérico Sf-36 como Instrumento de Mensuração da Qualidade De Vida
Relacionada a Saúde de Pacientes Hipertensos

Tese apresentada ao Programa de Pós - Graduação em
Enfermagem em Saúde da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Programa
de Saúde Pública para fim de obtenção do grau de
Doutor.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública
Linha de Pesquisa: Processo Saúde Doença e
Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Benedita dos
Santos

Aprovada em:

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

RESUMO

SILQUEIRA, S.M^a.F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes hipertensos. 112p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Nas últimas décadas, as doenças crônicas têm desempenhado um importante papel na morbimortalidade da população mundial atingindo não só a população idosa, mas também jovens em idade produtiva. Entre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial (HA) é considerada uma das principais causas de doença do adulto em todo o mundo industrializado e na maioria dos países em fase de desenvolvimento, principalmente, nos grandes centros urbanos. A alta prevalência da doença tem se tornado um grande problema de saúde pública afetando milhares de pessoas e, conseqüentemente, a Qualidade de Vida dessa população. O presente estudo é do tipo transversal com objetivo geral de descrever a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes hipertensos de uma Unidade de Saúde de um município do estado de Minas Gerais, no ano de 2005, segundo o Instrumento genérico de avaliação de QVRS, SF-36. O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde de um município de Minas Gerais - Brasil. A coleta de dados foi realizada junto a pacientes hipertensos assistidos na Unidade no período entre março e maio de 2005. Considerando os critérios de exclusão, 256 pacientes hipertensos foram selecionados para participarem deste estudo. Os resultados relacionados às variáveis sócio-demográficas e aos escores padronizados do instrumento SF-36, segundo seus domínios foram apresentados e discutidos segundo os quartis, valores máximos e mínimos e graficamente representados por meio de Boxplots. Adicionalmente, valores médios e respectivos desvios-padrão foram apresentados. A consistência interna do instrumento foi verificada por meio dos valores de alfa de Cronbach e correlações produto-momento de Pearson entre os domínios da escala. O programa estatístico SPSS, versão 10.1 para Windows foi utilizado. Entre os pacientes estudados, idade média igual a 61 anos, com desvio-padrão de 13 anos, sendo 72,3% do

sexo feminino. A raça predominante foi a negra, 37,9% (incluindo as raças mulata e mestiça). A maioria (65,3%) possuía 1º grau incompleto e, em relação às profissões/ocupações, 50% era do lar, seguida de aposentados 30,5%. Em relação ao estado civil, a maioria, 58,2 possuía um companheiro(a). Em relação às propriedades de medida do SF-36, foi obtido um valor para alfa de Cronbach igual a 0,92, mostrando que houve consistência nas respostas dos indivíduos às questões. Tal resultado pôde ser verificado, também, para cada um dos domínios do SF-36, com valor mínimo para o alfa de Cronbach igual a 0,68 e máximo igual a 0,95. Todos os domínios mostraram correlações positivas significativas entre eles, sendo o valor mais baixo igual a 0,154, entre Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais e, o mais alto igual a 0,659 entre Vitalidade e Saúde Mental. O grupo estudado apresentou um elevado perfil de saúde, sendo os menores valores medianos igual a 65 para Vitalidade e 70 para Capacidade Funcional e o maior igual a 100 para Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Aspectos Sociais. No presente estudo, foi possível aplicar o instrumento SF-36 em um número significativo de hipertensos, sendo que este se mostrou válido para avaliar, de forma multidimensional, o Perfil de Saúde do grupo considerado, e, apesar da hipertensão arterial ser considerada uma doença crônica com caráter progressivo-degenerativo, não foram encontrados, neste estudo, resultados que mostrassem comprometimento dos sujeitos em relação a seu Perfil de Saúde. Ao contrário, os 256 pacientes entrevistados mostraram, em sua maioria, satisfação, tranquilidade e segurança com a assistência encontrada na Unidade de Saúde considerada.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, SF-36; Hipertensão Arterial

ABSTRACT

SILQUEIRA, S.M^a.F. The generic questionnaire SF-36 as instrument of measurement of the life quality related to the health in hypertensive patients 112p. Doctoral Thesis – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

In recent decades, chronic diseases have played an important role in global morbidity and mortality rates, affecting not only the aged population, but also young people in the productive age group. Among cardiovascular diseases, arterial hypertension (AH) is considered to be one of the main causes of disease in adults from the entire industrialized world and most developing countries, mainly in large urban centers. The high prevalence of this disease has turned into a great public health problem, attacking thousands of people and, consequently, their Quality of Life. This cross-sectional study aims to verify the measurement properties of the generic health-related Quality of Life assessment questionnaire – SF-36 for hypertensive patients and to describe their health profile. The study was carried out at a Health Unit in Minas Gerais-Brazil. Data were collected from hypertensive patients attended at this unit between March and May 2005. In view of exclusion criteria, we selected 256 hypertensive patients to participate in this study. The results related to the social-demographic variables and to the standardized scores of the instrument SF-36, their second domains were presented and discussed according to quartiles, maximum and minimum values and graphically represented through Boxplots. In addition, we presented mean values and the respective standard deviations. The consistence interns of the instrument was verified by means of Cronbach's alpha and Pearson correlations between the dominions of

the scale, using the statistical program SPSS, version 10.1 for Windows. 72.3% of the study participants were women, with an average age of 61 years and standard-deviation of 13 years. The predominant race it was the black 37.9% (including the races mulatto and mestizo). Most participants (65.3%) had not finished basic education. With respect to profession/occupation, most participants (50%) worked at home, while 30,5% were retired. In terms of civil status, 58,2% were married. We obtained a Cronbach's alpha of 0.92 for the measurement properties of SF-36, which revealed consistency between the individuals' answers to the questions. The same was true for each of the SF-36 domains, with a minimum Cronbach's alpha score of 0.68 and a maximum of 0.95. We found significant positive correlations between all domains, with 0.154, as the lowest between General Health Condition and Emotional Aspects, and 0.659 as the highest score, between Vitality and Mental Health. The group under study presented an elevated health profile, with 70 as the lowest median score equal for 65 for Vitality and 70 for Functional Capacity and 100 as the highest for Physical, Emotional and Social Aspects. This study allowed us to apply the SF-36 instrument to a significant group of hypertensive patients. The instrument revealed its validity with a view to the multidimensional evaluation of the study participants' health profile. Although arterial hypertension is considered to be a progressive and degenerative chronic disease, we did not find any results to show that the subjects' health profile was at risk. On the opposite, most of the 256 patients we interviewed displayed satisfaction, tranquility and security about the care they received at the Health Unit we studied.

Key Words: Quality of Life, SF-36; Arterial Hypertension

RESUMEN

SILQUEIRA, S.M^a.F. La encuesta genérica SF-36 como el instrumento de medida de la calidad de vida relacionado a la salud en los pacientes hipertensos. 112h. Tesis de Doctorado – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

En las últimas décadas, las enfermedades crónicas han desempeñado un papel importante en la morbilidad y mortalidad de la población mundial, incidiendo no solo sobre la población anciana, pero también sobre jóvenes en edad productiva. Entre las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial (HA) es considerada una de las principales causas de enfermedad del adulto en todo el mundo industrializado y en la mayoría de los países en desarrollo, principalmente en los grandes centros urbanos. La alta prevalencia de la enfermedad se ha tornado un gran problema de salud pública, afectando a miles de personas y consecuentemente a la Calidad de Vida de esa población. Las finalidades de este estudio transversal son las de verificar las propiedades de medida del cuestionario genérico de evaluación de Calidad de Vida relacionada a la Salud – SF-36, para pacientes hipertensos y describir su perfil de salud. El estudio fue realizado en una Unidad de Salud de un municipio de Minas Gerais-Brasil. Los datos fueron recopilados entre pacientes hipertensos atendidos en la Unidad entre marzo y mayo de 2005. Considerando los criterios de exclusión, 256 pacientes hipertensos fueron seleccionados para participar de este estudio. Los resultados relacionaron a las variables social-demográficas y a las cuentas estandarizadas del instrumento SF-36, segundas sus dominios, fueron presentados y discutidos según los cuartiles, valores máximos y mínimos y gráficamente representados através de Boxplots. Además, los valores promedios y respectivos desvíos estándar fueron presentados. El consistencia interna del instrumento se verificó por medio de los valores de alfa de Cronbach y correlaciones de Pearson entre los dominios de la escala. El programa estadístico SPSS, versión 10.1 para Windows fue utilizado. Entre los pacientes estudiados, 72,3% eran del sexo masculino con edad

promedia igual a 61 años, con desvío estándar de 13 años. La raza predominante era el negro 37.9% (incluso el mulato de las razas y mestizo). La mayoría (65,3%) con educación básica incompleta. En términos de profesiones/ocupaciones, la mayoría (50%) era del hogar, seguida de personas jubiladas (30,5%). Respecto al estado civil, 58,2% vivían en unión conyugal. Con respecto a las propiedades de medida del SF-36, fue alcanzada un alfa de Cronbach de 0,92, mostrando consistencia en las respuestas de los individuos a las cuestiones. Tal resultado también fue verificado para cada uno de los dominios del SF-36, con valor mínimo para el alfa de Cronbach igual a 0,68 y máximo igual a 0,95. Todos los dominios mostraron correlaciones positivas significativas entre ellos, con el valor más bajo igual a 0,154, entre Estado General de Salud y Aspectos Emocionales, y el más alto igual a 0,659 entre Vitalidad y Salud Mental. El grupo estudiado presentó un elevado perfil de salud, con el menor valor mediano igual a 65 para Vitalidad y 70 para Capacidad Funcional y el mayor igual a 100 para Aspectos Físicos, Aspectos Emocionales y Aspectos Sociales. Este estudio permitió aplicar el instrumento SF-36 en un número significativo de hipertensos, siendo que este se mostró válido para evaluar, de forma multidimensional, el perfil de salud del grupo considerado, y, a pesar de que la hipertensión arterial es considerada una enfermedad crónica de carácter progresivo degenerativo, no fueron encontrados en este estudio resultados que mostraran comprometimiento de los sujetos con respecto a su perfil de salud. A la inversa, la mayoría de los 256 pacientes entrevistados reveló satisfacción, tranquilidad y seguridad ante la atención encontrada en la Unidad de Salud considerada.

Palabras Clave: Calidad de Vida, SF-36; Hipertensión Arterial

SUMÁRIO

RESUMO

SUMARY

RESUMEN

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Hipertensão Arterial.....	21
1.2 Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde: conceitos e medidas.	26
1.3 Qualidade de vida e hipertensão arterial	35
2. OBJETIVOS	46
3 METODOLOGIA	47
3.1 Tipo de Estudo	47
3.2 Local de coleta de dados.....	47
3.3 População de Estudo	50
3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	50
3.4 Procedimento de Coleta de Dados.....	51
3.5 Estimativa de tempo de aplicação dos instrumentos.....	52
3.6 Análise dos Dados	52
3.7 Considerações Éticas do Estudo.....	53
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
4.1 Variáveis Sócio-Demográficas	54
4.1.1 Idade e sexo	54
4.1.2 Raça	56
4.1.3 Escolaridade e Profissão/Ocupação.....	56

4.1.4 Região de Procedência	57
4.2 Consistência Interna do SF36	58
4.2.1 Alfa de Cronbach.....	58
4.2.2 Correlações de Pearson entre os Domínios	61
4.3 Variáveis da Qualidade de Vida	62
4.3.1 Vitalidade e Aspectos Sociais (AS)	63
4.3.2 Dor e Saúde Mental (SM).....	65
4.3.3 Estado Geral de Saúde (EGS) e Aspectos Físicos (AF)	69
4.3.4 Aspectos Emocionais (AE) e Capacidade Funcional (CF)	72
4.3.5 Avaliação comparativa do estado de saúde atual e de um ano atrás - (QV2).....	74
5 CONCLUSÕES	76
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO A.....	102
ANEXO B.....	103
ANEXO c.....	111

Lista de Figuras

Figura 1.	Representação da relação entre qualidade de vida e saúde	30
Figura 2	Distribuição dos pacientes estudados segundo idade (anos) e sexo masculino e feminino. Nova Lima – MG. 2005.	55
Figura 3	Distribuição dos pacientes estudados segundo escores obtidos para cada um dos domínios do SF-36 (valores normalizados). Nova Lima – MG. 2005	63
Figura 4	Distribuição dos pacientes estudados, segundo escores obtidos na questão número 2 do SF-36. Nova Lima – MG. 2005.	75

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Valores dos alfas de Cronbach obtidos em cada um dos domínios do SF-36. Pacientes hipertensos. Nova Lima – MG. 2005. 58
- Tabela 2** Matriz de correlações de Pearson entre os domínios do SF-36. Pacientes hipertensos. Nova Lima – MG. 2005. 61
- Figura 3** Valores mínimos, máximos, quartis, médios e respectivos desvios-padrão para cada um dos domínios do SF-36. Pacientes hipertensos. Nova Lima – MG. 2005. 62

1 INTRODUÇÃO

1.1 Hipertensão Arterial

Nas últimas décadas, as doenças crônicas têm desempenhado um importante papel na morbimortalidade da população mundial atingindo não só a população idosa, mas, também, jovens em idade produtiva ⁽¹⁾.

Desde a década de 40 do século passado, o Brasil vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade com declínio na mortalidade por doenças infecciosas e concomitante aumento na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas. Em 1930, as doenças cardiovasculares (DCV) eram responsáveis por apenas 11,8% das mortes nas capitais do país. Em 1996, esse percentual aumentou para 27,4%, e quase 10% das internações deram-se devido a doenças do aparelho circulatório. De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), ocorreram 1.150.000 internações por DCV em 1998, com custo global correspondendo, na época, a, aproximadamente, 400 milhões de dólares ⁽²⁾.

Nas últimas décadas, os encargos econômicos relacionados às DCV têm crescido exponencialmente. Em 2000, as hospitalizações em decorrência delas movimentaram cerca de 343 milhões de dólares dos recursos públicos do Brasil, representando a terceira maior causa de hospitalização prolongada. Entre os anos de 1991 e 2000, as DCV geraram aumento de 176% dos custos hospitalares ⁽³⁾.

Apesar dos avanços tecnológicos e da descoberta de grupos de fármacos capazes de combater grande número de agravos, as DCV permanecem como principal causa de morte. De acordo com o Banco Mundial ⁽⁴⁾, a mortalidade proporcional por doença cardiovascular, câncer e causas externas aumentou de 21% em 1940, para 54%, em 1980, e, até o ano 2020, essa taxa aumentará para 74%. Estima-se, ainda, que a doença coronariana será a primeira causa de morte no mundo e a doença cerebrovascular, a quarta causa até 2020 ⁽⁵⁾.

Essa questão remete à situação da hipertensão arterial (HA), já que a mesma constitui uma das principais causas das DCV sendo considerada a doença mais freqüente no adulto, em todo o mundo industrializado e na maioria dos países em fase de desenvolvimento, principalmente nos grandes centros urbanos. Sua magnitude varia amplamente. Existem sociedades em que a prevalência da HA na população adulta, maior que 60 anos, ultrapassa 60% e, em outras, nômades ou primitivas, a prevalência ou é muito baixa ou, às vezes, a HA é inexistente ⁽⁶⁾. Nesse último caso, cita-se, como exemplo, o trabalho realizado por Carneiro & Jardim, um estudo prospectivo com índios de tribo xavante do estado do Mato Grosso em que se analisou a mesma população em períodos diferentes, com espaço de 15 anos entre as duas observações, verificando-se ausência de HA nessa população ⁽⁷⁾.

A prevalência da HA no Brasil, entre 14% e 32%, e seu potencial para controle, faz com que a HA seja o fator de risco modificável mais importante para a doença cardiovascular ⁽⁸⁻⁹⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no país, do total de óbitos, 20% a 50% são ocasionados por doenças cuja causa está associada à HA. Em decorrência do aumento do uso de medicamentos anti-

hipertensivos na população, o número de hipertensos controlados aumentou em relação às duas décadas anteriores, por outro lado, a ausência de estudos de prevalência dificulta a avaliação da real taxa de HA na população ⁽²⁾.

A determinação da incidência da HA depende dos estudos de coorte, sabidamente onerosos e demorados. Somente em alguns países desenvolvidos, são conhecidas as coortes que vêm sendo acompanhadas de longa data. Kannel, ao estudar a coorte de Framingham, observou que a HA é uma doença de alta prevalência na população acima de 30 anos, o que pressupõe, portanto, que a HA tem alta incidência em pessoas jovens, com acúmulo de casos a partir dos 30 anos, resultando em alta prevalência na população adulta ⁽¹⁰⁾.

Em estudos regionais, como os realizados nos municípios de Catanduva e Araraquara, observou-se alta prevalência para HA. No município de Catanduva, a prevalência foi de 31,5% para a HA ⁽¹¹⁾. Em Araraquara foi de 34,7% ⁽¹²⁾. A prevalência de 31,5% em uma população não é assustadora, pois os estudos realizados nas cidades de Araraquara e, também, em outros municípios brasileiros revelaram taxas superiores a 30% de prevalência ⁽¹¹⁾.

Um estudo realizado por Apostolides et al. ⁽¹³⁾ em 13 comunidades americanas detectou que medidas de prevalência de HA, no período de três anos, foram muito elevadas e, aproximadamente, três vezes maiores entre os negros de ambos os sexos, quando comparadas às dos brancos. Na América Latina, mais de 30 milhões de pessoas adultas são hipertensas. A IV Diretrizes Brasileiras de HA, utilizando-se do critério atual de diagnóstico de HA, valores da pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg indicam que as taxas de prevalência na população urbana

adulta brasileira, em estudos selecionados de algumas cidades do Brasil, variam de 22,3% a 43,9% ⁽¹⁴⁾.

Para Nobre, infelizmente, no Brasil, ainda, não existem dados epidemiológicos que proporcionem o delineamento apropriado da incidência e prevalência da HA. Estimativas regionais, em localidades específicas, fazem-nos supor que deve haver prevalência de aproximadamente 20% nos indivíduos em idade adulta o que somaria cerca de 16 milhões de hipertensos no País ⁽¹⁵⁾.

De fato, no Brasil não existe cadastramento oficial de incidência e/ou prevalência de HA. Tem-se uma estimativa amparada em dados de países de Primeiro Mundo. Os novos parâmetros para a medida da PA, adotados pelo *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* ⁽¹⁶⁾, consideram como pré-hipertensão valores entre 120-139 mmHg para pressão sistólica e 80-89 mmHg para pressão diastólica. Esses valores indicam um aumento do número de casos de HA e geram controvérsias em torno de qual valor será considerado como “pressão normal”, uma vez que um número significativo de brasileiros apresenta valores de PA nesses limites. Pelo Consenso Americano de 1997 (*VI Joint*), indivíduos que apresentavam esses valores eram considerados normotensos ⁽¹⁷⁾.

Na realidade, pelas estimativas realizadas nos últimos anos, pressupõe-se que os casos de HA vêm aumentando. Catelli et al. relataram que estão sendo diagnosticados mais casos em decorrência do maior conhecimento da doença adquirido ao longo dos anos. Segundo esses autores, resultados dos trabalhos publicados do Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial, realizado em agosto de 2000, estimaram que apenas 30% da população de hipertensos brasileiros

sabiam que eram portadores da doença e, apenas, 8% a 9% desses pacientes tinham seus níveis pressóricos adequadamente controlados ⁽¹⁸⁾.

No que diz respeito às causas de morte no Brasil, a HA é responsável por grande parcela da mortalidade por DCV. 25% dos óbitos ocorrem em idade de 20 e 50 anos e entre os maiores de 50 anos 50% ocorrem por causas cardiovasculares. A HA é a primeira causa de aposentadoria e uma das principais causas de afastamento temporário do trabalho em indivíduos em idade produtiva ^(6,19). Como doença isolada, a HA é o maior problema médico-social do país ⁽²⁰⁾.

A HA não aparece, como no passado, como principal causa básica de óbito nas estatísticas de mortalidade. Por razões diversas que incluem a subnotificação e devido ao fato da HA estar associada à maioria das DCV, a mesma foi substituída como causa básica de morte, pelas suas mais freqüentes complicações: doenças isquêmicas do coração ⁽²¹⁾, doenças cerebrovasculares. Nos Estados Unidos, por exemplo, a HA é anualmente identificada como causa básica somente em 3% das mortes por DCV ⁽⁵⁾.

A HA, por sua alta prevalência, proporciona encargos financeiros e sociais elevados aos norte-americanos sendo responsável pelo elevado número de complicações, como acidente cerebrovascular, insuficiência cardíaca e renal ⁽²²⁾. Dados da *American Heart Association*, nos Estados Unidos em 1997, estimaram o custo anual do atendimento e tratamento de pacientes hipertensos: em média 21,8 bilhões dólares. Acresceu-se a esse custo, o valor de 8,2 bilhões de dólares, correspondente à queda da produtividade em decorrência da morbimortalidade causada pela HA, ao final, esses custos elevaram-se em 30 bilhões de dólares ⁽²³⁾. Nesse mesmo país, no período de 1988 a 1991 (Nhanes III), considerando-se o

critério do Quinto Relatório do *Joint National Committee for the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, a taxa de prevalência foi de 24,4%, apontando, aproximadamente, 50 milhões de norte-americanos adultos hipertensos ⁽²⁴⁾.

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) indicaram que, no ano de 1992 os gastos correspondentes ao tratamento de pacientes hipertensos, no âmbito hospitalar, foram de 26.176.783,45 reais. No estado de São Paulo, em 1995, a HA foi a sétima causa mais freqüente de internação hospitalar, entre as doenças crônicas perfazendo um total de 51.424 internações, nesse período, com gastos equivalentes a 3.217.911 reais ⁽²⁾.

Frente ao exposto, ressalta-se a necessidade de se fazerem maiores investimentos em programas e campanhas comunitárias com vistas ao conhecimento das condições de vida dos hipertensos, especialmente aquelas que possam estar associadas e/ou comprometidas com a doença.

1.2 Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde: conceitos e medidas.

O tema Qualidade de Vida (QV) tem sido amplamente discutido nas últimas décadas, tornando-se popularizado, pois, está em voga na sociedade moderna e é considerado um dos termos mais interdisciplinares da atualidade ⁽²⁵⁾.

Apesar de QV ser considerado um tema atual, a busca do seu significado vem desde a antigüidade. Na visão aristotélica, a essência da felicidade está na

prática das virtudes e em todos os outros bens (como riqueza, beleza, inteligência e honra) que eram condições necessárias ou contribuintes naturais para ela ⁽²⁶⁾.

A expressão QV foi mencionada, inicialmente, por Pigou, em 1920, em seu livro sob economia e bem - estar, em que o autor discutia o suporte governamental para as classes menos favorecidas e o impacto financeiro, não só em suas vidas, como, também, sobre o Estado. Esse mesmo autor comenta ainda, que as desigualdades sociais, na década de 60 do século passado, deram origem a movimentos sociais e iniciativas políticas com a finalidade de melhorar a vida dos indivíduos, buscando-se alcançar o bem-estar para todos ⁽²⁷⁾.

Pode-se melhor dizer que a expressão QV começou a ser utilizada no período pós-guerra em que a civilização ocidental associou o sucesso individual e coletivo e o bem-estar às conquistas econômicas, traduzidas pela aquisição de bens materiais. Ou seja, ter QV, era privilégio das pessoas que tinham posse, assim, poderiam gastar seu dinheiro comprando casa, carros, eletrodomésticos viajando e desfrutando a vida ⁽²⁸⁾.

Contrapondo-se a essa visão extremamente materialista, os economistas Samuel Ordway (1953) e Farifield Osborn (1957) criticaram as políticas governamentais vigentes que objetivavam o crescimento econômico sem limites, apontaram que, em longo prazo, o materialismo exagerado poderia ser devastador e levar a humanidade à degradação, além de deteriorar a QV interna do homem, prejudicando os indivíduos e impedindo-os de usufruírem uma boa vida ⁽²⁹⁻³⁰⁾.

A partir de então, fez-se necessária uma revisão dos conceitos sobre QV e, assim, gradativamente o mesmo foi se ampliando. Em 1960, a expressão QV foi incluída no relatório dos membros da Comissão dos Objetivos Nacionais do

Presidente dos Estados Unidos, Eisenhower. Nesse momento, já existia a preocupação com o crescimento individual e econômico dos americanos e da defesa de um mundo livre. Nesse relatório, foram incluídos aspectos ambientais e sociais como educação, saúde e bem - estar material ^(25,31), mas, apesar disso, o termo só realmente começou a ser adotado a partir de 1964 pelo, então, presidente Lyndon Johnson quando declarou que: “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas” ⁽³²⁾.

QV abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ela se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural ⁽³³⁾.

Assim, os profissionais, em qualquer área de atuação, precisam compreendê-la e contribuir para o seu desenvolvimento, visto que, as avaliações de QV nortearão os sistemas econômicos, políticos e sociais vigentes e as tomadas de decisão dos próprios profissionais frente aos clientes ⁽²⁸⁾.

A expressão QV no setor saúde existe desde a época do nascimento da medicina social, ainda que, bastante generalizante e inespecífica quando investigações começaram a referendar essa relação e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais nos séculos XVIII e XIX ⁽³²⁾.

Os peritos da OMS definiram, em 1995, QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A

definição desse grupo reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio – ambiente ⁽³⁴⁾.

Auquier et al expressaram a qualidade de vida ligada à saúde (QVRS) definindo a mesma como um valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial ⁽³⁵⁾. Similarmente, Gianchello conceituou-a como o 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 a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções ⁽³⁶⁾.

Três fatores contribuíram para a introdução do conceito de QV na área da saúde. O primeiro foi o progresso tecnológico observado na medicina, nas últimas décadas. O segundo fator, associado ao primeiro, foi a mudança no panorama epidemiológico das doenças. O perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas, para as quais, na maioria das vezes, não existe possibilidade de cura. Nesses casos, o objetivo da assistência de saúde consiste em melhorar a QV do paciente, provendo os meios necessários para o enfrentamento das limitações e incapacidades provenientes da cronicidade dos problemas de saúde. O terceiro fator diz respeito a uma crítica ao modelo hegemônico na assistência à saúde em que o ser humano é visto, na maioria das vezes, como um organismo biológico que deve ser reparado e não como um ser biopsicossocial. Uma assistência, que leve em consideração a perspectiva da QV, possibilitaria entender e cuidar das

peessoas na sua integralidade contribuindo para a humanização das relações entre profissionais e pacientes ⁽³⁷⁾.

Para Testa, Simonson, o termo QVRS, refere-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde vistos como áreas distintas e influenciadas pela experiência pessoal, por crenças, expectativas e percepções ⁽³⁸⁾.

QVRS, estado funcional, estado de saúde são conceitos que têm sido, freqüentemente, utilizados de forma intercambiável para se referir ao mesmo domínio “saúde” ⁽³⁹⁻⁴⁰⁾. Porém, outros autores como Heyland, Guyatt, Cook et al ⁽⁴¹⁾ consideram distintos os conceitos de QV e saúde, embora estabeleçam uma relação entre eles. Esses autores apresentam uma estrutura conceitual para representar essa relação, conforme a Figura 1, apresentada a seguir.

Figura 1: Representação da relação entre qualidade de vida e saúde

Na Figura 1, o círculo superior representa o bem-estar de um indivíduo ou a sua QV, de modo geral, que é determinada tanto pelo estado de saúde como por outras variáveis, tais como, relações sociais, situação de trabalho, entre outras. As medidas de saúde, representadas pelo círculo inferior, incluem aspectos que avaliam estados e funções das áreas física/fisiológica e psicológica. As medidas de saúde, também, podem ser categorizadas como aquelas que as pessoas, em geral, intrinsecamente valorizam (por exemplo, a habilidade de caminhar sem sentir falta de ar) e aquelas que não são valorizadas da mesma forma (por exemplo, o desempenho em testes laboratoriais). Os aspectos de saúde que são valorizados pelas pessoas sobrepõem-se aos componentes da QV geral sendo denominados “QVRS” ⁽⁴¹⁾. Essa área de sobreposição compreende os estados de saúde e funções que são valorizados pelas pessoas e que influenciam diretamente a percepção subjetiva de bem-estar.

A parte do círculo superior, situada fora da intersecção, que representa a QVRS, inclui os domínios não relacionados diretamente à saúde citam-se como exemplo, os fatores ambientais e a estrutura social. No círculo inferior, a parte fora da intersecção representa as medidas de saúde (estados e funções) que não afetam diretamente a percepção de bem-estar do indivíduo ou de sua QV. Entre as medidas de saúde é importante diferenciar estados de saúde (fração de ejeção, estágio da retinopatia diabética) e função (desempenho em teste de esteira, função pulmonar entre outros). As funções e os estados de saúde não dependem, necessariamente da avaliação subjetiva das pessoas ⁽⁴¹⁾.

Para os referidos autores, o que diferencia a "QVRS" de outros aspectos do estado de saúde consiste no fato de que a medida da primeira depende das respostas subjetivas do paciente.

A QVRS, atualmente, tem se tornado um critério importante na avaliação da efetividade de intervenções e tratamentos na área de saúde. Tem sido utilizada para avaliar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas e, também, para avaliar pacientes com a mesma doença, mas que apresentam critérios diferentes ao mesmo tratamento ⁽⁴²⁾. Nessa avaliação, é necessário não apenas averiguar os indicadores de funcionamento físico, mas, também, os aspectos sociais, mentais e emocionais, da repercussão de sintomas e da percepção individual de bem-estar ⁽⁴³⁾.

A QV a tem sido avaliada por meio da aplicação de diversos instrumentos os quais são divididos em dois grupos genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos são aqueles aplicáveis em uma ampla variedade de populações, pois avaliam aspectos relacionados à função, disfunções e desconfortos emocionais e físicos. Esses instrumentos podem ser aplicados tanto em indivíduos que apresentam algum tipo de patologia, como, também, em indivíduos saudáveis. Citam-se, como exemplo, de instrumentos genéricos, aqueles recentemente desenvolvidos pela OMS, o WHOQOL – 100 e o WHOQOL – Bref ⁽⁴⁴⁾ e ainda o Índice de QV de Ferrans e Powers ⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾. Os mesmos são exemplos de instrumentos genéricos não relacionados à saúde, também chamados de instrumentos globais de avaliação.

Dentro da categoria de instrumentos genéricos, existem, também, aqueles relacionados à saúde. Esses instrumentos têm como vantagem poder avaliar diferentes aspectos da QV que são afetados pelas condições de saúde ou de doença/tratamento em qualquer população. Podem ser usados em populações gerais ou específicas para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde ⁽⁴⁷⁾. São exemplos dessa categoria o Nottingham Health Profile – NHP, o Sickness Impact Profile – SIP ^(25,48-49) e o Medical Outcomes Short-Form Health Survey – SF-36. Este último será utilizado no presente estudo e será descrito mais, detalhadamente, nos próximos parágrafos.

Assim, a aplicação de um mesmo instrumento genérico por um grande número de estudos tem permitido aos pesquisadores dispor de dados descritivos de grupos de pacientes ou da população geral, avaliar a gravidade do problema e, sobretudo, a melhora do paciente, contudo, não é capaz de identificar as dimensões específicas do estado de saúde tais como sintomas, nos quais os pacientes têm obtido melhora ou piora ⁽⁴²⁾.

Já os instrumentos específicos são focalizados em determinada área de interesse podendo ser específicos para avaliar a QV em portadores de determinadas doenças como (insuficiência cardíaca e renal, câncer, diabetes) para determinados grupos (população de idosos), para determinadas funções orgânicas (sono e repouso), ou problemas como dor ^(28,48-49). Esses instrumentos são de grande utilidade na avaliação de modalidades terapêuticas em ensaios clínicos e, também, para acompanhar mudanças ocorridas durante o tratamento ^(28,42). Apesar dessas vantagens, os instrumentos específicos apresentam alguns pontos negativos, como a impossibilidade de não poderem ser extrapolados para

diferentes doenças, dificultando a comparação entre as mesmas ⁽²⁸⁾. Cita-se como exemplo desses instrumentos o Instrumento de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers versões diálise, cardíaca, câncer e a versão de Bulpit e Fletcher para pacientes hipertensos, ^(45-46,50).

Ambas as modalidades de instrumentos de avaliação de QV podem ser aplicadas através de entrevistas por profissionais que trabalham na área da saúde e que possuem contato próximo com pacientes como médicos, enfermeiros, biomédicos, psicólogos e acadêmicos devidamente treinados. Podem ser aplicados, também, por telefone, por correio, ser auto-aplicáveis ou, ainda, aplicados por uma terceira pessoa. Entre as desvantagens da aplicação dos questionários por entrevistadores, justifica-se a necessidade de um treinamento para os profissionais e a padronização da forma de entrevista, o custo do processo e a influência que as características físicas podem exercer sobre os resultados. Essa forma é a mais utilizada nos estudos porque as chances de se obter um número de respostas são maiores e os erros de entendimento são mínimos. Em caso de se aplicar o questionário por telefone, deve-se utilizar um questionário bem estruturado e simples, normalmente poucos dados são perdidos. ^(28,42). Quando a opção pelo uso do instrumento é pela forma auto-administrável, observa-se que pacientes não alfabetizados têm uma grande probabilidade de serem excluídos do estudo caso não tenham alguém que possa acompanhá-los na leitura do instrumento. Nesse caso, muitos dados podem ser perdidos por estarem incompletos e a ausência do pesquisador pode gerar ansiedade e insegurança nos pacientes ao responderem os itens. A vantagem nesse tipo de aplicação é o baixo custo e maior privacidade. Os respondentes substitutos,

chamados de “proxy”, são utilizados por alguns investigadores para predizer resultados que seriam obtidos pelos pacientes muito doentes ou idosos, com a finalidade de causar menos estresse no grupo alvo. Esses respondentes podem ser pessoas próximas como cônjuge, pai, mãe, irmãos ou cuidadoras do sujeito. A grande desvantagem, nesse caso, é que a percepção entre eles pode diferir, enviesando o estudo ^(28,42).

A escolha de um determinado instrumento baseia-se na proposta de estudo. Seus componentes devem ser claros, a população estudada, definida e a patologia, para qual as medidas foram desenvolvidas, delineada. O instrumento deve ser apresentado em um formato simples, de fácil compreensão e aplicação, com tempo de administração apropriado ⁽⁵¹⁾.

Ciconelli ⁽⁵²⁾, em seu trabalho, afirma que a maioria dos instrumentos de avaliação de QV foi formulada na língua inglesa e, portanto, direcionada para ser utilizada em população que fala esse idioma. Em decorrência do crescente número de ensaios clínicos multicêntricos, sentiu-se a necessidade de desenvolver medidas delineadas, especificamente, para a utilização em países que adotam outro idioma que não seja o inglês e, também, para a população de imigrantes que adotam a língua inglesa, uma vez que, nessas situações, diferenças culturais importantes podem estar presentes ⁽⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶⁾.

1.3 Qualidade de vida e hipertensão arterial

A HA é definida pelo *III Consenso Brasileiro de Hipertensão* como uma situação clínica multifatorial, atualmente reconhecida como síndrome, por

relacionar os níveis tensionais elevados a alterações metabólicas, hormonais e por associar fenômenos tróficos como hipertrofia cardíaca e vascular. Como os valores servem para facilitar o diagnóstico, devem ser observadas as condições clínicas do indivíduo, se há presença ou não de lesões em órgãos-alvo e os principais fatores de risco cardiovasculares associados ⁽⁵⁷⁾.

Portanto, a HA devido a sua grande complexidade deve ser contemplada em seus diversos aspectos: biológicos, ambientais, psico-emocionais, dentre outros. Assim, os fatores constitucionais (raça, idade, sexo, genética), fatores ambientais (ingestão de sal, álcool, drogas, gorduras, tabaco), situações como o estresse, sedentarismo e, ainda, a presença de algumas patologias como a obesidade contribui para o desenvolvimento da HA ⁽⁶⁾.

A HA por si mesma constitui-se como um importante fator de risco, uma vez que, o indivíduo que apresenta uma HA leve, se não modificar seus hábitos de vida, passará para o grau de moderado a severo, podendo, rapidamente, evoluir para suas principais complicações como as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares.

Percebe-se que, a partir do momento em que os indivíduos recebem o diagnóstico de HA, eles são submetidos a mudanças bruscas em sua vida diária, sendo praticamente obrigados a controlar ou mesmo eliminar alguns fatores de risco. E, apesar de a redução desses riscos ser considerada um fator positivo por parte dos profissionais de saúde e por uma minoria dos pacientes, a grande maioria dos hipertensos tem, inicialmente, resistência a mudanças dos hábitos e considera a prática de uma atividade física regular, a perda de peso e a dieta hipossódica e hipolipídica como mudanças drásticas em seus hábitos de vida.

Além desses aspectos, alguns pacientes, mesmo mudando seus hábitos de vida, ainda necessitam tomar medicamentos anti-hipertensivos e estão sujeitos aos efeitos colaterais indesejáveis do tratamento.

É evidente que a finalidade do tratamento para HA é minimizar o risco de complicações cardiovasculares, e isso pode ser conseguido unicamente pela redução da PA, que pode ocorrer desde a introdução da terapia não-medicamentosa até a terapia medicamentosa. A mesma tem como principal finalidade prevenir as complicações cardiovasculares, aumentar a sobrevida contribuindo para a melhoria da QV da população de hipertensos ⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

O tratamento não - medicamentoso utiliza meios para modificar o estilo de vida que favoreçam a redução da PA. Redução da ingestão de sal, gordura e do consumo de bebidas alcoólicas, prática regular de exercícios físicos, perda de peso e, ainda, a não - utilização de drogas que elevem a PA são alternativas empregadas nesse tipo de tratamento ⁽⁶⁰⁾.

Soma-se a esse controle o tratamento medicamentoso que, também, pode ser adotado, concomitantemente, ao anterior quando o quadro do paciente requer. Porém, apesar dos seus evidentes benefícios, o tratamento para controle da PA, quer seja através da modificação do estilo de vida ou pela administração de medicamentos, na maioria das vezes, não é bem aceito pelo paciente. As razões para o não seguimento do tratamento anti-hipertensivo são muitas e incluem a natureza assintomática e crônica da pressão alta, os efeitos adversos de muitos medicamentos anti-hipertensivos, o custo dos mesmos e a sensação de privações geradas pela modificação no estilo de vida, principalmente quando envolvem restrições na dieta. Além desses, outros aspectos referentes ao tratamento, como

visitas ao consultório, participação de programas especiais de dieta e exercício, mudanças de profissionais no atendimento, longas horas de espera, também, têm contribuído para a baixa adesão ao tratamento proposto ⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Atualmente, estratégias estão sendo adotadas com o intuito de favorecer a adesão dos pacientes ao programa prescrito. Assim, abordagem educativa envolvendo paciente e família tem contribuído para conscientizá-los dos riscos causados pelo aumento da PA e as implicações do mau controle da mesma. Outras estratégias como individualizar o programa, oferecer feedback ao paciente utilizando-se equipes multidisciplinares nas quais pacientes, provedores de saúde e organizações/sistemas de assistência à saúde tomam parte, promovendo apoio técnico e dando suporte social, são necessárias e têm contribuído para otimizar a adesão.

Na prática médica usual, a baixa adesão do paciente prejudica seriamente a eficácia da terapia anti-hipertensiva. Em relação ao tratamento anti-hipertensivo, é importante iniciar o tratamento com um medicamento com expectativa de ser bem tolerado, e, provavelmente, efetivo na diminuição da PA ao longo do tempo, mas para que ocorra isso, devem-se levar em consideração as necessidades individuais e pessoais no que se refere à conveniência, à tolerabilidade e à QV ⁽⁶³⁻⁶⁴⁾.

Desde a detecção do quadro hipertensivo até o acompanhamento a longo prazo, grande número de pacientes abandona o tratamento. Em média, 50% deixam de seguir as recomendações, mais de 50% daqueles que iniciam o tratamento abandonam-no dentro de um ano e 50-70% dos novos tratamentos são alterados ou suspensos dentro dos primeiros seis meses ^(60,62,65). Esses

pesquisadores reforçam que a opção inicial de medicamento anti-hipertensivo é um importante determinante da adesão à terapia, independente do custo da medicação. Citam, como exemplo, a avaliação de mais de três milhões de receitas ambulatoriais de medicamentos anti-hipertensivos que foram avaliadas na província canadense de Saskatchewan, durante o período de 1989-1994 revelando que 41% dos 27.364 pacientes hipertensos, recém-diagnosticados, interromperam o tratamento durante o período do estudo. Nesse caso, a probabilidade de interrupção esteve, significativamente, relacionada à classe do agente inicial – mais alta com os diuréticos e menor com os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA). Mesmo os pacientes que permaneceram aderentes ao tratamento, menos da metade permaneceu com o agente inicial durante todo o período de estudo (quatro anos ou mais). Os pacientes, cujas receitas eram alteradas freqüentemente, tinham menos chances de aderirem aos medicamentos receitados. Quando comparados os grupos medicamentosos, observou-se que os inibidores da ECA tiveram mais sucesso do que os diuréticos, B-bloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), pressupõe-se, nesse caso, que eram melhor tolerados ^(60,62,65).

Ao selecionar a terapia anti-hipertensiva, é extremamente importante considerar a tolerabilidade e a probabilidade do paciente aderir ao regime proposto ao longo do tempo. O custo da terapia mal tolerada, que envolve, na grande maioria das vezes, mudanças na programação medicamentosa, inclui pagamentos de consultas adicionais, de testes laboratoriais, medicamentos alternativos e tratamento dos efeitos adversos. Normalmente esses custos são

mais altos para os pacientes tratados com diuréticos e B-bloqueadores do que com as classes mais novas de anti-hipertensivos ⁽⁶⁶⁾.

Assim, a escolha da terapêutica anti-hipertensiva deve ser baseada na eficácia e tolerabilidade da droga e deve, também, visar aspectos sutis como o impacto da medicação na QV da pessoa hipertensa. Atualmente os estudos realizados com hipertensos têm analisado, principalmente, a influência dos efeitos colaterais associados aos agentes hipertensivos na QV desses pacientes ⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

Cita-se, como exemplo, o clássico estudo realizado por Bulpitt (nos anos 70 do século passado), o qual avaliou 55 pessoas normotensas e 110 pessoas hipertensas através da aplicação de dois questionários (um no início e outro após um ano de acompanhamento) –Os resultados mostraram que a falta de equilíbrio, a nictúria e a tontura eram consequência da HA e que isso poderia deteriorar a QV dos pacientes. Em estudo posterior, desenvolvido por esse mesmo autor, em 1999, no Syst-Eur, 640 pessoas com mais de 60 anos e com PA média de 173/86 mmHg foram selecionadas para serem entrevistadas sobre a percepção de 33 sintomas relacionados à doença. O estudo demonstrou que as mulheres relataram mais cefaléia, desequilíbrio, palpitação e vista turva com o aumento da PA sistólica. No entanto, quando observadas as alterações em relação ao aumento da PA diastólica, verificou-se que somente a cefaléia esteve associada. Outros sintomas, como escotomas e palpitações, apresentaram associação positiva para ambos os sexos ⁽⁶⁷⁾.

Em estudo desenvolvido por Rosa-Cusachs et al. com 269 pessoas hipertensas foi utilizado dois instrumentos: um genérico e outro específico com a finalidade de se avaliar o impacto das variáveis clínicas e o tratamento

medicamento. Os resultados mostraram que o grupo de pessoas hipertensas apresentaram uma diminuição na QV quando comparadas às normotensas. E, ainda, os indivíduos que tiveram mais prejuízos em relação aos aspectos clínicos eram do sexo feminino, com maiores danos em órgãos-alvo, frequência cardíaca elevada e excesso de peso ⁽⁵⁸⁾. –

Em outro estudo semelhante, comparando QV entre hipertensos e normotensos, 90 pares dos dois grupos foram agrupados de forma que as características sexo, idade, etnia e local de tratamento fossem semelhantes em cada par. Observou-se que o grupo de hipertensos, quando comparado ao de normotensos, mostrou um prejuízo na QV, apresentando menor “status” de saúde, mais ausência do trabalho, mais queixa sintomatológica e prejuízo no bem-estar psicológico. Esses autores consideram que essa perda pode ser resultante da própria doença, dos efeitos adversos da terapia medicamentosa ou decorrente do próprio diagnóstico da doença e provoca uma espécie de rotulagem ou estigma para o paciente reforçando o que já havia sido mencionado ⁽⁶⁸⁾.

Apesar de alguns estudos tais como mostrados, até o ano de 2002, não havia nenhum instrumento específico para avaliar a QVRS em pacientes hipertensos brasileiros uma vez que os instrumentos existentes foram elaborados, principalmente, para o uso em indivíduos de língua inglesa.

Entre os instrumentos específicos utilizados com pacientes hipertensos, existe o questionário de Bulpitt e Fletcher que é um dos questionários que foi idealizado para se aplicado em pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial com até um ano de duração. É auto-aplicável e aborda aspectos de bem-estar físico, psicológico e percepção do paciente sobre o efeito do tratamento anti-

hipertensivo em seu estilo de vida, além de incluir outras questões relacionadas com quadro clínico ⁽⁵⁰⁾.

Apesar do referido instrumento ser específico para aplicação em pessoas portadores de hipertensão, no presente estudo, optou-se pela escolha do SF-36 por ser um questionário genérico de avaliação de saúde que vem sendo usado em diversos estudos e tem demonstrado suas propriedades de medida, como reprodutibilidade e validade, além de sua utilização por outros investigadores em diversas patologias ⁽⁶⁹⁾. Outro fator que contribuiu para sua escolha foi o fato de, no Brasil, ter sido aplicado em poucos estudos com pacientes hipertensos. Somente em dois estudos há a utilização desse instrumento em pacientes hipertensos, assim mesmo com algumas limitações, o estudo de Liberman foi aplicado em pacientes hipertensos com urgência hipertensiva ⁽⁷⁰⁾ e no outro, com pacientes hipertensos graves hospitalizados no CTI ⁽⁷¹⁾.

Como já mencionado, o SF-36, por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, permitindo, portanto, comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos ⁽⁷²⁾.

O SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey) foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1997, seguindo todos os passos exigidos pelo Comitê de especialistas ⁽⁵²⁾. Este instrumento foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso como os anteriores ^(69,73). Foi derivado, inicialmente, de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000

pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (The Medical Outcomes Study – MOS) ⁽⁶⁹⁾. Inicialmente, formulou-se um questionário de 18 itens, o qual avaliava capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção de saúde. Posteriormente, dois itens foram adicionados a este para avaliação dos aspectos sociais e dor, sendo, portanto, criado o SF-20 (Short-Form 20) ⁽⁶⁹⁾. O SF-20 foi administrado em cerca de 11000 participantes dos estudos de avaliação de saúde (MOS) permitindo, assim, a análise de suas medidas psicométricas e, também, o desenvolvimento de normas preliminares para detectar diferenças no estado funcional e de bem-estar entre os pacientes com alterações psiquiátricas e doenças crônicas ^(74-75,50).

Devido às certas características do instrumento SF-36 e à crescente aplicação em ensaios clínicos, WARE e seus colaboradores iniciaram, em 1991, um projeto validando internacionalmente esse questionário, para ser utilizado, também, em outros idiomas após sua tradução e validação, tanto em ensaios clínicos internacionais e multicêntricos. Este projeto, denominado IQOLA (Internacional Quality of Life Assessment Project), conta com a participação de pesquisadores em QV que são responsáveis pela coordenação da tradução e validação do SF-36 em diversos países com a inclusão recente de mais 20 países incluindo o Brasil ⁽⁶⁹⁻⁷⁶⁾.

A criação do instrumento genérico SF-36 foi baseada numa revisão de diversos instrumentos já existentes na literatura, nos últimos 20 anos, que avaliaram alterações e limitações em várias dimensões como capacidade funcional, aspectos sociais ⁽⁷⁷⁾, saúde mental ⁽⁷⁸⁾ e percepção geral da saúde. Para esses autores, a maior dificuldade no desenvolvimento do SF-36 foi a seleção dos

8 conceitos de saúde entre mais de 40 conceitos e escalas analisadas pelos estudos de avaliação de saúde (MOS). Alguns conceitos, também, importantes como função sexual e adequação do sono foram seriamente considerados, mas não escolhidos ⁽⁷⁹⁾.

O atual SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás, que é de extrema importância para o conhecimento da doença do paciente. Esse instrumento avalia tanto os aspectos negativos (doença) como os aspectos positivos (bem-estar) ⁽⁷³⁾.

A escala de avaliação da capacidade funcional foi adaptada sem modificações da escala de função física dos estudos de avaliação de saúde (MOS). Essa escala avalia a presença e a extensão das limitações relacionadas à capacidade física por meio de três níveis de resposta: muita limitação, pouca limitação, sem limitação.

As escalas relacionadas à avaliação dos aspectos físicos e emocionais basearam-se nas escalas do SF-20. Porém, o SF-36 aborda não somente as limitações no tipo e quantidade de trabalho, da forma proposta pelo SF-20, mas, também, o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades da vida diária do paciente.

A escala de avaliação de dor, também, foi baseada numa questão do SF-20 sobre intensidade da dor, entretanto, um segundo item foi adicionado com a

finalidade de medir sua extensão ou interferência nas atividades da vida diária do paciente.

A escala de avaliação de vitalidade é composta por quatro itens que consideram o nível de energia e de fadiga e foram derivadas do questionário de avaliação de saúde mental, Mental Health Inventory (MHI).

As questões relacionadas com a avaliação do estado geral de saúde foram retiradas do questionário General Health Rating Index (GHRI) as quais já tinham sido validadas em outros estudos ⁽⁸⁰⁾.

A escala relacionada com os aspectos sociais propõe analisar a integração do indivíduo em atividades sociais, avaliando se sua participação nas mesmas foi afetada devido a seus problemas de saúde. Os dois itens de avaliação do componente aspectos sociais do SF-36 definem diferentes níveis de atividade social e por isso alcançam um maior nível de precisão ⁽⁸¹⁾.

O SF-36 possui, ainda, um item de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano. Esse item, embora não seja usado para pontuar nenhuma das oito dimensões citadas, anteriormente, tem grande importância para o conhecimento e avaliação da evolução da doença.

Em revisão na literatura, observou-se que o SF-36, ainda, não foi validado para ser utilizado em pacientes hipertensos em uma unidade básica de saúde. Considerando todas as características desse instrumento e ao crescente interesse de sua aplicação em ensaios clínicos e, também, por ser considerado referência para outros estudos, optou-se por utilizar o instrumento SF-36 no presente estudo para ser adaptado para pacientes hipertensos.

Considerando que o enfoque desse trabalho é a QVRS, uma vez que se busca, além do acima exposto, analisar os aspectos da QV dos pacientes hipertensos mais comprometidos pela doença e pelo tratamento, esse trabalho tem como objetivos:

2. OBJETIVOS

Geral

- Descrever a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes hipertensos de uma Unidade de Saúde de um município do estado de Minas Gerais, no ano de 2005, segundo o Instrumento genérico de avaliação de QVRS, SF-36.

Específicos

- Descrever a população estudada, segundo variáveis sócio-demográficas;
- Descrever a consistência interna do Instrumento genérico de avaliação de QVRS, SF-36, por meio dos valores de alfa de Cronbach e de correlações produto-momento de Pearson entre seus domínios;
- Obter os escores padronizados para a população estudada, em cada um dos domínios do Instrumento genérico de avaliação de QVRS, SF-36.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo com delineamento do tipo transversal. Estudos de corte transversal ou seccional são investigações em que “causa” e “efeito” são detectados simultaneamente ocorrendo em um único momento da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado, sendo de grande utilidade para realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde. Uma das designações precisa é estudo individualizado - observacional – seccional ⁽⁸²⁾.

3.2 Local de coleta de dados

O presente estudo foi realizado em uma das Unidades Básicas de Saúde, denominada Cabeceiras, que está situada no Município de Nova Lima – MG, localizado a 23 km da cidade de Belo Horizonte. Nova Lima é uma cidade que possui, aproximadamente, 70 mil habitantes ⁽⁸³⁾ e possui 16 unidades de saúde municipais distribuídas na região.

A unidade de Cabeceiras é referência de 12 micro- áreas. Essa unidade tem uma infra - estrutura muito bem organizada com três consultórios médicos, um consultório odontológico, três salas destinadas ao atendimento da enfermagem:

uma sala de curativo, uma sala de imunização, uma sala para verificação da PA e controle de glicemia (esta última é utilizada, também, para a equipe de enfermagem orientar os pacientes hipertensos e diabéticos). Um dos consultórios médicos, sempre, está liberado pela manhã ou na parte da tarde servindo, também, de apoio para o enfermeiro fazer orientação ao paciente ou à família quando necessário. Possui, também, uma recepção com cadeiras confortáveis e televisão para o paciente aguardar o horário de sua consulta, além de uma copa que atende a demanda interna da equipe multiprofissional. No período da coleta de dados, a equipe era constituída por: uma médica da clínica médica (atendimento de 2ª a 5ª feira); uma médica pediatra (atendimento às 3ª e 6ª feiras); um médico ginecologista (atendimento às 3ª, 5ª, 6ª feiras); um médico homeopata (atendimento 3ª feira); um enfermeiro; cinco auxiliares de enfermagem (atendimento de 2ª a 6ª feira); três dentistas (atendimento de 2ª a 6ª com revezamento); duas assistentes de dentista; uma secretária (responsável pela recepção dos pacientes e serviço administrativo) e duas copeiras (responsáveis pela faxina e serviço de copa).

O horário de funcionamento da referida unidade é de 07 às 19h, de 2ª a 6ª feira.

A unidade de Cabeceiras tem um fluxo contínuo de pacientes, principalmente, com quadro de diabetes e hipertensão. Os pacientes hipertensos que fazem o controle periódico de seus níveis pressóricos comparecem à unidade por livre demanda (para verificação dos níveis pressóricos) ou por agendamento prévio para a consulta com a clínica médica.

Os profissionais de enfermagem têm como rotina aferir os níveis pressóricos antes dos pacientes entrarem para a consulta clínica. Essa aferição ocorre em uma sala de enfermagem própria para esse fim com mobiliário adequado, funcionários treinados e aparelhos devidamente calibrados (esses aspectos foram conferidos pela autora antes do início da coleta de dados). Assim, respeitando-se a rotina da unidade, os pacientes eram encaminhados para a realização da entrevista intercalando com a consulta médica. E, apesar de não ser objeto deste estudo, a pesquisadora tinha a preocupação de observar os valores dos níveis pressóricos antes do início da coleta de dados. O que se observou durante os três meses de coleta de dados, foi que a grande maioria dos pacientes apresentava níveis pressóricos compatíveis com hipertensão arterial leve, uma pequena parte hipertensão arterial moderada e os demais (um número reduzido de pacientes) apresentavam hipertensão arterial severa.

Esses casos de hipertensão foram acompanhados pela clínica médica da própria unidade e somente um paciente adulto jovem (30 anos), com hipertensão severa descontrolada, foi encaminhado para a policlínica (unidade central que possui a maioria das especialidades médicas) para ser atendido pelo especialista em cardiologia.

Assim, o controle do paciente hipertenso é realizado pela consulta médica e, também, como a maioria dos pacientes mora próximo da unidade de saúde, criou-se o hábito de semanalmente e, às vezes, quinzenalmente aferirem os seus níveis pressóricos com os profissionais de enfermagem da unidade, independente de terem ou não a consulta médica. Os pacientes hipertensos controlados fazem o

acompanhamento a cada três meses e os hipertensos não controlados, em um intervalo menor que varia de 15 a 30 dias, conforme a necessidade do paciente.

3.3 População de Estudo

A população deste estudo compreendeu pacientes com diagnóstico médico de hipertensão arterial leve (140-159,9 mmHg), moderada (160-179,9 mmHg) e severa (180-209 mmHg) ⁽¹⁷⁾. No total, 256 pacientes fazem o controle periódico dos seus níveis pressóricos na Unidade de Saúde considerada, no ano de 2005.

Satisfazendo os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

➤ Inclusão:

- Pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos;
- Pacientes com diagnóstico médico de hipertensão que fazem o controle periódico dos seus níveis pressóricos na unidade básica de saúde;
- Pacientes sem lesões clinicamente evidentes de órgãos alvos;
- Pacientes com condições físicas, mentais e intelectuais para comunicar-se com a pesquisadora;
- Pacientes que concordaram em participar do estudo.

➤ **Exclusão**

- Pacientes com história atual ou pregressa de patologias associadas (diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, nefropatias);
- Pacientes com internação recente ou que se submeteram a tratamentos recentes (até seis meses) em decorrência de complicações cérebro-vascular e cardiovasculares;
- Pacientes que apresentaram índice de massa corpórea (IMC) acima de 40 kg/m².

3.4 Procedimento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2005. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora diretamente com o paciente por meio da aplicação de dois instrumentos: o primeiro refere-se aos dados sócio-demográficos e foi desenvolvido pela própria pesquisadora (Anexo A), o segundo, constituído pelo Instrumento de QVRS SF-36, (Anexo B). Esses dados foram coletados por meio de entrevista direta com o paciente, realizada em consultórios médicos com salas arejadas, ambiente silencioso e que ficavam disponíveis para a coleta com acesso restrito ao entrevistador e paciente.

3.5 Estimativa de tempo de aplicação dos instrumentos

Com vistas à estimativa de tempo de aplicação dos instrumentos de coleta de dados os mesmos foram submetidos a um grupo de 10 pacientes da comunidade selecionada que, por não apresentarem problemas na coleta de dados, posteriormente, foram incluídos no estudo.

3.6 Análise dos Dados

Os dados foram armazenados utilizando-se o programa Excel, com aplicação da técnica de dupla digitação com vistas à verificação de possíveis erros de transcrição. Os resultados foram apresentados e discutidos segundo os quartis, valores máximos e mínimos e, graficamente, representados por meio de Boxplots. Adicionalmente, valores médios e respectivos desvios-padrão foram apresentados. A consistência interna do SF-36 foi verificada por meio dos valores de alfa de Cronbach ⁽⁸⁴⁾ e correlações produto-momento de Pearson ⁽⁸⁹⁾ entre os domínios da escala. A interpretação dos valores de correlação será feita segundo a classificação proposta por Monroe ⁽⁸⁵⁾. Para análise estatística foi utilizado o Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 10.1, para Windows ⁽⁸⁶⁾. O nível descritivo de significância estatística utilizado foi $\alpha=0,05$.

3.7 Considerações Éticas do Estudo

A realização do presente projeto foi autorizada pelo Secretário da Saúde do município onde a coleta de dados ocorreu e então encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP sendo aprovado em 04 de março de 2005 de acordo com o Processo Of.CEP-EERP/USP – 035/2005 (Anexo C). O início da coleta de dados ocorreu após aprovação do referido Comitê.

A participação na pesquisa realizou-se após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade e no período considerados, 256 (44%) satisfizeram os critérios de inclusão.

As variáveis sócio-demográficas ficaram distribuídas como descrito a seguir.

4.1 Variáveis Sócio-Demográficas

4.1.1 Idade e sexo

A idade do grupo variou de 25 a 100 anos sendo a média de idade dos pacientes de 61 anos, com desvio-padrão de 13 anos. Para o sexo feminino, a média de idade foi de 62 anos, com desvio-padrão de 13 anos e, para o masculino, a média de idade foi de 59 anos, com desvio-padrão de 12 anos. Segundo a OMS, a PA eleva-se na medida em que são acrescidos anos de vida à população ⁽⁵⁾. 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 ⁽⁸⁷⁾.

Observa-se que esta é uma tendência mundial e, portanto, à medida que aumenta a idade média, e se a relação entre idade e PA continuar, uma proporção crescente da população mundial será hipertensa.

Em relação à variável sexo, 72,3% eram do sexo feminino. A hipertensão apresenta-se com maior prevalência no sexo masculino até 45 a 50 anos, sendo que, a partir dessa idade, como é o caso deste estudo, a prevalência é maior no sexo feminino devido aos fatores hormonais da menopausa ⁽⁸⁸⁾.

Cerca de 2/3 dos hipertensos idosos apresentam hipertensão sistólica isolada. A hipertensão sistólica isolada é mais prevalente na mulher do que no homem na terceira idade ⁽⁸⁹⁾.

As distribuições das idades (anos), segundo sexo, estão apresentadas nos gráficos 1a e 1b abaixo.

Figura 2: Distribuição dos pacientes estudados segundo idade (anos) e sexo **(a)** masculino e **(b)** feminino. Nova Lima – MG. 2005.

4.1.2 Raça

Em relação à raça, observou-se que a raça negra (incluindo mulata e mestiça) somou um total de 37,9%, a raça branca um total de 34,8% e, a parda, 27,3%.

Em estudos desenvolvidos por alguns pesquisadores, no Brasil, que incluíram indivíduos de diferentes raças, detectaram-se menores prevalências em indivíduos de raça negra quando comparados aos da raça branca ^(6,17). Alguns estudos americanos coincidem com os dos brasileiros, mas só em relação ao sexo masculino que, também, apresentaram maior prevalência de hipertensão na raça branca. Porém as mulheres negras americanas, quando hipertensas, apresentam uma hipertensão mais severa em relação às mulheres brancas. ^(6,90).

No presente estudo, não foi possível comparar esses resultados considerando que a medida da PA não foi aferida por não ser neste momento objeto de estudo.

4.1.3 Escolaridade e Profissão/Ocupação

Em relação ao nível de escolaridade, verificou-se que 65,2% possuíam 1º grau incompleto, 18,8% eram analfabetos e somente 4,7% chegaram ao 2º grau. Apenas 0,4% possuía curso superior.

Em relação à profissão/ocupação, verificou-se que a metade, 50%, era do lar e, 30,5%, aposentados. Desses, a grande maioria era braçal, tendo trabalhado

durante muitos anos na mina do Morro Velho do município de Nova Lima. Os demais, 19,5% correspondiam a profissões de baixa renda (vendedor, sapateiro, bombeiro, manicure, agente comunitário, lavadeira, passadeira, cozinheira, salgadeira, forneiro, vigilante, porteiro entre outras).

Alguns autores comentam que a hipertensão arterial encontra-se, freqüentemente, associada a estratos sociais mais baixos, à baixa escolaridade e aos estressores sociais e econômicos. Outros autores relatam que a baixa escolaridade aparece como um dos fatores de risco mais importantes. Indivíduos analfabetos, quando comparados com indivíduos de escolaridade superior, apresentaram entre 1,4 e 1,7 mais risco de serem hipertensos ^(3,6,12).

No estudo realizado por Resende, observou-se que a baixa escolaridade esteve diretamente associada com hipertensão tanto na análise bivariada quanto na análise multivariada. Nessa última, a escolaridade maior que cinco anos manteve-se significativa com a hipertensão arterial sistólica (OR = 0,46). Assim possuir mais de cinco anos de escolaridade foi considerado como fator de proteção independente para hipertensão arterial sistólica ⁽⁹¹⁾.

4.1.4 Região de Procedência

Em relação à região de procedência, 44,1% eram provenientes de bairros distintos daquele em que se encontra a unidade de saúde estudada, ratificando seu caráter de referência e de qualidade de atendimento.

4.2 Consistência Interna do SF36

4.2.1 Alfa de Cronbach

Para todo o instrumento, foi obtido um valor para alfa de Cronbach igual a 0,92, valor considerado alto, mostrando que, houve consistência nas respostas dos indivíduos às questões do SF-36. Tal resultado pode ser verificado, também ,para cada um dos domínios do SF-36, como apresentado na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1: Valores dos alfas de Cronbach obtidos em cada um dos domínios do SF-36. Pacientes hipertensos. Nova Lima – MG. 2005.

Domínio		Questão	α de Cronbach
Aspectos Físicos	(AF)	4 (a+b+c+d)	0,95
Aspectos Emocionais	(AE)	5 (a+b+c)	0,94
Dor		7_rec+8_rec	0,91
Capacidade Funcional	(CF)	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	0,87
Aspectos Sociais	(AS)	6_rec+10	0,77
Saúde Mental	(SM)	9 (b+c+d_rec+f+h_rec)	0,77
Vitalidade	(VIT)	9 (a_rec+e_rec+g+i)	0,75
Estado Geral de Saúde	(EGS)	1_rec+11(a+b_rec+c+d_rec)	0,68

De acordo com a Tabela 1, o domínio EGS foi o que apresentou valor para alfa de Cronbach menor. Uma boa parte dos pacientes, quando questionados sobre os componentes deste item, respondia que sua saúde não era completamente boa devido à hipertensão. Observa-se que as opções da referida questão “excelente, muito boa, boa, ruim e péssimo” não permitem uma resposta que é muito comum para os pacientes que é “mais ou menos”, muitos respondiam “não é boa, mas também, não é ruim”. Quando se avaliaram as

opções da questão 11, que também faz parte do domínio EGS, observou-se que o enunciado, as questões formuladas e as respostas confundiram os pacientes. Acredita-se que, as perguntas ficariam mais claras se iniciassem na segunda pessoa e não na primeira, como está no instrumento. A entrevistadora teve que repetir a pergunta por mais de uma vez e algumas vezes reformulá-la na segunda pessoa. O fato de a questão ser formulada na primeira pessoa confundia o paciente. Por exemplo, a primeira opção 11a “Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas” poderia ser pensada como: “Você costuma adoecer mais facilmente que as outras pessoas?”

As categorias de respostas nesta questão também confundiram o paciente. Por exemplo: as opções “definitivamente verdadeiro” e a “maioria das vezes verdadeiro” ou a “a maioria das vezes falsa” e “definitivamente falsa” são muito subjetivas. Ao questionar os pacientes sobre estas questões, eles diziam “sim, eu adoço” ou “não adoço” ou mesmo “não sei” que, também, é uma das opções de resposta deste domínio.

O domínio Vitalidade, quando comparado aos outros, foi o segundo com valor α de Cronbach mais baixo. Observou-se que, durante o período de coleta de dados, as questões referentes aos componentes 9a (cheio de vigor, cheio de força) e 9b (muita energia) inicialmente, ao serem formuladas, confundiam o paciente, talvez pela similaridade de significados. No Dicionário Aurélio Buarque de Holanda ⁽⁹²⁾, o termo vigor é caracterizado como força e grande energia. Já o termo energia é caracterizado como vigor e força. Ainda neste domínio, os outros dois componentes 9e (quanto tempo tem se sentido esgotado) e 9i (quanto tempo

tem se sentido cansado) também tiveram o mesmo impacto ao serem apresentados aos sujeitos da pesquisa. Novamente, ao se verificar o significado dos termos houve similaridade dos mesmos. Foi necessário repetir essas perguntas mais de uma vez para melhor compreensão. Esses fatos podem justificar porque os valores de alfa, apesar de estarem dentro do limite considerado satisfatório, foram menores em relação aos demais.

Em relação às seis opções de respostas da questão nove, observou-se que as mesmas poderiam ser mais claras e, talvez, até reduzidas. Por exemplo, quando o entrevistador chegava na última opção “nunca” uma boa parte dos pacientes esquecia as opções anteriores e pedia para repeti-las. Muitos respondiam “somente pela manhã” ou “o dia todo” ou mesmo “nunca”. Observou-se que os próprios pacientes sentiam necessidade de respostas mais claras e simplificadas.

Ao revisar as opções de respostas da referida questão: “a maior parte do tempo e boa parte do tempo”; “alguma parte do tempo e uma pequena parte do tempo”, observou-se que estas opções geraram confusão no entrevistado, uma vez que, a diferença de significado entre as mesmas não era clara para os participantes. Um dos fatores que pode ter prejudicado a compreensão dos pacientes em relação às referidas questões pode estar relacionado com o nível de escolaridade da população estudada. 65,2% possuíam primeiro grau incompleto e 18,8% eram analfabetos.

4.2.2 Correlações de Pearson entre os Domínios

Em relação às correlações, ressaltando que escores maiores apontam para um menor comprometimento daquele domínio, observou-se que, entre todos os domínios a correlação foi positiva e estatisticamente significativa, apontando para uma boa consistência interna entre eles. Considerou-se para esta análise, os valores de correlação segundo a classificação de Munro ⁽⁸⁵⁾. Muito baixo (00-0,25), baixo (0,26-0,49), moderado (0,50-0,69), alto (0,70-89) e muito alto (0,90-1,00). No presente estudo o valor mais baixo foi igual a 0,154 entre EGS e AE e o mais alto igual a 0,659 entre Vitalidade e SM. A matriz de correlações é apresentada a seguir

Tabela 2: Matriz de correlações de Pearson entre os domínios do SF-36. Pacientes hipertensos. Nova Lima – MG. 2005.

	CF_P	AF_P	DOR_P	EGS_P	VIT_P	AS_P	AE_P	SM_P
CF_P..	1	,488**	,596**	,397**	,569**	,348**	,238**	,352**
AF_P	,488**	1	,488**	,304**	,406**	,393**	,338**	,343**
DOR_P	,596**	,488**	1	,386**	,502**	,335**	,268**	,402**
EGS_P	,397**	,304**	,386**	1	,449**	,307**	,154**	,457**
VIT_P	,569**	,406**	,502**	,449**		,396**	,394**	,659**
AS_P	,348**	,393**	,335**	,307**	,396**	1	,510**	,472**
AE_P	,238**	,338**	,268**	,154**	,394**	,510**	1	,376**
SM_P	,352**	,343**	,402**	,457**	,659**	,472**	,376**	1

**Valores de correlação no nível de significância de 0,05 (2-tailed) considerando N=256

4.3 Variáveis da Qualidade de Vida

Como já mencionado, utilizou-se o questionário Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form- Health Survey (SF-36) composto por 36 itens agrupados em oito dimensões e, para cada um dos pacientes e para cada uma das dimensões, obteve-se um escore ao se aplicar uma escala de medida com valores de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). Os resultados numéricos relativos às dimensões são apresentados e discutidos segundo os quartis, valores máximos e mínimos e, graficamente, representados por meio de Boxplots. Adicionalmente, valores médios e respectivos desvios-padrão são apresentados. Os valores estatísticos descritivos estão mostrados na Tabela 3.

Tabela 3: Valores mínimos, máximos, quartis, médios e respectivos desvios-padrão para cada um dos domínios do SF-36. Pacientes hipertensos. Nova Lima – MG. 2005.

Domínios	Valor Mínimo	Valor Máximo	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Valor Médio	Desvio- Padrão
VIT	10,0	100,0	50,0	65,0	80,0	64,7	21,3
CF	5,0	100,0	45,0	70,0	90,0	68,0	25,8
Dor	0,0	100,0	42,0	72,0	100,0	69,0	32,0
SM	8,0	100,0	60,0	72,0	88,0	71,4	19,3
EGS	5,0	100,0	72,0	82,0	92,0	77,8	18,1
AF	0,0	100,0	25,0	100,0	100,0	72,5	41,3
AE	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	79,0	38,5
AS	0,0	100,0	87,5	100,0	100,0	87,7	22,7

Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Vitalidade foi de 10,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado foi de 64,7 com desvio padrão de 21,3, mediana igual a 65,0, quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 50,0 e 85,0. Observou-se, neste domínio, que 8,2% pacientes encontraram-se no quartil mais elevado e 19,5% no menor quartil.

Aspectos Sociais (AS) é composto por dois itens (relacionados a quanto o problema físico ou emocional interfere nas atividades sociais normais) e, dentre os demais, foi o que apresentou maior escore. Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para AS foi de 0,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado foi de 87,7 com desvio - padrão de 22,7 mediana igual a 100,0 quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 87,5 e 100,0. Observou-se, neste domínio, que 69,9% pacientes encontraram-se no quartil mais elevado e 7,4% no menor quartil.

No estudo de Lima no qual o SF-36 foi comparado com um instrumento específico de hipertensão ⁽⁹³⁾, resultados similares foram observados, o domínio Vitalidade também apresentou pior escore (56 ± 22) apontando para um certo comprometimento dos sujeitos hipertensos em relação à disposição e ânimo para enfrentamento de situações cotidianas e, encontrado maior escore para Aspectos Sociais (77 ± 30).

No estudo de Liberman que foi desenvolvido com pacientes em urgência hipertensiva o domínio vitalidade apresentou valores inferiores a 60 ⁽⁷⁰⁾.

Em outro estudo desenvolvido com 960 hipertensos em um centro de cuidados primários, observou-se que pacientes do sexo feminino apresentaram menor QVRS e que falha cardíaca é outra condição que se destacou como comorbidade que afetou a hipertensão. Adicionalmente dores corporais, vitalidade,

percepção de saúde em geral têm tido um impacto negativo sobre a função social nesses pacientes. Ataques isquêmicos prévios, também, foram responsáveis por baixa QVRS no domínio vitalidade ⁽⁹⁴⁾. No Beaver Dam Study, o domínio vitalidade, após ajustamento por idade, também apresentou baixo escore ⁽⁹⁵⁾.

No estudo de Coté et al. desenvolvido com 91 pacientes hipertensos, os indivíduos expostos (que fizeram uso de medicamentos anti - hipertensivo) apresentaram resultados estatisticamente significantes com melhora nesse domínio entre a fase basal e após a intervenção. Nesse domínio, uma diferença foi observada na mudança de escores nos grupos após o período de intervenção; participantes expostos vivenciaram uma melhora estatisticamente significativa em seu domínio vitalidade, comparado com os indivíduos não expostos (que não fizeram uso de medicamento anti - hipertensivo). As possíveis explicações para esse achado podem ser explicadas pelo decréscimo na pressão sanguínea sistólica em decorrência da atividade física que este grupo desenvolveu no período do estudo. E a outra possibilidade, levantada pelos pesquisadores, pode ser, também, atribuída à modificação no tratamento da droga que teria favorecido uma melhora na QV ⁽⁹⁶⁾. Esse fato foi discutido na introdução confirmando que determinados grupos de medicamentos anti - hipertensivos são mais tolerados pelos pacientes por causarem menos efeitos colaterais favorecendo uma melhora na QV dos mesmos.

4.3.2 Dor e Saúde Mental (SM)

Dor é composto por dois itens. Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Dor foi de 0,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio

encontrado foi de 69,0 com desvio padrão de 32,0, mediana igual a 72,0, quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 42,0 e 100,0. Observou-se, nesse domínio, que 41,4% pacientes encontraram-se no quartil mais elevado e 3,9% no menor quartil.

SM é composto por cinco itens (depressão e nervosismo). Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para SM foi de 8,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado foi de 71,4 com desvio padrão de 19,3, mediana igual a 72,0, quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 60,0 e 88,0. Observou-se, nesse domínio, que 8,6% pacientes encontraram-se no quartil mais elevado e 9,4% no menor quartil.

Esses resultados apontam para um escore mediano dos domínios Dor e SM, ocupando terceiro e quarto lugares, de forma crescente respectivamente, dentre os demais.

Quando se compararam os escores dos domínios do SF-36 em outros estudos, verificou-se que as diferenças observadas entre pacientes sem e com hipertensão conhecida e nos hipertensos com grau leve e moderada foi mais significativa nas áreas de saúde mental (oito pontos) e vitalidade (nove pontos) ⁽¹⁰²⁾. Assim, nesse estudo, a deterioração da QV na área emocional, que tem afetado pacientes com hipertensão conhecida, pode estar relacionada ao efeito lábil da PA e, também, parece estar relacionada com ansiedade e depressão, as quais são mais freqüentes entre pacientes hipertensos.

Ainda no estudo desenvolvido com 91 pacientes hipertensos, no qual 35 eram expostos à intervenção farmacêutica e 56 não expostos, observou-se que os indivíduos expostos tiveram declínio de saúde no domínio mental entre a fase basal e após intervenção, enquanto os indivíduos não expostos tinham uma

significativa melhora nessa mesma dimensão. Neste mesmo estudo, a diferença após ajustamento dos escores médios de saúde mental entre os indivíduos expostos e não expostos, decresceu significativamente comparada com os indivíduos não expostos ⁽⁹⁶⁾. No estudo de Liberman este domínio apresentou escores inferiores a 60 ⁽⁷⁰⁾.

Em um estudo desenvolvido com 1.094 pacientes afro-americanos de ambos os sexos portadores de insuficiência renal crônica secundária a hipertensão arterial observou-se escores médios para os domínios do SF-36, exceto para a escala de saúde mental, porém, quando comparado com outra população de pacientes afro-americanos em hemodiálise, a média de escores para os componentes mentais foi significativamente mais alta neste estudo ⁽⁹⁷⁾.

A hipertensão arterial, por sua cronicidade, pode interferir diretamente em diversos aspectos da vida do paciente, seus relacionamentos familiares e de amizade. Devem-se considerar as limitações impostas por essa condição que, geralmente, levam a mudanças permanentes ⁽⁹⁸⁾, muitas vezes de difícil aceitação, e que produzem sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade ⁽⁹⁹⁾. A auto - estima é abalada, devido à possibilidade de agravos, e, conseqüentemente, o aspecto emocional também é abalado levando a sentimentos negativos como depressão e ansiedade ⁽¹⁰⁴⁾. Apesar dessas características serem usuais nos pacientes hipertensos, principalmente a baixa auto - estima, depressão e ansiedade, a autora tem observado na prática clínica que essas emoções são mais comuns nos pacientes com diagnóstico recente de hipertensão arterial.

Apesar de hipertensão ser uma doença crônica, a dor não é um sintoma que acompanha os pacientes hipertensos. A própria doença é caracterizada como assintomática na grande maioria dos pacientes. A dor, normalmente, aparece no paciente quando o mesmo apresenta outras patologias, ou mesmo quando apresenta alguma outra complicação cardiovascular como o infarto agudo do miocárdio ⁽¹⁰⁰⁾.

Embora hipertensão, normalmente, seja considerada uma condição assintomática, a PA alta pode ser associada com vários sintomas, como dor de cabeça ao despertar, visão turva, nictúria ⁽¹⁰¹⁾ e vertigem ⁽¹⁰²⁾, problemas sexuais ⁽¹⁰³⁾ e prejuízo cognitivo ⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁵⁾. Esses sintomas, que são semelhantes aos descritos por pacientes que fazem a terapia com drogas anti-hipertensivas, também já foi relatado em pacientes hipertensos não tratados ^(101,106).

Em uma triagem para pessoas hipertensas entre os voluntários saudáveis, pessoas hipertensas não tratadas, com PA diastólica acima de 95 mmHg relataram significantes sintomas como ansiedade e distúrbios do sono mais do que pessoas hipertensas limítrofes e normotensas ⁽¹⁰⁷⁾.

No presente estudo, esse domínio apresentou o terceiro pior escore. Ao se analisar qual opção deste domínio apresentou maior frequência, observou-se que 41,4% dos pacientes responderam que a intensidade da dor no corpo era muito grave. Apesar de não ter sido registrado por escrito o local da dor, a queixa desta população referia-se, na maioria das vezes, a problemas relacionados à mobilidade (dores articulares e na coluna lombar), poucos pacientes queixaram-se da dor em decorrência do quadro hipertensivo, quando houve queixa, o sintoma mais freqüente era cefaléia, alguns referiam-na como “dor na nuca”.

4.3.3 Estado Geral de Saúde (EGS) e Aspectos Físicos (AF)

O domínio EGS é composto por cinco itens (relacionados à saúde). Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para EGS foi de 5,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado foi de 77,8 com desvio padrão de 18,1, mediana igual a 82,0, quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 72,0 e 92,0. Observou-se, nesse domínio, que 25,4% pacientes encontraram-se no quartil mais elevado e 7,8% no menor quartil.

Em relação ao domínio AF o mesmo é composto por quatro itens (relacionados a problemas com o trabalho ou alguma atividade diária em decorrência de sua saúde física). Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para AF foi de 0,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado foi de 72,5 com desvio padrão de 41,3 mediana igual a 100,0 quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 25,0 e 100,0. Observou-se, nesse domínio, que 66,4% dos pacientes encontraram-se no quartil mais elevado e 6,6% no menor quartil.

Esses resultados apontam que os domínios EGS e AF ocupam quinto e sexto lugares, respectivamente, de forma crescente, dentre os demais.

Em relação ao EGS, em estudo com hipertensos utilizando-se o SF-36, este domínio e, também, o de capacidade funcional, como mencionado anteriormente, tiveram significância estatística com a percepção que o paciente possui acerca de sua doença. Foi observado que, nesses domínios, a percepção da hipertensão arterial, como doença sem gravidade, teve distribuição distinta dos demais grupos. Ou seja, a média correspondente a estas escalas foi maior entre os que acreditavam que a doença não é grave ⁽⁷¹⁾. No Beaver Dam Study

comparando sujeitos sem hipertensão (n = 911) e hipertensos (n = 519), ajustados por idade, verificaram-se baixos escores em alguns domínios do SF-36 como percepção do estado de saúde geral e função física ⁽⁹⁵⁾.

A hipertensão arterial tem sido relacionada à baixa percepção de saúde em geral. Isso é consistente com alguns estudos que analisaram as medidas de saúde provenientes da escala do SF-36 entre pacientes hipertensos ⁽⁹⁵⁻⁹⁶⁾. Resultados similares, também, têm sido apresentados em outros estudos clínicos ⁽¹⁰⁸⁻¹⁰⁹⁾. Vários estudos têm mostrado que a hipertensão influencia mais fortemente a escala de percepção de saúde em geral que, por sua vez, parece refletir em ambos aspectos dos domínios físico e mental ^(110,95-96).

Bardage e Isacson acreditam que uma baixa percepção de saúde em geral investigada através do instrumento SF-36 parece estar associada a um estado de pior saúde ⁽¹¹⁰⁾.

Em relação à questão quatro do domínio AF, que se refere a problemas com alguma atividade diária regular, como consequência da saúde física, observou-se, no presente estudo, que 30,9% diminuíram a quantidade de tempo que se dedicavam ao trabalho, 31,6% realizaram menos tarefa do gostariam, 26,6% estiveram limitados no seu tipo de trabalho ou em suas atividades e 21,1% tiveram dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades. Assim, uma pequena parcela desta população apresentou uma incapacidade momentânea para o desenvolvimento de suas atividades, fato preocupante, pois a hipertensão arterial por sua característica assintomática pode levar o paciente a uma percepção errada do seu real estado de saúde.

A principal causa de incapacidade no mundo, até o ano 2020, serão as condições crônicas e, caso não sejam bem gerenciadas, representarão o problema mais dispendioso para os sistemas de saúde⁽¹¹¹⁾. Assim, a hipertensão arterial devido a sua cronicidade e caráter progressivo-degenerativo, pode acarretar déficits para o paciente hipertenso nos aspectos físico, emocional e social. Quando se leva em consideração os aspectos sociais, a hipertensão continua sendo, na atualidade, uma das principais doenças que levam o indivíduo ao absenteísmo no trabalho e, também, à aposentadoria precoce^(19-20,111).

Torna-se necessário conscientizar o paciente de sua morbidade e da importância do tratamento uma vez que a doença hipertensiva pode causar danos imensuráveis ao organismo e à QV do paciente diminuindo sua expectativa de vida e, ainda, quando associada a outros fatores de risco, pode acarretar complicações como doenças cerebrovasculares, infarto do miocárdio, insuficiência renal entre outras.

Quando o domínio AF é analisado em outros estudos, verificou-se que pacientes hipertensos com diabetes, angina pectoris, infarto e história prévia de AVC têm apresentado escores dos domínios do SF-36 mais baixos, especialmente no componente físico⁽¹¹⁰⁾. Também tem sido discutido que subseqüentes complicações da hipertensão, mais do que a hipertensão em si, afetam a QV negativamente⁽¹¹²⁻¹¹³⁾.

Em outro estudo envolvendo pacientes hipertensos com outras comorbidades associadas, verificou-se que a angina pectoris e obesidade prejudicaram a função física tanto no sexo masculino quanto no feminino⁽¹¹³⁾. Esta

última comorbidade, quando analisada no estudo de Larsson et al. esteve associada à pior função física em pacientes hipertensos obesos e um impacto diferente nos domínios ocorreu entre os sexos. Nas mulheres hipertensas com sobrepeso, as taxas de saúde foram piores em todos os domínios do SF-36, entretanto, nos homens, a função física e percepção de saúde em geral foram as mais prejudicadas ⁽⁹⁴⁾.

No estudo desenvolvido com 1.094 pacientes afro-americanos, observaram-se baixos escores para os componentes físicos ⁽⁹⁷⁾.

4.3.4 Aspectos Emocionais (AE) e Capacidade Funcional (CF)

O domínio AE é composto por três itens (relacionados às alterações com o trabalho ou alguma atividade diária em decorrência de problemas emocionais), sendo, dentre os demais, o penúltimo em relação ao grau de comprometimento. Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para AE foi de 0,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado foi de 79,0 com desvio padrão de 38,5, mediana igual a 100,0, quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 100,0 e 100,0. Observou-se, nesse domínio, que 75,4% dos pacientes encontraram-se nesses quartis.

O domínio CF é composto por dez itens (relacionados a dificuldades de realização de atividades diárias devido à saúde) sendo, dentre os demais, o segundo com menor escore. Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para CF foi de 5,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado foi de 68,0 com desvio padrão de 25,8, mediana igual a 70,0, quartis 1 e 3 iguais,

respectivamente a 45,0 e 90,0. Observou-se, nesse domínio, que 5,9% dos pacientes encontraram-se no quartil mais elevado e 5,1% no menor quartil.

No que se refere à questão três desse domínio, observou-se, respectivamente, que as opções 3a, 3c, 3f, e 3g foram as mais afetadas. Assim, 57,4% apresentaram muita dificuldade para realizar “atividade vigorosa que exige muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos”; 42,6% “tinham muita dificuldade em levantar ou carregar mantimentos”; 32,4 tinham “muita dificuldade em curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se” e 33,2% tinham “muita dificuldade em andar mais de um quilômetro”.

AE foi um dos domínios com maior escore neste estudo. 76,1% dos pacientes hipertensos responderam “não” à questão cinco que questiona “se o paciente teve algum problema com o seu trabalho ou outra atividade regular diária em consequência de algum problema emocional como depressão ou ansiedade”. Não foi observada, nesse grupo, alteração emocional significativa que afetasse a vida diária desses hipertensos.

No estudo desenvolvido com 960 hipertensos, condições prévias de infarto agudo do miocárdio e condições cardíacas sérias influenciaram negativamente a função emocional, enquanto pacientes em condições cirúrgicas apresentaram impacto positivo no mesmo domínio ⁽⁹⁵⁾.

Alguns estudos têm confirmado esses achados mostrando que comorbidades como as que foram discutidas anteriormente e, principalmente, a hipertensão arterial afeta as funções físicas e psicossociais negativamente ⁽¹¹⁴⁻¹¹⁵⁾.

No estudo de Aydemir et al., o domínio função emocional foi o que apresentou menor escore ⁽¹¹³⁾.

Em relação ao estudo de Lima ⁽⁹³⁾, os resultados aqui encontrados inverteram-se, pois CF apresentou-se, naquele estudo, como o segundo domínio com maior escore para o grupo estudado (75 ± 22) e AE o segundo com menor escore (61 ± 44). Tais resultados podem ser atribuídos à idade dos dois grupos, sendo que os hipertensos aqui estudados são, em média, 10 anos mais velhos do que os daquele estudo, adicionalmente, os pacientes que fizeram parte deste estudo, a grande maioria, fazem o controle há mais de três anos na referida unidade de saúde e, provavelmente, o fato de serem bem assistidos pela equipe de enfermagem e nas diversas especialidades médica, odontológica, inclusive psicológica quando necessária, parece tranquilizá-los contribuindo para um bom equilíbrio emocional.

4.3.5 Avaliação comparativa do estado de saúde atual e de um ano atrás - (QV2)

4.3.5 Avaliação comparativa do estado de saúde atual e de um ano atrás – Questão 2-(QV2)

Em relação aos domínios do SF-36, a QV2 fornece uma avaliação comparativa entre as condições de saúde atuais e a 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 QV2 foi de 1,0 e o valor máximo de 5,0. O valor médio encontrado foi de 2,7 com desvio padrão de 1,2, mediana igual a 3,0, quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 2,0 e 4,0.

Observou-se, nesse domínio, que 24,6% (63) encontraram-se no valor mínimo, relacionado à saúde muito melhor agora do que há um ano antes, 14,8% (38) dos pacientes encontraram-se no quartil menos elevado, relacionado à saúde um pouco melhor agora do que há um ano antes, 34,8% (89) no valor mediano, relacionado à saúde quase a mesma coisa do que há um ano antes, 19,1% (49) no maior quartil, relacionado à saúde um pouco pior agora do que há um ano e, 6,6% (17) no valor máximo, relacionado à saúde muito pior agora do que há um ano antes.

A distribuição dos escores obtidos nesta questão é mostrada na Figura 4.

Figura 4: Distribuição dos pacientes estudados, segundo escores obtidos na questão número 2 do SF-36. Nova Lima – MG. 2005.

Esses resultados apontam para uma distribuição mais concentrada nos escores menores, apontando para melhor estado de saúde hoje do que há um ano atrás.

Em outro estudo, que também aplicou o instrumento SF-36, observou-se que, quando questionado os pacientes hipertensos sobre esta questão, 26,5% referiram estar melhores hoje. Mais da metade (50, 6%) referiu que hoje está pior e 14,5% informaram que estão muito piores. Apenas 8,4% acreditaram que estão no mesmo estado de saúde quando feita essa comparação, porém, na percepção destas autoras isoladamente, este resultado significaria piora da QV referida ⁽⁷¹⁾.

No presente estudo foram observados resultados contrários aos apresentados pelo estudo supracitado, como mostrado na figura 4, ressaltando que 39,4% acreditaram estar melhor hoje ou muito melhor hoje, 25,7% deles acreditavam que seu estado de saúde era pior ou muito pior, 34,8% acreditaram estar no mesmo modo.

5 CONCLUSÕES

No presente estudo, o instrumento SF-36 demonstrou ser um instrumento confiável para medir o perfil de saúde em pacientes hipertensos, o que foi constatado pelos valores dos alfas de Cronbach de cada um dos oito domínios (do menor para o maior) e do instrumento como um todo (0,92), mostrando a consistência interna entre os itens do instrumento.

Em relação ao domínio Vitalidade, que apresentou menor coeficiente alfa de Cronbach, observou-se dificuldade de compreensão por parte dos pacientes em todos os componentes relacionados a ele. Um dos fatores que pode ter prejudicado a compreensão dos pacientes em relação a esse domínio pode estar relacionado com o nível de escolaridade da população estudada. 65,2% possuíam primeiro grau incompleto e 18,8% eram analfabetos.

O domínio Dor apresentou o terceiro pior escore. Ao se analisar qual opção desse domínio apresentou maior frequência, observou-se que 41,4% dos pacientes responderam que a intensidade da dor no corpo era muito grave. Apesar de não ter sido registrado por escrito o local da dor, a queixa dessa população referia-se, na maioria das vezes, a problemas relacionados à mobilidade (dores articulares e na coluna lombar), poucos pacientes se queixaram da dor em decorrência do quadro hipertensivo.

Em relação à questão quatro do domínio AF, que se refere a problemas com alguma atividade diária regular como consequência da saúde física, observou-se, no presente estudo, que 30,9% diminuíram a quantidade de tempo que dedicavam ao trabalho, 31,6% realizaram menos tarefa do gostariam, 26,6% estiveram limitados no seu tipo de trabalho ou em suas atividades e 21,1% tiveram dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades. Assim, uma pequena parcela dessa população apresentou uma incapacidade momentânea para o desenvolvimento de suas atividades.

AE foi um dos domínios com maior escore neste estudo. 76,1% dos pacientes hipertensos responderam “não” à questão 5 que questiona “se o paciente teve algum problema com o seu trabalho ou outra atividade regular diária em consequência de algum problema emocional como depressão ou ansiedade”. Não foi observada, nesse grupo, alteração emocional significativa que afetasse a vida diária desses hipertensos.

Em relação à questão QV2, o valor médio encontrado foi de 2,7 com desvio padrão de 1,2, mediana igual a 3,0, quartis 1 e 3 iguais. Esses resultados apontam para uma distribuição simétrica de respostas em torno do valor médio

dos escores obtidos. Tal fato pode ser atribuído à idade desses pacientes, fator facilitador de aparecimento de outras comorbidades, tais como artrose, hiperuricemia e dislipidemias. Ao contrário de outros, no presente estudo, 50% dos pacientes entrevistados acreditavam que seu estado de saúde era bom.

Em relação aos escores obtidos, não foram encontrados, neste estudo, resultados que apontassem para o comprometimento dos indivíduos estudados em relação aos itens que compõem os domínios do SF-36. Ao contrário, o perfil de saúde dos 256 pacientes entrevistados apresentou-se satisfatório.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial tem sido constantemente estudada junto com outras condições igualmente crônicas. Talvez pelo fato da mesma ser uma doença que tanto sofre influência de muitas condições crônicas, como obesidade, problemas renais entre outros, quanto pode influenciar levando os pacientes a desenvolverem complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente cérebro vascular, insuficiência cardíaca e renal, agravando, ainda mais, o quadro clínico de pacientes que são portadores dessas condições.

Assim, prejuízo na QV em pacientes com hipertensão e comorbidades, tais como diabetes mellitus, doença arterial coronariana e derrame, tem sido mostrado em alguns estudos ^(116,112).

Ainda no estudo de Aydemir et al., nefropatias e retinopatias não tiveram impacto sobre a QV em pacientes hipertensos. Os autores concluíram que os oito domínios do SF-36 foram baixos quando levada em consideração a população em geral. Os pacientes mais velhos, que fizeram parte do estudo, apresentaram um perfil de saúde mais precário ⁽¹¹³⁾.

Alguns estudos, realizados concomitantemente com outras condições crônicas, têm mostrado que hipertensão arterial está sendo associada com pior QV, particularmente sobre a escala de componentes físicos do SF-36 ^(95,117).

No Swedish survey, também comparando não hipertensos com hipertensos, observaram-se médias de escores mais baixos na maioria dos domínios da escala do SF-36, com exceção da função emocional e da escala de saúde mental ⁽¹¹⁶⁾.

No estudo de Liberman, 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. Os pacientes conscientes e em tratamento da hipertensão apresentaram escores numéricos inferiores nos domínios do SF-36. Assim, os pacientes com urgência hipertensiva, quando avaliados pelo questionário SF-36, indicaram pior QV principalmente nos domínios vitalidade e saúde mental ⁽⁷⁰⁾.

Lyons et al. ⁽¹⁰⁹⁾ descreveram diferenças marcantes entre 6 e 19 pontos para todos os domínios do SF-36, enquanto Bardage & Isacson ⁽¹¹⁰⁾ e Lawrence et al. ⁽¹¹⁸⁾ descreveram leves diferenças a cerca de todos os domínios do SF-36.

O instrumento SF-36, como instrumento genérico de mensuração de QVRS, foi escolhido para ser empregado no presente estudo devido ao fato de ser

um instrumento confiável, testado e validado sendo inclusive utilizado em mais de 1600 publicações mostrando-se útil para monitorar populações gerais e específicas, comparar o impacto de diferenças doenças, diferenciar o benefício produzido pelos diferentes tratamentos e avaliar individualmente os pacientes ⁽⁷²⁾.

No presente estudo, o SF-36 foi aplicado em um número representativo (n=256) de pacientes hipertensos, assistidos em uma Unidade de Saúde, considerada referência em sua região apresentando consistência em alguns domínios.

Como já foi mencionado, anteriormente, o valor obtido para o coeficiente α de Cronbach em relação ao domínio Vitalidade, pode representar alguma dificuldade de compreensão por parte dos pacientes em todos os componentes relacionados a ele. Seria importante revisá-los, considerando a similaridade dos termos, de forma a permitir melhor compreensão dos mesmos.

O domínio EGS, quando comparado em relação aos outros, foi o que apresentou menor valor para o coeficiente α de Cronbach e, portanto, merece ser revisado permitindo melhor entendimento dos enunciados. Os atuais enunciados mostram-se subjetivos, o que dificulta a compreensão por parte dos pacientes e, conseqüentemente, possibilitando um melhor valor para a consistência interna dos itens relativos aos domínios. Dessa forma, para estudos futuros seria importante rever e rediscutir alguns componentes existentes nesses domínios.

Em relação aos escores obtidos, observou-se que, alguns domínios (vitalidade, capacidade funcional e dor) foram mais afetados apresentando

escores mais baixos, resultados que apontam para uma pior QV desses pacientes estudados em relação a esses domínios que compõem o SF-36.

Os outros cinco domínios apresentaram escores medianos e altos. O domínio aspecto emocional foi o que apresentou o melhor escore. O fato dos pacientes, freqüentemente, aferirem os seus níveis pressóricos na unidade de saúde referida, provavelmente, tem contribuído para um melhor controle de seus níveis pressóricos. Além disso, os pacientes têm um acesso livre nessa unidade o que possibilita um melhor entrosamento com a equipe e, também, maior liberdade para tratar seus problemas de saúde. Assim, ao serem entrevistados, os pacientes, em sua maioria, transmitiu tranquilidade e segurança, o que pode estar relacionado à boa qualidade de assistência oferecida pela Unidade de Saúde considerada.

Em relação aos resultados relativos ao grupo que considerou uma melhora em seu estado de saúde, esses podem ser avaliados sobre dois aspectos. O primeiro pode estar relacionado à melhor percepção dos pacientes da doença e da importância do adequado controle dos níveis pressóricos, o que favorece uma melhor QV. O outro aspecto que pode ser analisado, segundo a colocação de outros autores, mostra que os pacientes hipertensos que consideram sua QV boa, provavelmente, podem ser os que mais necessitam de assistência por não valorizarem a doença já que a mesma não apresenta alterações visíveis. Para estas autoras, talvez a percepção de QV boa para outras doenças representaria menor preocupação em temas de abordagem de saúde ⁽⁷¹⁾.

Como muito outros estudos de QVRS, o presente estudo, também apresentou algumas limitações. Provavelmente, se os valores da PA referentes às

últimas três consultas tivessem sido mensurados, bem como, o tratamento no qual o paciente está inserido (tratamento medicamentoso e não - medicamentoso), bem com os efeitos adversos de muitos medicamentos anti - hipertensivos, algumas variáveis relacionadas com a QV poderiam ser melhor respondidas.

Observou-se, de modo geral, que o SF-36, apesar de ser um instrumento que já foi testado em pacientes com diversas patologias, por ser genérico, deixa já esperadas lacunas quando se trata das especificidades da doença. Quando diz respeito a características próprias da doença, neste caso a hipertensão arterial, o SF-36, pela sua própria natureza, não contempla medidas importantes como aspectos clínicos, fatores de risco associados, tratamento medicamentoso e efeito colateral dos mesmos, variáveis fundamentais que podem afetar a QV dos pacientes hipertensos quando não bem controladas.

Seria interessante, nesse caso, utilizar o instrumento SF-36 associado com um instrumento específico para paciente hipertenso que pudesse, desse modo, contemplar as questões que foram levantadas.

Apesar disto e de serem identificadas dificuldades no entendimento de alguns itens do instrumento, de forma geral, por meio dos valores encontrados para o Coeficiente de Cronbach e das correlações produto-momento de Pearson, apreende-se que o SF-36, se bem utilizado e aplicado pode ser considerado um bom instrumento para avaliar a QVRS deste grupo de pacientes.

E, em relação a QVRS destes pacientes, ressalta-se que, apesar da HA acarretar várias limitações que podem comprometer seu papel social, o grupo estudado apresentou uma QVRS satisfatória, mensurada por meio do SF-36.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol,2000; 183:SI-S22.

2 Brasil. Ministério da Saúde. DCV no Brasil/Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. M.S (Brasília) 1996:42.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Departamento de Programa de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. M. S (Brasília)2001:36.

4 Banco Mundial. Brasil novo desafio `a saúde do adulto.Washington, 1991.134p.

5 World Health Organization. Internacional Society of Hypertension Guidelines for the Managemente of Hipertension. Journal of Hyperternsion, 1999;17: 51-183.

6 Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade; epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. Hucitec (São Paulo) 1998:284.

7 Carneiro O; Jardim PCBV. Pressão Arterial em Tribo Xavante. Comparação 15 Anos Depois. Arq. Bras. Cardiol; 1993; 61 (5): 29-282.

8 Lólio CA.; Pereira JCR.; Lotufo PA et. al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. Rev. Saúde Pública, 1993; 27 (5): 357-362.

9 Piccini R; Victora C. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev. Saúde Pública, 1994;28: 261-267.

10 Kannel WB. Importance of Hypertension as a major risk factor in cardiovascular disease. In: GENEST, J.; KOIN, E.; KUCHEL, O. Hypertension, New York: McGraw Hill, 1. ed., 1977, chap. 29.

11 Freitas OC; Carvalho R; Neves JM. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva.. Arq Bras. Cardiol (São Paulo) 2001; 77 (1): 9-15.

12 Lólio CA. Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev. Saúde Pública, 1990; 24 (5): 425-432.

13 Apostolides AY; Cutter G; Daugherry A. et al. Three years incidence of hypertension in thirteen US communities. Prev. Méd. 1982; 11: 487.

14 IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de

Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Campos do Jordão – SP. 2002; 25: 01-40.

15 Nobre F. et al. Diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial; estão em constante avanço. Médico repórter. Disponível em: www.spc.pt/recomendações/recomend/pressa.htm (2000). acessada em dez de 2001.

16 Joint National Committee - Seventh Report Of The Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation, And Treatment Of High Blood Pressure. JNC 7 Report. JAMA,2003; 229(19).

17 Joint National Committee – JNC. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Arch. Intern. Med., 1997;157: 2.413-2.445.

18 Catelli. et al. Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial. Médico repórter: Disponível em: www.spc.pt/recomendações/recomend/pressa.htm (2000). acessada em dez 2001.

19 Lólio, C. A. de Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev Saúde Pública 1990;24:5:425-32.

20 Costa EA. A hipertensão arterial como problema de massa no Brasil: caracteres epidemiológicos e fatores de risco. Ciênc. Cult. 1983; 35: 1642-1649.

21 Lólio CA; Souza JMP; Laurenti R. Declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares no município de São Paulo, Brasil, no período de 1970 a 1983. Rev. Saúde Pública, 1996; 20: 454-464.

22 Lotufo PA. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil: comparação com outros países. Arq. Bras. Cardiol., 1998; 70:321-325.

23 Burt, VL e col. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the Health Examination Surveys, 1960-1991. Hypertension, 1995 a; 26:1: 60-69.

24 _____ Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the third national health and nutrition examination survey, 1988-1991. Hypertension, 1995 b; 25 (3):305-319.

25 Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med, 1995; 41(10):1439-1446.

26 Ostenfeld, E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt, L. editor. Concepts and measurement of quality of life in health care. Dordrecht: Kluwer, 1994;19-34.

27 Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life: in clinical research: from where have we come and where are we going. J. clin. Epidemiol, 1999; 52 (44):355-63.

28 Ferraz MB. Qualidade de vida – Conceito e um breve histórico. Jovem medico. 1998; 4: 219-22.

29 Musschenga AW. Quality of life and handicapped people. In: Nordenfelt, L. Concepts and measurement of quality of life in health care. Dordrecht, Kluwers.1994; 181-198.

30 _____. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness, J Med na Philon.1997; 22:1: 11-28.

31 Flanaga JC. Measurement of quality of life: Current state of the art. Arch Phys Med Rehabil,1982; 63: 56-9.

32 Fleck MPA. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev. Bras. Psiquiatr.1999;21(1):19-28.

33 Minayo MACS, Zulmira MAH, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Quality of life and health: a necessary debate . Ciência e saúde coletiva. 2000; 5:1: 7-18.

34 World Health Organization. The World Health Organization Quality of life assesment (WHOQOL): Position Paper From The Word Health Organization. Soc. Sci. Med. 1995; 41:10:1403-1409.

35 Auquier, P, Simeoni MC, Mendizabal. H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. Revue Prevenir. 1977; 33: 77-86.

36 Gianchello, AL. Health outcomes research in Hispanic/Latinos. Journal of Medical Systems. 1996; 21:5: 235-254.

37 Nordenfelt L. Introduction. In: NORDENFELT, L. ed. Concepts and measurement of quality of life in health care. Netherlands, kluwer Academic Publishers, 1994:1-15.

38 Testa MA, Simonson DC. Assssment of quality of life outcomes. N Engl J Med 1996; 334:13: 835-9.

39 Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990s. Annu Rev Public Health 1990; 11: 165-83.

40 Gill TM, Feistein AR. A critical appraisal of the quality of life measurements. JAMA 1994; 272:8: 619-26.

41 Heyland DK, Guyatt GH, Cook DJ, Meade M, Juniper E, Cronin L et al. Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessment in the critical care literature. Crit Care Med 1998; 26:3: 591-8.

42 Guyatt GH; Feeney DH; Patrick DL. Measuring Health-related quality of life. Ann Intern Med.,1993;118: 622-629.

43 Ferreira SAT. Qualidade de vida versus longevidade: a geriatria preventiva. Inf. Psiquiatr.1994;13 (4): 132-5.

44 Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med 1998;28:3:551-558.

45 Ferrans CE; Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. Adv Nurs Sci.1985;8:1:15-24.

46 _____. Psychometric assessment of the quality of life Index. Rev. Nurs. Health 1992;15:29-38.

47 Apolone G; Mosconi P. Review of the concept of Quality of Life assesment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrol Dial Transplant* 1998;13 (suppl 1):65-69.

48 Lamping DL. Measuring health-related quality of life in venous disease: practical and scientific considerations. *Angiology*. 1997;48:1:52-57.

49 Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Dissertação].São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

50 Bulpitt CJ, Fletcher AE. The measurement of quality of life in hypertensive patients: a practical approach. *Br J Clin Pharmacol*.1990;30:353-364.

51 Bell MJ ; Bombardier C; Tugwell P. Measurement of functional status, quality of life and utility in Rheumatoid Arthiritis. *Arthritis Rheum*.1990;33:591-601.

52 Ciconelli RM. 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)" [tese].São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo;1997.

53 Guillemin F; Bombardier C ; Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J. Clin. Epidemiol. 1993; 46:1417-32.

54 Guillemin F. Measuring health status across cultures. Rheum. Eur. 1995 a; (suppl2):102-03.

55 Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of Health Status Measures. Scand. J. Rheumatol. 1995 b;4:61-3.

56 Mathias SD, Fifer S.K, Patrick DL. Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. Qual. Life Res. 1994;3:403-412.

57 III Consenso Brasileiro de Hipertensao Arterial . Rev Bras Clin Terap, 1998; 24:6:231-72

58 Roca-Cusachs A.; Dalfo A.; Badia X. et al. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. J hypertension. 2001;19:1913-1919.

59 Staessen JA.; Fagard R; Thijs L. et al. For the systolic Hypertension in Europe (SYST-EUR) trial investigators: randomised double-blind comparison of placebo

and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension, *Lancet*, 1997; 15:105-115.

60 Haynes RB, Mattson ME, Chobanian AV, et al. Management of patient compliance in the treatment of hypertension: report of the NHLBI Working Group. *Hypertension* 1982; 4: 415-423.

61 Oparil S, Calhoun DA. Managing the patient with hard-to-control hypertension. *Am fam Physician* 1998; 57: 1007-1014.

62 Jones JK, Gorkin L, Lian LF, et al. Discontinuation of and changes in treatment after start of new courses of antihypertensives drugs: a study of a United Kingdom population. *BMJ* 1995;31: 293-295.

63 Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. AHA special report. *Circulation*, 1995: 1085-1090.

64 Hill NM Adherence to antihypertensive therapy. In: *Hypertens Primer*, 2nd ed., 1999: 348-351.

65 Caro JJ; Jackson J; Speckman J. et al. Compliance as a function of initial choice of antihypertensive drug. *Am J Hypertension*;10:141 A (abstract).

66 Elliot WJ. Cost associated with changing antihypertensive drug monotherapy: “preferred” vs. “alternative” therapy. Am J Hypertens. 1995; 8:80A.

67 Bulpitt C.J; Dollery CT ; Carne S. Change in symptoms of hypertension patients after referral to hospital clinic. J Br Heart 1976;38:121-128.

68 Battersby C; Hartley K; Fletcher AE. et.al. Quality of life in treated hypertension: a case-control community based study. J Hum Hypertension. 1995;9:981-986.

69 Ware JE; Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36):I. conceptual framework and item selection. Med. Care. 1992;30:473-83.

70 Liberman A. Estudo da qualidade de vida em pacientes com urgência hipertensiva. [dissertação] Campinas(SP): Pontifícia Universidade Católica (Puc) Campinas; 2001.

71 Reis MG; Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: Percepção de Gravidade da Doença e de qualidade de vida. Rev.Latino-Am. Enfermagem. 2001; 9:3: 51-57.

72 Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is it suitable for use with older adults? Age Ageing. 1995;24:120-125.

73 Ware JE; Gandek B; Iqola Project Group. The SF-36 Health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int. J. Health.* 1994;23: 49-73.

74 Stewart AL.; Hays RD; Ware JE. The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and Validity in a patient population. *Med Care.*1988;26:724-35.

75 Weels KB; Hays RD, Burnam MA.; Rogers WH; Greenfield S; Ware JE. Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid or fee-for-service care: Results from the Medical Outcomes Study. *J. Am. Med. Assoc.*1989;262:3298-3302.

76 Sullivan M; Karlsson J; Ware JE. The Swedish Sf-36 Health Survey. I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general population in Sweden. *Soc. Sci. Med.*1995;41:1349-58.

77 Donald CA; Ware JE. The measurement of social support. In: GREENLEY, J. R. *Research Community and Mental Health.* Greenwich, C, T: JAI Press. 1984:325-70.

78 Veit CT ; Ware JE. The structure of psychological distress and well being in general populations. *J. Cons. Clin. Psychol.*1983;51: 730-42.

79 Ware JE; Snow KK; Kosinski M; Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center (Boston) 1993.

80 Ware JE; Brook RH; Rogers WH; Keeper EB; Davies AR; Sherbourne CD; Goldberg GA; Camp P; Newhouse JP. Comparasion of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care. Lancet. 1986;1:1017-1022.

81 Mchorney CA; WARE JE; ROGERS WH; RACZEK AE; LU JFR. 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. 1992;30 (suppl) MS253-MS265.

82 Almeida FN, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: Medsi; 2002;272-278.

83 Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Pesquisa de padrão de vida/demografia. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/imprensa/noticias/ppv11.htm>. Acessado em 04 junho 2005.

84 Quality of life. Assessment, Analysis and Interpretation. Peter M. Fayers and David Machin. John Wiley & Sons, LTD. New York. 2000. 404p.

85 Munro, BH.—Statistical methods for health care research. In: Specific Statistical Techniques: Correlation..Lip. N York. 2001; 225-243.

86 SPSS FOR WINDOWS. SPSS-Statistical package in social science: Release 10. 0. 1 (27 out. 1999) standarte version Copyright – SPSS INC, 1989-1999.

87 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Departamento de Programa de Saúde. coordenação de doenças cardiovasculares. Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. 2001; 36. Brasília, M. S.

88 August & Oparil. Hypertension in Women. J clin Endocrinol Metab, 1999; 84:1862-6.

89 Pérez RAR. Hipertensão arterial: Conceitos práticos e terapêutica. In: Abordagem da hipertensao arterial em grupos especiais.São Paulo: Atheneu, 2000;6:291-349.

90 Ooi WL, Budner NS, Cohen H, Madhavan S, Alderman MH. Impact of race on treatment response and cardiovascular disease among hypertensives. 1989: 14:3: 227-234.

91 Resende, SMFS. Abdominal adiposity, age, education level and therapy associated with uncontrolled hypertension Journal of Human Hypertension, 2003; 17: 365-6.

92 Holanda AB. Dicionário da Língua Portuguesa. Academia Brasileira de Letras. 6ª 1999:1200p.

93 Lima JC. Tradução para o português e validação do questionário específico para avaliação da qualidade de vida em hipertensos de Bulpitt e Fletcher [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002. 154p.

94 Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life- a swedish population study, Int J Obes Relat Metab Disord. 2002; 26: 417-424.

95 Fryback DG, Dasbach EJ, Klein R, et al. The Beaver Dam Health outcomes study: Initial catalog of health-state quality factory. Med Decis Making. 1993; 13: 89-102.

96 Côté I, Moisan J, Chabot I, Grégoire JP. Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2005;30: 355-362.

97 Kusek JW, Greene P, Shin-Ru Wang , Gerald Beck, West Delia et al. Cross-Sectional Study of Health-Related Quality of Life in African Americans with Chronic Renal Insufficiency: The African American Study Disease and Hypertension Trial. American Journal of Kidney and Hypertensive Trial. 2002; 39: 513-524.

98 Trentini M, Silva DGV, Leimann AH. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. Rev Gaúch Enfermagem 1990 janeiro: 11:1 18-28.

99 Pierin AMG, Car MR. Instrumento de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enfermagem USP 1992 março: 26:1: 17-32.

100 Black J.M., Matassarín-Jacobs, Luckman & Sorensen enfermagem médico-cirúrgica; uma abordagem psicofisiológica. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 44: Cuidados de enfermagem a clientes com enfermidades vasculares periféricas. 1996; 2:2: 1211-1271.

101 Bulpitt Cj, Dollery CT, Carne S. Change in symptoms of hypertensive patients after referral to hospital clinic. Br Heart j 1976;38: 121-128.

102 Weiss NS. Relation of high blood pressure to headache, epistaxis, and selected other symptoms. The United States Health Examination Survey of Adults. N Engl J Med 1972;287: 632-633.

103 Bansal S. Sexual dysfunction in hypertensive men. A critical review of the literature. Hypertension 1988;12:1-10.

104 Shapiro AP, Miller RE, King HE, Gincherau EH, Fitgibbon k. Behavioural consequences of mild hypertension. Hypertension 1892; 4:355-360.

105 Vanderploeg RD. Relationship between systolic and diastolic blood pressure and cognitive functioning in hypertensive subjects: na extension of previous findings. Arch Clin Neuropsychol 1987; 2:101-109.

106 Siegrist J. Matschinger H. Motz W. Untreated Hypertensives and their quality of life. J Hypertens 1987;5 (suppl 1):S15-20.

107 Dimenas ES. Wiklund IK, Dahlöf CG, Lindvall KG, Olofsson BK, De Faire UH. Differences in the subjetive well-being and symptoms of normotensives, borderline hypertensives and hypertensives. J Hypertens 1989;7:885-890.

108 Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. JAMA. 1989; 262: 907-13.

109 Lyons RA, Lo SV, Littlepage NC. Comparative status of patients with 11 comon illnesses in wales. J Epidemiol Communith Health. 1994; 48: 388-390.

110 Bardage C, Isacson, DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. J clin Epidemiol. 2001; 54: 172-181.

111 Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial/Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003;105.

112 Lahad A, Yodfat Y, Impact of comorbidity on well-being in hypertension: case control study, J Hum Hypertens. 1993; 7: 611-614.

113 Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu. The impact of Co-Morbid Conditions on the SF-36: A Primary-Care-Based Study Among Hypertensives. 2004; 7: 513-524.

114 Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M, The impact of socio-economic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II study. Am J Public Health. 1997; 87: 1484-1490.

115 Scott KM, Tobias MI, Sarfati D, Haslett SJ, SF-36 health survey reliability, validity and norms for New Zealand. J Public Health. 1999; 23: 401-406.

116 Klocek M, Kawecka-Jaszcz. Quality of life with essential arterial hypertension. I. The effect of socio-demographic factors. Przegl Lek 2003; 60: 92-100.

117 Lalonde L, O' Connor A, Joseph L, Grover, SA e The Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. Quality of Life Research. 2004; 13: 793-804.

118 Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R. Health status and hypertension: a population –based study. J Clin Epidemiol. 1996; 49: 1239-1245.

ANEXO A**Dados de Identificação:**

Data: ____/____/____

Nome: _____

Endereço Completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: _____

Número de registro: _____ N. de atend _____

1 Data de Nascimento: ____/____/____ 2 sexo: (1) M (2) F.

3 Raça:

(1) branca (2) negra (3) mulata (4) mestiça (5) amarela

4 Estado civil:

(1) solteiro (2) casado (3) separado (4) amasiado (5) viúvo

5 Escolaridade:

(1) analfabeto (2) lê-escreve (3) 1º grau comp. (4) 1º grau incomp.

(5) 2º grau comp. (6) 2º grau incomp. (7) sup. Comp. (8) superior incomp.

6. Profissão: _____ **7 Ocupação:** _____**8 Religião:** (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) outras

ANEXO B

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE	ESCORE
-------------------------	--------

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

(circule uma)

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- .Excelente1
- .Muito boa2
- .Boa3
- .Ruim.....4
- .Muito ruim5

2. Comparando a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- .Muito melhor agora do que a um ano atrás.....1
- .Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
- .Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
- .Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
- .Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer 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 um quilometro	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 **ultimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como **consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	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 gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em suas atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

(circule uma em cada linha)

	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 gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não 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 a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- .De forma nenhuma..... 1
 .Ligeiramente..... 2
 .Moderadamente 3
 .Bastante 4
 .Grave 5
 .Muito grave..... 6

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

(circule uma)

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

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanta dor no corpo interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- .De maneira alguma 1
 .Um pouco 2
 .Moderadamente 3
 .Bastante 4
 .Extremamente 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 aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(circule um numero para cada linha)

	Todo temp o	A maio r parte do temp o	Uma boa parte do temp o	Algu ma parte do tempo	Uma peque na parte do tempo	Nunc a
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio 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 animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e 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 e 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 ultimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

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

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

(circule um número para cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer 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 do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10,3	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7+8	2,12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos Sociais	6+10	2,10	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	25

Raw Scale

Ex: Item = $\left[\frac{\text{Valo obtido} - \text{Valor mais baixo}}{\text{Variação}} \right] \times 100$

Ex: Capacidade funcional = 21
 Valor mais baixo = 10
 Variação = 20

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

Obs. A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios

Dados Perdidos:

Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média

Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1 =>5,0 2 =>4,4 3 => 3,4 4 =>2,0 5 =>1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1 =>5 2 =>4 3 =>3 4 =>2 5 =>1
07	1 =>6,0 2 =>5,4 3 =>4,2 4 =>3,1 5 =>2,2 6 =>1,0
08	<p>Se 8 =>1 e 7 =>1 = = = = =>>>>>>6 Se 8 =>1 e 7 =>2 a 6 = = = = =>>>>>>5 Se 8 =>2 e 7 =>2 a 6 = = = = =>>>>>>4 Se 8 =>3 e 7 =>2 a 6 = = = = =>>>>>>3 Se 8 =>4 e 7 =>2 a 6 = = = = =>>>>>>2 Se 8 =>5 e 7 =>2 a 6 = = = = =>>>>>>1</p> <p><u>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</u> 1 =>6,0 2 =>4,75 3 =>3,5 4 =>2,25 5 =>1,0</p>
09	<p>a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1)</p> <p>Vitalidade= a+e+g+i Saúde Mental= b+c+d+f+h</p>
10	Soma Normal
11	<p>a, c= valores normais b, d= valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>

ANEXO C

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

OLCEP-EERP/USP - 035/2005

Ribeirão Preto, 04 de março de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 04 de março de 2005.

Protocolo: nº 0519/2004

Projeto: Adaptação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 para pacientes hipertensos - BRASIL

Pesquisadores: Cláudia Benedita dos Santos (Orientadora)
Salete Maria De Fátima Silqueira (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cláudia Regina de Oliveira Ribeiro
Vice-Coordenadora do CEP- EERP/USP

Ilmª. Srª.
Profª. Drª. Cláudia Benedita dos Santos (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil E Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP